



SPEDALI CIVILI – BRESCIA
Azienda Ospedaliera

ALLEGATO A a DELIBERAZIONE
N. 441 DEL 11 GIU. 2014

AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

RELAZIONE DELLE PERFORMANCE 2013

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

BURO DI REDAZIONE - 10121 ROMA - VIA MONTENAPOLEONE, 10

TELEFONO 06/47801 - TELEGRAMMI 32071 - FAX 06/47801

PARTI NON SCRITTE

PREMESSA

A conclusione del Ciclo di gestione della Performance relativo all'anno 2013 l'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia redige la presente relazione secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n.150 che prevede, per ogni amministrazione pubblica, l'obbligo di predisporre un documento a consuntivo che riporti ed evidenzi quanto nell'anno precedente è stato messo in atto per raggiungere i risultati organizzativi ed individuali rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate.

La presente relazione riporta i risultati raggiunti nell'anno 2013 rispetto a tre diversi ambiti:

- Performance Organizzativa dell'Azienda – assumendo come riferimento il raggiungimento degli obiettivi previsti nel mandato del Direttore Generale e definiti annualmente da Regione Lombardia attraverso il documento che stabilisce le Regole di Gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale
- Performance organizzativa delle singole Unità Operative in cui è strutturata l'Azienda, con riferimento agli obiettivi di budget assegnati ai singoli Responsabili a seguito del processo di negoziazione
- Performance individuale di tutto il personale dipendente dell'Azienda rispetto alla qualità della prestazione, al contributo individuale ed ai comportamenti agiti per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, secondo le procedure, i tempi e le modalità previste dal Sistema Aziendale di Valutazione delle Performance.

Il documento viene redatto dal Servizio Valutazione e Controlli Interni con la collaborazione di ciascuna Unità Operativa interessata alla rendicontazione dei singoli obiettivi definiti nel Piano Annuale delle Performance 2013, approvato con deliberazione n. 681 del 3/10/2013.

L'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.

Rapporti con l'Università

L'A.O. Spedali Civili di Brescia si conferma struttura sanitaria di riferimento nell'ambito della convenzione esistente tra Regione Lombardia e Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia e numerose scuole di specializzazione e struttura accreditata per i seguenti corsi di laurea delle professioni sanitarie: Infermieri, Fisioterapisti, Tecnici di Radiologia, Tecnici di

Laboratorio, Ostetriche, Igienisti dentali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Dietiste e Assistenti sanitarie. Riguardo al corso di laurea in Tecnici della prevenzione per l'ambiente e Luoghi di Lavoro, è in corso il passaggio dell'accreditamento dall'A.O. all'ASL di Brescia.

Codice di Comportamento

Il Documento adottato dall'Azienda con Deliberazione 874 del 18/12/2013, richiama integralmente:

- i contenuti del ***Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici*** di cui al D.P.R. 16/04/2013, n.62
- i contenuti del ***Codice Etico-Comportamentale*** dell'Azienda
- i contenuti della ***Carta dei Diritti del Malato***,

al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni della corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

L'adozione del Codice di Comportamento aziendale, rappresentando una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, costituisce elemento essenziale del P.T.P.C. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Con l'adozione del Codice di Comportamento Aziendale si è rafforzato l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse sancito sia dalla Legge n. 241/1990 – art. 6 bis –, nonché dal D.P.R. n. 62/2013 per i quali si rende necessario predisporre apposita procedura operativa.

Disposizioni in materia di prevenzione della corruzione

Le attività svolte dall'Azienda per l'implementazione e l'attuazione del P.T.P.C. – adottato con deliberazione 17/07/2013 n.521 ed aggiornato nella sua 1a edizione con deliberazione 29/01/2014 n. 44, hanno consentito di individuare e mettere in atto le prime politiche di prevenzione alla corruzione. In particolare si è intervenuti sulle seguenti attività:

Gestione del rischio di corruzione delle attività identificate nel P.T.P.C., procedendo alla:

- mappatura dei processi e degli Uffici aziendali
- identificazione degli eventi di corruzione
- costruzione del "Registro dei rischi", quale profilo di rischio dell'Azienda e input per la fase dell'analisi del rischio
- diffusione, informazione, selezione e formazione in tema di anticorruzione con l'obiettivo di assicurare la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione, nonché, più in generale, all'etica ed all'illegalità all'interno dell'Azienda, nonché a tutti gli stakeholder.

Nel mese di ottobre 2013 hanno avuto avvio le azioni informative nei confronti dei dipendenti dell'Azienda, che si sono concretizzate in giornate dedicate "in house" autogestite dalla Responsabile Prevenzione Corruzione e Responsabile Trasparenza e Integrità col Collaboratore referente per la Qualità ed il Rischio Aziendali.

Gli incontri rivolti a tutto il personale - dirigenziale e del comparto amministrativo, tecnico e di supporto dell'Azienda - attraverso 9 edizioni presso tutti e quattro i Presidi Ospedalieri Aziendali, hanno visto la partecipazione, debitamente certificata, di circa 700 dipendenti e proseguiranno anche nel corso del 2014 per il restante personale.

Fra le procedure appropriate tese a selezionare il personale chiamato ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione, l'Azienda, a far data dall'adozione del Piano (17/07/2013), ha disposto di esplicitare tra le materie oggetto d'esame delle procedure selettive del ruolo amministrativo, tecnico e professionale le disposizioni normative vigenti relative alla prevenzione della corruzione, nonché alla conoscenza del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (di cui al D.P.R. 16/04/2013 n. 62), del Codice di Comportamento Aziendale nonché alla conoscenza del Codice disciplinare dell'Azienda.

L'Azienda ha disposto che il personale dirigenziale e con funzioni di responsabilità chiamato ad operare - direttamente o indirettamente - ad attività all'interno delle articolazioni organizzative indicate nel P.T.P.C. come a più elevato rischio di corruzione, nonché nell'ipotesi di un nuovo incarico presso dette strutture, debba partecipare a programmi formativi sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità e dell'etica, disponendo l'inserimento di detti temi

fra quelli che costituiscono il Piano Formazione Aziendale per l'anno 2014 adottato con deliberazione 29/01/2014 n. 61.

L'Azienda provvede ad acquisire in occasione dell'attribuzione di incarichi di struttura complessa e semplice dipartimentale - mediante specifico format - la sottoscrizione della dichiarazione di inconferibilità e incompatibilità.

Le medesime dichiarazioni sono state acquisite e pubblicate sul sito web dell'Azienda anche per la Direzione Strategica (Commissario Straordinario, Direttore Sanitario Aziendale, Direttore Amministrativo Aziendale).

Con specifico riferimento all'affidamento di lavori, forniture e servizi ex D.Lgs. 12/06/2006 n.163 e D.P.R. 5/10/2010 n. 207, l'Azienda sta provvedendo ad integrare le procedure in atto attraverso:

- inserimento di specifici impegni a carico delle ditte negli avvisi, bandi di gara, lettere di invito, richieste di preventivo della presa visione del P.T.P.C.;
- inserimento nei disciplinari standard delle gare ad evidenza (cfr. nuovo art. 15 "Obblighi della ditta aggiudicataria) di specifiche clausole di salvaguardia – a pena di esclusione dalla gara e risoluzione del contratto – della conoscenza e del rispetto dei Documenti dell'Azienda in materia di legalità, con particolare richiamo ai principi contenuti nel P.T.P.C.

Coordinamento tra il P.T.P.C. e il ciclo della Performance

Posto che l'efficacia del P.T.P.C. è strettamente connessa alla fattiva collaborazione di tutti i componenti dell'Azienda, si rende necessario che il suo contenuto venga coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti.

Per rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e quindi garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, l'Azienda intende prevedere esplicitamente nel Piano della Performance il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione del P.T.P.C. e del P.T.T.I.

Trasparenza

L'Azienda Ospedaliera ha redatto in linea con quanto stabilito dalle norme (legge 190/2012 e decreto legislativo 33/2013) il Programma Triennale della Trasparenza.

Nel percorso di costruzione del Programma la Direzione Strategica Aziendale ha coinvolto i dirigenti delle aree amministrative maggiormente interessate alla pubblicazione dei documenti previsti dal D.Lgs 33/2013, costituendo un gruppo di lavoro permanente. Tali azioni propedeutiche alla stesura del programma hanno consentito di condividere le modalità e individuare gli strumenti aziendali su cui elaborare le azioni triennali previste dal Piano.

In particolare ogni Responsabile ha lavorato all'estrazione dei dati da pubblicare nel sito Amministrazione Trasparente, che è stato nel contempo implementato.

Il 17 luglio 2013 con deliberazione n. 521 è stato approvato il "Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2013-2015 ex legge 6/11/2012 n.190, comprensivo del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità ex D.L.gs 14/3/2013 n. 33 - Adozione e prima attuazione".

Il 25 novembre 2013 il Nucleo di Valutazione ha effettuato la prima verifica sugli adempimenti di competenza dei singoli settori aziendali in materia di specifici obblighi di pubblicazione ex D.L.gs n. 33/2013. L'attività è stata validata come da verbale dello stesso Nucleo.

Nel mese di ottobre 2013 sono state avviate le azioni informative nei confronti dei dipendenti dell'Azienda che si sono concretizzate in momenti di aula nei quali sono state illustrate le linee aziendali in materia di Anticorruzione e Trasparenza. Sono in fase di costruzione i moduli formativi che verranno programmati per l'anno 2014.

Il sito Amministrazione Trasparente è costantemente alimentato e ritarato secondo quanto disposto dalle indicazioni di ANAC in tema di contenuti e di accessibilità.

L'Azienda garantisce l'esercizio del diritto all'accesso Civico. Chiunque può richiedere all'Azienda attraverso specifica procedura on-line (cfr. sito web aziendale) documenti, informazioni o dati per i quali vige uno specifico obbligo di pubblicazione e questa sia stata omessa.

Con l'ultimo monitoraggio effettuato in seno ai controlli della "Bussola della Trasparenza", in data 07/12/2013 sul sito web dell'Azienda, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha pubblicato la

classifica sulla percentuale di aderenza dei siti delle Pubbliche Amministrazioni ai contenuti minimi del D.Lgs. n. 33/2013, nonché il numero di indicatori soddisfatti sul totale complessivo.

La verifica ha rilevato una percentuale pari al 100% di aderenza e 66/66 indicatori soddisfatti.

Personale dipendente

Il fabbisogno di personale si è mantenuto stabile e, nei limiti consentiti dalle disponibilità di bilancio assegnate, si è cercato di garantire il turn over del personale, dando attuazione ai Piani Assunzione autorizzati dalla Giunta della Regione Lombardia.

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.

La situazione del personale alla data del 31/12/2013 risulta la seguente:

	Valori	
RAGGRUPPAMENTI	Conteggio A TESTE	Conteggio A RAPPORTO
DIRIGENZA AMM.VA	16	16
DIRIGENZA MEDICA	911	905
DIRIGENZA PROF.LE	6	6
DIRIGENZA SANITARIA	76	74
DIRIGENZA TECNICA	3	3
ASA/OTA/OSS	1.176	1.079
PERSONALE ASSISTENTE SOCIALE	9	8
PERSONALE INFERMIERISTICO	2.451	2.257
PERSONALE RIABILITAZIONE	152	138
PERSONALE TECNICO NON SANITARIO	438	416
PERSONALE TECNICO SANITARIO	464	432
PERSONALE VIGIL E ISPEZIONE	35	33
PERSONALE AMM.VO	434	395
Totale complessivo	6.171	5.762

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 2013, in particolar modo si è data attuazione alle 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 2013 a continuare il processo già in atto di revisione regolamentare delle norme obsolete.

Particolare rilievo nel 2013 ha assunto l'applicazione del nuovo regolamento sull'orario di lavoro della dirigenza medica, che ha consentito da un lato di dare regole precise e chiare a tutti i Responsabili di struttura nella definizione dell'organizzazione del lavoro nelle Unità Operative e dall'altro di verificare, attraverso il lavoro di una commissione interna appositamente costituita, la congruità delle dotazioni organiche rispetto ai requisiti di accreditamento previsti dalla normativa vigente.

Per quanto riguarda le Risorse Aggiuntive Regionali sono stati conclusi e valutati i relativi progetti per il biennio 2012/2013.

Piano annuale Investimenti 2013

L'Azienda con delibera n. 95 del 7/2/2013 ha adottato il Bilancio di Previsione 2013 e relativo Piano degli Investimenti 2013, il Bilancio e quindi il Piano Investimenti risulta approvato con DGR n. 5025 del 13/3/2013.

Il Piano Annuale Investimenti è coerente con la programmazione sanitaria nazionale e regionale e con il Piano Triennale dei Lavori Pubblici di cui al D.Lgs. n.163/2006 e si inserisce nell'ambito delle determinazioni stabilite con D.G.R. n. 4334 del 26/10/2012 in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2013 (c.d.regole di sistema).

Gli investimenti inseriti nel Piano, così come stabilito nelle Linee Guida per la redazione del Bilancio preventivo 2013 Prot.H1.2013.004143 del 4/02/2013 sono esclusivamente quelli correlati ai finanziamenti per investimenti già specificamente autorizzati, escludendo quanto già inserito nel Piano Investimenti 2012 oppure oggetto di istanza ai sensi della Legge Regionale n.18/2012.

Si riporta di seguito la Tabella di sintesi degli investimenti realizzati nel corso dell'esercizio 2013 suddivisi per fonte di finanziamento:

AZIENDA	Contributo Regionale	Contributo del tesoriere	Fondo riserva Legge 122/2010	Fondo riserva succ e donaz	Contributo da privati	Autofinanziamento Ante 2012	Totale Fonti di Finanziamento
A.O. SPEDALI CIVILI - BRESCIA							
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI							
1) costi di impianto e di ampliamento							0
2) costi di ricerca, sviluppo							0
3) diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere dell'ingegno							0
4) Immobilizzazioni immateriali in corso e acconti							0
5) Altre immobilizzazioni immateriali		5	148		28		181
IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI							0
1) terreni							0
2) fabbricati							0
2a) fabbricati disponibili	288	264	585		6		1.143
2b) fabbricati indisponibili							0
3) impianti e macchinari	669	694	1.183		76	4.926	7.548
4) attrezzature sanitarie e scientifiche	90	35	246		234		605
5) mobili e arredi		1	4		74		79
6) automezzi			14				14
7) altri beni		20	50		68		138
8) immobilizzazioni in corso di esecuzione ed acconti	3.624	281		3.233	71		7.209
Totale	4.671	1.300	2.230	3.233	557	4.926	16.917

POA – Piano Organizzativo Aziendale

Il Piano Organizzativo Aziendale 2011/2013 dell'A.O. Spedali Civili di Brescia è redatto secondo le indicazioni delle Linee Guida Regionali di cui alla D.G.R. 3822 del 25 luglio 2012.

I principi ispiratori, le finalità ed i valori espressi nel Piano testimoniano attenzione e sensibilità nei confronti del cittadino, che rappresenta la centralità del sistema, nei confronti dell'ambiente esterno e della società civile e si traducono in una ricerca costante della qualità delle prestazioni e del servizio erogato, attenzione allo sviluppo e al monitoraggio dei processi gestionali, continuo miglioramento delle performance secondo parametri di efficacia, appropriatezza, qualità ed efficienza; valorizzazione e responsabilizzazione di tutto il personale sugli obiettivi aziendali; formazione; flessibilità organizzativa, definita in base ai bisogni sanitari e assistenziali del cittadino-cliente.

Particolare interesse è rivolto ai rapporti con il mondo esterno, interesse che si traduce nell'attivazione di una forte relazione/comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni, e nella realizzazione delle politiche di programmazione regionale, nello sviluppo di attività sanitarie e di nuove modalità organizzative ed operative conformi alle indicazioni regionali.

Attenzione particolare è riservata al proficuo rapporto di collaborazione tra Azienda Ospedaliera e Università di cui l'Azienda "Spedali Civili" è struttura sanitaria di riferimento. Le dimensioni aziendali ed il bacino di riferimento dell'A.O. Spedali Civili impongono una caratterizzazione dell'offerta di servizi sanitari erogati ampia e sempre più specialistica, di qualità e all'avanguardia: ciò impone un'organizzazione in sviluppo costante, che garantisca qualità delle prestazioni e del servizio erogato, risorse formate e motivate, attenzione ai bisogni.

La logica di "sistema" si percorre sviluppando processi trasversali e attivando una flessibilità gestionale organizzativa che deve accompagnare la costruzione della "rete sanitaria". Da qui lo sviluppo di **sistemi di gestione** quali clinical governance, I.C.T., telemedicina, H.T.A., accreditamento ed appropriatezza, servizi volti al miglioramento della presa in carico del cittadino e di **sistemi di controllo** quali controllo di gestione, qualità e gestione del rischio, internal auditing, Codice Etico e Codice Comportamentale.

Il mandato di efficientizzazione degli assetti gestionali e di riduzione del numero globale delle strutture ha comportato un'opportuna rivisitazione dell'organizzazione generale aziendale, che si è tradotta in una sostanziale diminuzione di strutture e ridisegno delle stesse.

La logica organizzativa è quella del **dipartimento gestionale interpresidio**, con unica eccezione per l'Ospedale dei Bambini le cui strutture afferiscono alla Direzione Medica dello stesso e appartengono al dipartimento *funzionale* pediatrico.

L'A.O. si struttura pertanto in 13 dipartimenti sanitari gestionali ed un dipartimento sanitario funzionale. Tutte le strutture individuate dall'organizzazione aziendale proposta corrispondono ai requisiti di cui alle Linee Guida Regionali.

Il Piano Organizzativo adottato rappresenta il modello organizzativo di cui l'Azienda si vuole dotare, percorrendo criteri di costante ricerca di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dei livelli produttivi.

I provvedimenti attuativi del Piano Organizzativo Aziendale sono riportati nella rendicontazione degli obiettivi aziendali di interesse regionale allegata alla presente relazione.

DATI AZIENDALI

Presidio / Dipartimento / CdR	Prestazioni Ambulatoriali				Ricovero e Cura			
	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2012		Anno 2013	
	Nr Prestazioni	Valore Prestazioni	Nr Prestaz.	Valore Prestazioni	Nr Dimessi	Valore Prestaz.	Nr Dimessi	Valore Prestazioni
Presidio Spedali Civili di Brescia								
D_005-DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO								
R_153-LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.801.057	9.017.971	1.805.440	9.758.907				
R_155-VIROLOGIA E INDAGINI MICROBIOLOGICHE	167.079	5.142.543	162.576	4.845.883				
R_152-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	73.107	1.751.628	73.001	1.648.788				

R_158-SERVIZIO IMMUNO-TRASFUSIONALE	203.831	918.004	214.545	974.134				
R_301-CENTRI PRELIEVI - POLIAMBULATORIO VIA CORSICA	32.523	475.496	32.147	532.146				
R_197-MEDICINA DEL LAVORO IGIENE TOSSICOLOGIA E PREVENZIONE OCCUPAZIONALE	3.643	45.657	11.508	256.630				
R_157-MEDICINA LEGALE	350	4.471	297	3.851				
D_005-DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO Totale	2.281.590	17.355.770	2.299.514	18.020.340				

D_001-DIPARTIMENTO DI ANESTESIA RIANIMAZIONE EMERGENZA URGENZA								
R_138-PRONTO SOCCORSO (SPEDALI CIVILI)	128.108	2.283.515	118.846	2.165.390				
R_135-ANESTESIA E RIANIMAZIONE 1	1.144	22.727	803	19.342	105	1.518.147	155	1.731.617
R_136-ANESTESIA E RIANIMAZIONE 2	314	6.370	333	6.746	168	3.394.525	172	2.937.404
D_001-DIPARTIMENTO DI ANESTESIA RIANIMAZIONE EMERGENZA URGENZA Totale	129.566	2.312.612	119.982	2.191.477	273	4.912.672	327	4.669.021

D_007-DIPARTIMENTO DI MEDICINA								
R_115-REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA	119.734	2.619.328	123.892	2.741.636	23	22.059	24	23.797
R_139-DERMATOLOGIA	74.645	1.322.420	80.454	1.416.925	672	967.614	710	969.665
R_162-RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	52.750	515.359	63.342	610.141				
R_182-ALLERGOLOGIA	11.239	436.555	12.503	492.433				
R_120-MEDICINA GENERALE 2	10.725	430.737	10.794	492.080	3.215	9.481.802	3.265	9.403.545
R_114-DIABETOLOGIA	17.292	338.635	17.367	322.252				
R_171-MEDICINA GENERALE - EPATOLOGIA	3.764	206.994	3.513	238.347	290	1.218.035	284	1.331.694
R_121-MEDICINA GENERALE 3	1.271	102.981	1.092	109.114	1.698	5.228.132	1.701	5.144.798
R_175-GASTROENTEROLOGIA	2.873	96.286	3.584	107.654	377	1.204.875	387	1.069.075
R_195-SERVIZIO DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	5.903	84.555	5.599	80.313				
R_196-MEDICINA GENERALE - PATOLOGIE DELL'ADDOME	921	62.074	979	65.994				
R_168-MEDICINA GENERALE 1 AD INDIRIZZO GERIATRICO (EX GERIATRIA)	2.208	29.097	2.226	29.010	662	2.174.973	686	2.196.804
D_007-DIPARTIMENTO DI MEDICINA Totale	303.325	6.245.020	325.345	6.705.899	6.937	20.297.490	7.057	20.139.378

D_013-DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE E DELLA VISIONE								
R_126-OCULISTICA	65.841	3.523.546	67.931	3.735.444	1.153	1.645.052	1.150	1.636.287
R_159-NEUROFISIOPATOLOGIA	38.121	598.887	34.514	519.106				
R_178-NEUROLOGIA - 2	14.620	321.852	12.884	309.027	1.165	4.107.532	1.157	3.856.736
R_177-NEUROLOGIA VASCOLARE	3.809	147.761	4.176	161.337	505	2.738.183	524	2.602.188
R_122-NEUROCHIRURGIA	2.237	53.825	2.723	63.734	1.547	11.226.795	1.509	10.624.735
R_704-NEUROPSICOLOGIA CLINICA E RIABILITATIVA TERRITORIALE			2.502	28.007				
D_013-DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE E DELLA VISIONE Totale	124.628	4.645.871	124.730	4.816.655	4.370	19.717.562	4.340	18.719.946

D_006-DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI								
R_190-RADIOLOGIA DIAGNOSTICA 1	85.153	5.075.977	85.381	5.324.611				
R_140-MEDICINA NUCLEARE	24.479	4.050.950	25.085	4.294.145	498	1.944.012	496	1.938.290

R_191-RADIOLOGIA DIAGNOSTICA 2	28.117	2.628.773	29.349	2.676.840				
R_192-DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - NEURORADIOLOGIA	10.572	2.144.123	11.204	2.226.945				
R_302-RADIOLOGIA VIA CORSICA	15.653	688.250	16.248	755.428				
R_193-ATTIVITA COMUNI DI RADIOLOGIA	21.297	547.163	22.236	585.151				
D_006-DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI Totale	185.271	15.135.236	189.503	15.863.119	498	1.944.012	496	1.938.290

D_009-DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA								
R_144-RADIOTERAPIA	41.776	7.623.060	41.345	7.478.037	373	1.854.573	397	2.074.964
R_113-EMATOLOGIA	22.051	2.142.517	22.749	2.555.603	1.021	10.456.267	758	9.088.750
R_141-ONCOLOGIA	19.379	1.645.075	20.747	2.018.640	909	2.312.444	922	2.179.183
R_181-RADIOTERAPIA - ATTIVITA DI BRACHITERAPIA	2.074	314.200	2.192	326.409	65	272.675	70	228.933
R_176-CENTRO TRAPIANTO MIDOLLO ADULTI	1.359	111.989	1.150	147.926	152	3.512.861	162	3.663.785
D_009-DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA Totale	86.639	11.836.842	88.183	12.526.615	2.520	18.408.820	2.309	17.235.615

D_095-STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA								
R_300-DIREZIONE POLIAMBULATORIALI TERRITORIALI	135.528	2.533.617	136.859	2.586.463				
R_183-DIREZIONE SANITARIA AMMINISTRATIVA PRESIDIO VIA PIETRO DAL MONTE (ex Area Stauffer)	98.970	287.013	100.737	292.221				
D_095-STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE SANITARIA Totale	234.498	2.820.630	237.596	2.878.684				

D_008-DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA								
R_134-NEFROLOGIA	141.795	10.688.663	139.516	10.934.158	1.155	5.209.356	1.219	5.333.498
R_117-MALATTIE INFETTIVE 2	31.927	698.562	29.912	718.255	713	3.650.820	709	3.306.540
R_116-MALATTIE INFETTIVE 1	7.508	149.009	7.308	166.578	380	1.765.696	395	1.927.298
R_174-MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	718	14.558	1.464	26.252	211	912.985	214	1.038.013
D_008-DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPECIALISTICA Totale	181.948	11.550.791	178.200	11.845.243	2.459	11.538.857	2.537	11.605.349

D_011-DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO								
R_180-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	48.287	1.961.515	50.515	2.058.184	8.171	15.943.925	7.971	15.358.184
R_169-OSTETRICIA E GINECOLOGIA - CENTRO DI DIAGNOSI PRENATALE	12.744	820.654	13.330	831.069				
R_507-OSTETRICIA E GINECOLOGIA - CENTRO FECONDAZIONE ASSISTITA P.O. MONTICHIARI			123	2.202				
D_011-DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO Totale	61.031	2.782.168	63.968	2.891.454	8.171	15.943.925	7.971	15.358.184

D_003-DIPARTIMENTO CERVICO FACCIALE								
R_132-OTORINOLARINGOIATRIA	28.454	581.348	30.668	639.961	2.092	5.955.661	2.144	6.012.960
R_148-PRONTO SOCCORSO ODONTOIATRICO	21.441	442.843	22.922	468.363				
R_160-ODONTOSTOMATOLOGIA	15.454	230.172	19.655	292.203				
R_110-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	3.025	75.530	3.260	83.139	929	1.811.701	974	1.851.137
D_003-DIPARTIMENTO CERVICO FACCIALE Totale	68.374	1.329.893	76.505	1.483.666	3.021	7.767.362	3.118	7.864.097

D_004-DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA								
R_149-CHIRURGIA GENERALE 4 - CHIRURGIA ENDOSCOPICA DIGESTIVA	5.156	519.993	5.676	598.776	315	509.315	214	372.373
R_133-UROLOGIA	13.686	478.447	13.573	528.606	4.614	7.670.553	4.524	7.868.189
R_111-CHIRURGIA PLASTICA	19.774	488.797	18.559	461.254	921	2.231.678	870	2.060.882
R_109-CHIRURGIA GENERALE 3	5.990	263.177	6.746	289.724	2.410	10.205.849	2.474	10.877.160
R_108-CHIRURGIA GENERALE 2	3.439	222.788	3.741	251.704	3.159	8.800.591	3.325	8.822.212
R_107-CHIRURGIA GENERALE 1	1.181	25.258	1.185	25.528	1.567	4.272.111	1.725	4.232.544
D_004-DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA Totale	49.226	1.998.459	49.480	2.155.593	12.986	33.690.097	13.132	34.233.360
D_002-DIPARTIMENTO CARDIOTORACICO								
R_142-PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	28.798	1.210.864	29.258	1.250.152	1.286	4.763.156	1.292	4.725.430
R_106-CARDIOLOGIA	38.771	1.019.356	41.493	1.109.759	3.625	19.872.922	3.530	19.801.848
R_161-POLICARDIOGRAFIA	12.509	528.642	13.854	576.400				
R_143-ENDOSCOPIA E LASERTERAPIA DELLAPPARATO RESPIRATORIO	620	103.826	709	114.960	239	1.273.994	248	1.077.346
R_112-CHIRURGIA TORACICA	928	18.719	907	18.781	707	6.072.367	736	6.104.527
R_131-EMODINAMICA	487	8.231	665	12.478				
R_137-ANESTESIA E RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA					32	974.789	28	786.854
R_105-CARDIOCHIRURGIA	187	3.798	185	3.636	444	7.939.992	446	7.927.177
R_130-CARDIOCHIRURGIA Ex U.D.A.	59	2.384	79	1.590	342	4.895.959	326	5.280.646
R_702-CARDIOLOGIA RIABILITATIVA GUSSAGO	6.234	219.858	5.252	181.999	711	2.586.051	623	2.437.536
D_002-DIPARTIMENTO CARDIOTORACICO Totale	88.593	3.115.678	92.402	3.269.754	7.386	48.379.230	7.229	48.141.364
D_010-DIPARTIMENTO OSTEO ARTICOLARE								
R_128-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 2	12.398	734.387	12.356	653.172	1.494	4.224.931	1.501	4.355.431
R_127-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 1	11.815	638.703	11.046	678.983	1.440	5.436.046	1.414	5.321.808
D_010-DIPARTIMENTO OSTEO ARTICOLARE Totale	24.213	1.373.089	23.402	1.332.155	2.934	9.660.977	2.915	9.677.239
D_012-DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - DSM								
R_405- RIABILITAZIONE SPECIALISTICA - CENTRO DISTURBI COMPORTAMENTI ALIMENTARE (C.D.C.A.)	6.335	509.680	6.525	586.466	46	597.300	48	651.810
R_407-SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA - S.P.D.C. SPEDALI CIVILI	1.154	32.428	1.363	38.341	381	1.325.408	383	1.451.602
R_403-UNITA OPERATIVA PSICHIATRICA 20 - GARDONE VT	37.118	3.379.443	36.874	3.383.095				
R_402-UNITA OPERATIVA DI PSICHIATRIA 23 - MONTICHIARI	53.742	4.089.536	57.033	4.346.486				
R_406-SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA MONTICHIARI	451	12.203	464	12.704	629	1.993.048	583	1.781.377
R_401-UNITA OPERATIVA DI PSICHIATRIA 22 - BRESCIA	61.967	5.443.683	63.729	5.671.373				
D_012-DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE - DSM Totale	160.767	13.466.974	165.988	14.038.466	1.056	3.915.756	1.014	3.884.789
Presidio Spedali Civili di Brescia Totale	3.979.669	95.969.035	4.034.798	100.019.119	52.611	196.176.760	52.445	193.466.632

Presidio Ospedaliero di Gardone V.T.								
R_617-LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE (GARDONE VT)	351.174	1.265.879	352.815	1.299.844				
R_615-PRONTO SOCCORSO (GARDONE VT)	50.252	816.679	52.648	830.434				
R_613-ANESTESIA E RIANIMAZIONE (GARDONE VT)	54	1.405	61	1.541				
R_608-MEDICINA GENERALE (GARDONE VT)	5.828	320.511	5.302	203.785	1.453	3.830.901	1.353	3.718.092
R_624-REPARTO SUB ACUTI PRESIDIO DI GARDONE V.T.					293	998.670	367	1.101.230
R_601-DIREZIONE MEDICA P.O. GARDONE VT	101.198	4.537.173	116.712	5.180.981				
R_180-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6.785	293.116	4.226	171.008	458	506.584	172	166.621
R_607-CHIRURGIA GENERALE (GARDONE VT)	6.429	452.116	6.392	469.523	1.238	3.035.162	1.226	3.228.141
R_621-CARDIOLOGIA (GARDONE VT)	10.690	441.562	10.432	421.680	796	3.088.541	727	2.891.306
R_610-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (GARDONE VT)	13.860	946.825	13.452	949.370	809	2.581.199	774	2.627.134
Presidio Ospedaliero di Gardone V.T. Totale	546.270	9.075.266	562.040	9.528.165	5.047	14.041.057	4.619	13.732.524
Presidio Ospedaliero di Montichiari								
R_517-LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE (MONTICHIARI)	332.659	1.264.720	332.468	1.286.077				
R_516-PRONTO SOCCORSO (MONTICHIARI)	64.842	1.064.386	62.731	999.910				
R_514-ANESTESIA E RIANIMAZIONE (MONTICHIARI)			241	9.671				
R_162-RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	18.373	180.961	26.600	255.124				
R_509-MEDICINA GENERALE (MONTICHIARI)	3.951	128.917	3.656	128.104	1.604	4.245.553	1.620	4.227.739
R_527-NEUROLOGIA - CENTRO PER LA SCLEROSI MULTIPLA (MONTICHIARI)	7.310	366.165	6.679	325.315	2	3.938	5	3.457
R_518-RADIOLOGIA (MONTICHIARI)	39.336	1.446.282	40.006	1.518.212				
R_526-ONCOLOGIA - BREAST UNIT	3.024	282.221	3.437	366.152	3	684		
R_501-DIREZIONE MEDICA P.O. MONTICHIARI	37.977	1.256.818	44.501	1.563.487				
R_510-NEFROLOGIA E DIALISI (MONTICHIARI)	37.859	2.711.423	36.572	2.751.887	457	1.336.994	395	1.035.429
R_507-OSTETRICIA E GINECOLOGIA - CENTRO FECONDAZIONE ASSISTITA P.O. MONTICHIARI	4.070	133.881	4.001	125.058	606	1.317.758	700	1.496.970
R_512-CdR -OSTETRICIA E GINECOLOGIA (MONTICHIARI)	861	17.779						
R_508-CHIRURGIA GENERALE (MONTICHIARI)	8.039	492.895	7.510	482.727	1.495	3.020.652	1.398	2.890.376
R_520-CARDIOLOGIA (MONTICHIARI)	6.864	252.575	9.215	325.804				
R_511-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (MONTICHIARI)	13.604	900.866	13.317	823.636	691	2.020.116	676	2.146.837
Presidio Ospedaliero di Montichiari Totale	578.769	10.499.889	590.934	10.961.166	4.858	11.945.695	4.794	11.800.808
Presidio Ospedaliero Ospedale dei Bambini								
R_152-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	8.466	612.991	8.662	562.373				
R_155-VIROLOGIA E INDAGINI MICROBIOLOGICHE	17.140	282.865	17.235	271.942				

R_205-NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA	63.385	2.421.153	57.416	2.415.278	472	1.522.053	512	1.783.937
R_210-PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	52.865	1.183.035	52.987	1.172.640				
R_206-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	34.201	688.167	34.143	685.843	1.092	1.917.003	1.013	1.892.122
R_208-PEDIATRIA	27.224	558.951	27.925	575.938	999	2.083.005	1.085	2.183.197
R_214-CARDIOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO E DELLE CARDIOPATIE CONGENITE	10.067	339.030	11.226	379.284				
R_213-OTORINOLARINGOIATRIA - AUDIOLOGIA E FONIATRIA PEDIATRICA	26.646	304.504	28.394	332.977				
R_215-ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO PEDIATRICO	10.424	261.812	10.281	318.103	456	3.547.520	434	4.503.338
R_207-OTORINOLARINGOIATRIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	9.096	206.385	9.995	227.471	840	1.204.890	801	1.064.248
R_204-CHIRURGIA PEDIATRICA	7.338	206.113	7.734	226.404	1.913	3.310.998	1.951	3.421.691
R_217-NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3.522	90.702	3.977	110.482	3.884	8.048.541	3.771	7.390.872
R_219-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE AD INDIRIZZO PEDIATRICO	3.487	87.733	3.275	84.955	721	948.634	660	748.725
R_209-ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	69	1.941	59	1.660	43	799.863	47	625.735
R_212-RADIOLOGIA AD INDIRIZZO PEDIATRICO	18.808	588.213	19.733	635.419				
R_201-DIREZIONE MEDICA P.O. OSPEDALE DEI BAMBINI	355	1.318	427	1.887				
Presidio Ospedaliero Ospedale dei Bambini Totale	293.093	7.834.913	293.469	8.002.657	10.420	23.382.507	10.274	23.613.865
Totale Complessivo	5.397.801	123.379.103	5.481.241	128.511.107	72.936	245.546.019	72.132	242.613.829

IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE – anno 2013

Tra il mese di marzo ed il mese di aprile del 2013 sono state predisposte e pubblicate le schede di budget di ciascun centro di Responsabilità, la scheda economica e la scheda relativa agli obiettivi gestionali organizzativi, aziendali e di sistema.

Nella successiva fase di contrattazione con i singoli Centri di Responsabilità, sono stati modificati e tarati, laddove necessario, i singoli obiettivi, tenendo conto delle proposte delle controparti.

La fase finale della negoziazione del budget annuale, è avvenuta tra i mesi di maggio e luglio con la sottoscrizione delle due schede, economica e gestionale organizzativa.

Il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale prevedeva una ridefinizione e una diversa composizione dei Dipartimenti Gestionali. Tra le funzioni del Dipartimento quelle di:

- negoziare nella figura del proprio Direttore il budget con la Direzione Strategica
- assegnare attraverso un processo negoziale gli obiettivi alle strutture organizzative afferenti al Dipartimento stesso.

La negoziazione del budget anno 2013 ha visto il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali nel rispetto di queste indicazioni. A certificazione la siglatura delle schede contenenti gli obiettivi tra la Direzione Strategica ed i Direttori di Dipartimento e tra questi ultimi ed i Responsabili delle singole strutture organizzative.

Nel contempo sono stati assegnati sia gli obiettivi individuali alla Dirigenza Medica, Sanitaria ed Amministrativa attraverso l'applicativo aziendale Report-Med, sia gli obiettivi individuali al personale del comparto nel rispetto di quanto previsto dal sistema di valutazione aziendale.

La verifica intermedia sul monitoraggio della performance è stata effettuata nel mese di settembre 2013, e successivamente, in chiusura di anno sono state compilate tutte le schede di valutazione previo colloquio finale tra valutato e valutatore, con la certificazione del risultato raggiunto. Il Nucleo di Valutazione ha validato tutte le fasi del processo.

Performance organizzativa dell'Azienda

La Direzione Strategica ha trasmesso in data 30/1/2014 con prot. 6828 la scheda analitica di rilevazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati alla Direzione Generale, derivati dalle regole di sistema regionale attraverso la contrattazione con ASL. Anche per il 2013 sono stati implementati percorsi sanitari appropriati, sviluppati processi trasversali e flessibili, incrementati i controlli e le formule di razionalizzazione della spesa. La scheda dettagliata della rendicontazione viene allegata alla presente relazione.

Performance organizzative delle strutture aziendali

Si riportano per macro-obiettivi le attività svolte rispetto al Piano delle Performance 2013 con particolare riguardo all'area sanitaria, essendo già esplicitate nella prima parte del presente documento le attività inerenti l'organizzazione strategica e l'ambito amministrativo:

Accessibilità ai servizi sanitari

Il progetto di miglioramento di accesso al Pronto Soccorso ha visto nel 2013 un incremento del 102% dell'utilizzo degli ambulatori dedicati per l'accesso dei codici bianchi nei confronti dei codici verdi, risultato importante ed in linea con quanto previsto dalle direttive regionali.

Cartella clinica cartacea

Durante il 2013 è stata introdotta la nuova cartella clinica cartacea in tutta l'Azienda. La cartella si articola in 5 sezioni così denominate: cartella medica, accertamento assistenziale, FUT (Foglio Unico di Terapia), foglio prescrizioni diagnostiche, foglio di monitoraggio. Per ognuna di esse è disponibile l'istruzione operativa per la compilazione. L'introduzione dei nuovi format è stata preceduta da un percorso formativo su due livelli, il primo rivolto ai facilitatori di ogni U.O. (coordinatore, medico di riferimento e un infermiere) che hanno poi formato tutti gli operatori della propria U.O. L'implementazione della nuova documentazione ha avuto il supporto del gruppo di progetto aziendale e dei SITR.

Dopo l'introduzione è stato realizzato il monitoraggio della completezza della compilazione delle cartelle in tutte le U.O. coinvolte tramite l'utilizzo di una check-list di un centinaio di item. La valutazione ha riguardato un campione di cartelle dei dimessi dei mesi di novembre e dicembre 2013. È stato raggiunto un indice di completezza dell'84%. Sono stati elaborati dei report di Azienda, di Presidio ed UU.OO, articolati in macro-aree. I dati sono stati poi restituiti e discussi con i Responsabili e facilitatori di ogni UU.OO.

Percorso del paziente ambulatoriale

La Procedura Aziendale denominata "Percorso Ambulatoriale" (cod. P-SDA 14) elaborata da un Gruppo Multiprofessionale comprendente Direzioni Mediche, Servizi Infermieristici e altre Funzioni Aziendali in Staff (Accreditamento, Qualità, Specialistica) è stata inserita nel Sistema Documentale Aziendale (SDA) in modalità Intranet in data 24/01/2014; inoltre ne è stata data massima diffusione mediante e.mail ai Direttori di Struttura, Referenti Qualità Locali e Coordinatori. La procedura descrive le modalità ed i canali attraverso i quali il cittadino può accedere alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e/o alla diagnostica strumentale presso l'Azienda Spedali Civili di Brescia, così come descritto nelle finalità e nella "mission" aziendale, declinati nel vigente P.O.A. La procedura si applica a tutte le attività in regime ambulatoriale ovunque erogate in Azienda, ad eccezione delle prestazioni M.A.C. (Macroattività Ambulatoriale Complessa) e B.I.C. (prestazioni ambulatoriali di chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale) per le quali si rimanda a specifiche procedure operative.

Piano di attivazione di nutrizione artificiale domiciliare

L'aspetto preliminare per un corretto piano di attivazione di nutrizione artificiale domiciliare parte da una adeguata formazione del personale dietista ad affrontare tutte le tematiche e le problematiche relative alla nutrizione artificiale, sia all'interno dell'Azienda Spedali Civili di Brescia che sul territorio.

Il volume di attività degli interventi è di circa 250 l'anno. Dal punto di vista della formazione sono stati creati due gruppi specifici, uno per la nutrizione enterale ed uno per la nutrizione parenterale, ciascuno costituito da quattro dietiste che analizzano la propria attività, la propria preparazione e le problematiche che nel corso della assistenza intra-ospedaliera incontravano periodicamente. Le problematiche e le tematiche meritevoli di aggiornamento e discussione sono state organizzate in incontri di gruppo ed individuali in un quadro di formazione permanente che è culminato in una seduta generale, con tutto il personale dietista.

Per quanto attiene il gruppo della nutrizione parenterale sono stati affrontati i seguenti argomenti:

- i componenti delle miscele: aminoacidi, glucidi, lipidi, elettroliti, oligoelementi, vitamine, miscele binarie e ternaria, i fabbisogni, complicanze metaboliche della nutrizione artificiale
- discussioni di gruppo, con quesiti e riferimenti a casi clinici.

Cure sub-acute

La struttura di cura sub-acute di Gardone Valtrompia ha accolto nel 2013 n.361 pazienti, pari al 77% delle richieste di arruolamento pervenute. La media annua di occupazione è stata del 85,22% con un range tra il 73,23% ed il 93,29. La provenienza dei pazienti è principalmente dalle U.O. dell'Azienda Spedali Civili, in particolare il Dipartimento di Medicina ha segnalato il 70% dei pazienti, mentre le rimanenti segnalazioni hanno riguardato soprattutto specialità dell'area medica (Neurologia, Cardiologia Presidio di Gardone Val Trompia, Infettivi)

Nel corso del 2013 è stato attivato un percorso con il distretto n° 4 dell'ASL (vedi rapporti con il Territorio) al fine di accogliere pazienti dal territorio che necessitano di terapie infusive continue e/o medicazioni specifiche. E' stata modificata la scheda di arruolamento relativamente alla raccolta del dato alla dimissione del paziente dalla struttura di cura subacute, coinvolgendo le U.O. invianti in una migliore presa in carico del paziente con l'attivazione della richiesta verso strutture riabilitative, successivamente al ricovero, in modo da accelerare l'accoglienza nelle strutture. La tipologia riguarda prevalentemente pazienti con Indice Intensità Assistenziale 3 presenti nel 64% dei pazienti a cui seguono pazienti con IIA 2 pari al 28% e pazienti con IIA 4 pari al 7%.

L'offerta assistenziale ha mantenuto gli standards del precedente anno, anche se si sottolinea la crescente fragilità e complessità dei pazienti a causa delle comorbidità presentate.

Reti di patologia

- ROL - Rete Oncologica Lombarda

Il DIPO Provinciale ha adottato, aggiornato e pubblicato sul sito WEB il PDTA per i tumori mammari. Detto percorso è stato condiviso con i clinici e le Direzioni Sanitarie delle Aziende pubbliche e private convenzionate partecipanti al DIPO (Decreto n° 3124 del 2/3/2010: Linee di indirizzo per il funzionamento dei dipartimenti interaziendali oncologici provinciali, DIPO, a supporto della Rete Oncologica Lombarda) al fine della loro implementazione e monitoraggio.

- **Progetto cardio-cerebro-vascolare:** l'U.O. Neurologia Vascolare ha aderito al progetto Cardio-cerebro-vascolare Regionale tramite sia l'inserimento di dati clinici nel Registro Regionale SUN (Stroke Unit Network) dei pazienti ricoverati nella Stroke Unit aziendale ed affetti da patologie cerebrovascolari acute, sia attraverso l'implementazione del progetto tele-stroke con invio di immagini e TAC, dai Centri Periferici alle UU.OO. di Neurologia Vascolare e Neurochirurgia.

- **Sviluppo rete nefrologica:** in linea con quanto previsto è stato adottato e diffuso il PDTA per la gestione integrata della malattia renale. Sono stati contattati medici di medicina generale come referenti per la diffusione sul territorio.

Prevenzione e controllo malattie infettive

Al 31/12/2013 l'U.O. Malattie Infettive seguiva cronicamente 2676 pazienti HIV positivi, di cui 2553 in trattamento antiretrovirale. Particolare attenzione è stata posta al rispetto puntuale delle indicazioni del PDT regionale per la gestione del paziente HIV+ contribuendo nell'ambito dello specifico Gruppo di approfondimento tecnico (GAT) della Regione Lombardia. Sono state realizzate specifiche attività formative ed attivati contatti per la realizzazione di progetti finalizzati alla verifica della fattibilità di applicazione del PDT nel soggetto HIV monoinfetto e coinfecto HIV/HCV. Il risultato di tali sforzi ha prodotto il contenimento della spesa del File F entro limiti di spesa predefiniti. Sono stati segnalati all'ASL i dati dei pazienti con riscontro di infezioni.

B.O.C.A

Nel 2013 la rete dei controlli interni costituita per la verifica dell'attività di ricovero e ambulatoriale, attraverso un adeguato campionamento della appropriatezza dell'attività passata al regime Boca, ha effettuato controlli mensili sui ricoveri ordinari procedendo alla conversione e trasformazione, quando necessario. L'obiettivo è stato raggiunto a livello aziendale al 100%.

Donazione e Trapianto

Il recupero di organi a scopo di trapianto, in tutti Presidi dell'area di Coordinamento per i Prelievi (CLP) di Brescia, ha consentito, nel 2013, di mettere a disposizione della comunità trapiantologica oltre 100 organi. Il risultato è maturato, nelle diverse Unità di Terapia Intensiva, grazie alla segnalazione di 49 casi di potenziali donatori (13% di tutti i casi lombardi) dei quali 32 sono poi diventati effettivi (15% dei casi di tutta la Regione). Di fatto il CLP di Brescia si configura come struttura leader nell'insieme dei 18 Coordinamenti Lombardi. Anche per quanto attiene il recupero di tessuti il territorio di Brescia si è confermato tra i primi tre CLP contribuenti in ambito regionale.

Il risultato, per quanto aperto ad ulteriori spazi di miglioramento, è da considerarsi ottimale e frutto di una sinergia collaborativa globale dove operatori sanitari di ogni livello e disciplina sono sempre più partecipi di una modalità terapeutica dicotomica in quanto il percorso di donazione, con il dolore che lo accompagna, è disgiunto, logisticamente, da quello gioioso del trapianto.

Il sostegno e l'accompagnamento delle famiglie dei donatori, tradizionalmente nelle policy del CLP, si è concretizzato in diverse forme attivate prima, durante e dopo il percorso di donazione.

Nel corso dell'anno è stata data giusta rilevanza alle tematiche formative sia per operatori sanitari che per la popolazione esterna, disponendo anche della fattiva collaborazione di AIDO e ANTO.

Politica dei Farmaci

Nella valutazione dell'efficacia ed appropriatezza si è prestato particolare attenzione nella valutazione dei nuovi farmaci per il trattamento dell'HCV- Epatite C (Boceprevir - Telaprevir) essendo la nostra Azienda Ospedaliera identificata come centro autorizzato a livello provinciale dalla Regione Lombardia. A tale scopo è stato costituito un gruppo di lavoro "GILDAA" deliberato dall'Azienda Ospedaliera e dall'Asl di Brescia e diffuso a livello aziendale e provinciale. Il gruppo è costituito dai Medici delle due U.O. di Malattie Infettive, Gastroenterologia ed Epatologia per consentire un omogeneo ed attento protocollo di utilizzo nelle fasi di arruolamento, terapia e monitoraggio dei pazienti, secondo le regole previste dall'Aifa e dalla Regione, per garantire inoltre l'accesso dei malati precedentemente trattati in strutture non autorizzate alla prescrizione dei nuovi farmaci.

Al fine di ottimizzare le terapie è stata prevista la partecipazione di un dermatologo dedicato per valutare le reazioni dermatologiche, che risultano dalla letteratura frequenti e gravi al punto da compromettere il buon esito delle terapie in corso; infine gli esami virologici sulle risposte ai farmaci hanno determinato anche la partecipazione dell'U.O. di Virologia e Microbiologia.

Nel corso del 2013 sono stati trattati 14 Pazienti nel corso del 2014 sono state implementate ulteriori terapie, attualmente sono 22.

Politica dei farmaci – Farmacovigilanza

E' stato costituito il gruppo di lavoro multidisciplinare per la Rilevazione degli Eventi Tromboembolici da Anticoncezionali nelle province di Brescia e Cremona. Il gruppo ha iniziato i lavori a Gennaio 2013

sotto il coordinamento del Responsabile della Farmaco-vigilanza ed è stato partecipato da rappresentanti delle U.O./Strutture di Ginecologia Endocrinologica, Emergenza-Urgenza, Centro per la Terapia Anticoagulante, Cardiologia, Neurologia. Sono stati coinvolti gli Ospedali di Desenzano, Poliambulanza, Chiari, Esine, Cremona. Le risultanze del lavoro sono state presentate al convegno organizzato dalla Regione Lombardia il 17/12/2013. Il progetto ha contribuito in misura molto significativa alle segnalazioni italiane di tipo tromboembolico ai contraccettivi con 103 segnalazioni su 160 totali italiane (64,4%), con analisi dei dati, per centro, ADR, farmaco, fattori di rischio. Sono state diffuse tre circolari sul tema a livello aziendale.

Analisi dell'impiego degli antibiotici e diffusione dell'informazione

E' stato diffuso un report semestrale con i dati del primo semestre 2013 vs il 2012 a tutti i reparti/servizi, con analisi dettagliate degli antibiotici con RM, elaborazione del costo/die in base alle diverse posologie. Sono stati elaborati i dati annuali, con DDD 2013 in confronto al 2012.

Psichiatria: Disturbi emotivi comuni (ansia e depressione)

E' stato prodotto ed avviato, in condivisione con l'ASL di Brescia e con i DSM delle A.O. di Chiari e Desenzano, il PDTA dei disturbi emotivi comuni. Obiettivo del documento è quello di formulare diagnosi precoce del disturbo d'ansia e depressivo, monitorare e gestire le patologie emotive minori da parte del MMG (Medico di Medicina Generale) con l'integrazione di consulenza specialistica, fornire agevoli strumenti di comunicazione tra MMG e Specialisti. I CPS delle varie Unità Operative hanno monitorato e sorvegliato i pazienti presi in carico e rinviati ai Medici di Medicina Generale comunicando mensilmente i dati all'ASL di Brescia.

Sistema trasfusionale

E' stato realizzato, in linea con quanto previsto, il progetto di riorganizzazione del sistema sangue regionale attraverso l'accentramento delle attività di validazione e di produzione delle unità di sangue ed emocomponenti raccolti nel DMTE di Brescia. Tutti i dati sono contenuti nel Progetto esecutivo trasmesso dalla Direzione Generale ad Areu in data 25/5/2013.

Standard Regionali di Autovalutazione (ex Standard Joint Commission)

Il sistema di autovalutazione comprende 354 item divisi in aree che coprono gli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente, le fasi di accesso-diagnosi e cura del paziente, la formazione del personale e l'organizzazione per il monitoraggio e miglioramento. La nostra Azienda mediante audit documentali e prospettici ha potuto stabilire che 267 standard su 354 sono stati raggiunti attestandosi quindi sul 75% di raggiungimento.

Azioni di miglioramento: Sono state individuate le aree con maggiori criticità (accesso ai Servizi di Cura e Assistenza, Servizi di Diagnostica per Immagini, trasferimento del paziente, processo di gestione di miglioramento dell'organizzazione per le quali il punteggio da 0.80 in giù) per la non completa adesione agli standard regionali di qualità.

Per il miglioramento sono stati assegnati specifici e mirati obiettivi di budget 2014 a funzioni Aziendali e Dipartimenti.

Prevenzione del Rischio – Lotta alla Sepsì

L'Azienda ha implementato in parte e concluderà nel corso del corrente anno le indicazioni del Gruppo Approfondimento Tecnico (GAT) di Regione Lombardia definendo un assetto organizzativo finalizzato alla traduzione nei processi sanitari delle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida 2012 della Surviving Sepsis Campaign.

Le fasi, come indicato dal GAT, sono così dettagliate:

- A. costituzione di un Gruppo Multidisciplinare
- B. rilevazione situazione attuale (audit su attuale percorso clinico e organizzativo)
- C. rilevazione situazione attuale "clinica-epidemiologica" (SDO e check list clinica)
- D. formazione dei formatori presso Eupolis

- E. definizione di indicatori di monitoraggio clinici e organizzativi
- F. interventi sul piano organizzativo e definizione di un PDTA
- G. formazione del personale
- H. audit organizzativo
- I. monitoraggio clinico e organizzativo
- J. rivalutazione degli indicatori.

Il Gruppo Multidisciplinare è costituito da Risk Manager, Direzioni Mediche dei Presidi, Servizio Infermieristico, Servizio Infezioni Ospedaliere (per il CIO), Intensivisti, Infettivologi, Medici di Pronto Soccorso, Microbiologo, Infermieri di Terapia Intensiva.

Nel corso del 2013 sono già state svolte le attività relative ai punti A-F; la formazione del personale (punto G) si concluderà entro il 2014 attraverso corsi in aula per medici e personale di assistenza individuati come facilitatori (01/04, 15/04, 06/05, 29/05) e formazione a distanza (FAD disponibile da settembre sulla piattaforma aziendale) per il resto del personale sanitario. Il punto H sarà espletato attraverso la valutazione con check list clinico-organizzativa a distanza di un anno dalla prima rilevazione eseguita (giugno 2013 /giugno 2014). I punti I e J saranno verificati mediante audit nel mese di novembre 2014 con la medesima check list (PDTA gestione sepsi) utilizzata nel novembre 2013.

Per quanto concerne la sepsi relativa ai pazienti pediatrici la nostra Azienda ha partecipato al Gruppo Regionale per la Sepsì Pediatrica e l'implementazione delle Linee Guida, che si concretizzeranno in un PDTA dedicato e in un percorso formativo nei mesi di ottobre-dicembre.

Sistema Qualità – Costruzione di PDTA Specialistici

Tra gli obiettivi di budget 2013 alle Strutture Specialistiche di diagnosi e cura era stata affidata la stesura di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) utilizzando la metodologia AGREE II. Sono stati così prodotti 78 PDTA scelti a livello Dipartimentale o di Struttura Complessa in base alla criticità. Tutti i PDTA sono comprensivi degli standard ed indicatori che consentano di verificare con gli audit clinici eventuali scostamenti nella applicazione e monitorare gli outcome di efficacia, efficienza e sicurezza.

Risk/Sinistri

Attraverso l'analisi degli indicatori contenuti nel documento "Benchmarking del Sistema Sanitario Regionale – Indicatori Area Risk Management - 8a edizione" sono state individuate le aree di criticità ed intervento.

Analisi di frequenza complessiva per il Rischio Clinico: I valori dei 5 indicatori relativi all'Azienda ($RC - pl \times 100$; $RC - n Ric \times 10000$; $RC - gg Deg \times 10000$; $RC - Hcomp \times 10000$; $RC - Hinf \times 10000$) si collocano tutti al di sotto dei valori medi regionali.

Analisi di Severità: $RC - gg. Deg$ valore al di sotto della media regionale, importo medio liquidato superiore alla media regionale, tuttavia in controtendenza rispetto alla media regionale (che aumenta) tra la VII e VIII edizione (leggero miglioramento).

Sussistono criticità nell'area chirurgica e medica per quanto riguarda gli "errori terapeutici" che saranno oggetto di attività di analisi delle cause ed azioni di miglioramento come descritto nel Piano gestione del Rischio 2014.

Controlli interni sull'attività sanitaria

Nel corso del 2013 sono stati implementati controlli relativi all'attività di ricovero, relativi a tutti i livelli assistenziali, ricoveri, DH, Ds, MAC e BOCA. In particolare sono state aggiunte al routinario controllo mensile le aree relative alla potenziale appropriatezza di 108 DRG di cui alla D.G.R. 4334 del 26/10/2012.

La tabella allegata dettaglia la numerosità e la tipologia di controlli per ogni Presidio Aziendale. Le criticità evidenziate sono state oggetto di audit con le singole Unità Operative interessate e alcune delle stesse saranno declinate come obiettivi nella contrattazione del 2014.

Attività di controllo relativa all'attività di ricovero anno 2013

Presidio	N° Cartelle controllate NOC ASL	N° Cartelle controllate NIC (All. 3 DGR 9014/09)	N° Cartelle controllate (autocontrollo 4%)	N° Cartelle controllate NIC	Totale per Presidio	N° dimessi per Presidio	% controlli per Presidio
P.O. Montichiari Totale	548	163	220	1957	2.888	5.377	54%
P.O. Gardone Totale	480	149	245	1810	2.684	4.619	58%
P.O. Bambini Totale	1.042	305	421	1055	2.823	10.274	27%
P.O. Fasano Totale	67	21	28		116	623	19%
P.O. Civile Totale	4.959	1500	2054	5190	13.703	51.239	27%
Totale complessivo A.O.	7.096	2.138	2.968	10.012	22.214	72.132	31%

Controllo del dolore

La Procedura ha lo scopo di descrivere le modalità e le attività messe in atto dall'Azienda Spedali Civili per la valutazione del dolore nelle diverse fasi del processo assistenziale nei pazienti ricoverati: screening all'ingresso, monitoraggio durante la degenza, valutazione approfondita in caso di dolore moderato o severo.

E' stata inserita nel Sistema Documentale Aziendale (SDA) in modalità Intranet in data 11/12/2013 con codice P-SDA 02.

L'inserimento della procedura nello SDA è stato accompagnato dalla formazione che ha coinvolto un numero appropriato di referenti di Strutture di diagnosi e cura; la formazione è stata erogata in 4 edizioni nel mese di dicembre 2013 con la partecipazione di 125 sanitari.

Eventi Sentinella

Continuerà anche quest'anno la sensibilizzazione al personale sanitario circa l'obbligatorietà alla segnalazione degli eventi sentinella e alla gestione come da disposizioni dello stesso da parte dell'Unità Gestione del Rischio. In particolare si sensibilizzerà il personale ad effettuare le segnalazioni tramite il sistema informatizzato per ridurre la possibilità di ritardi e/o errori di consegna della segnalazione cartacea.

La scelta operata è stata quella di trattare segnalazioni di eventi avversi che potenzialmente avrebbero potuto essere causa di danno grave alla stessa stregua di Eventi Sentinella, pertanto è stata eseguita una Root Cause Analysis sui 9 eventi sentinella; in altri 11 casi segnalati che si configuravano come eventi avversi con elevato potenziale di danno sono state applicati o audit o RCA.

Eventi sentinella segnalati al Ministero della Salute (SIMES) 10 (*dopo RCA annullato su richiesta della Regione Lombardia 1 ES chirurgia ginecologica):

1. Aggressione agli operatori con danni gravi (Pronto Soccorso Centrale)
2. Coma da somministrazione da overdose farmaco (Medicina 1)
3. Perforazione rettale da sonda (Infettivi 1) richiesto risarcimento
4. Caduta accidentale (Medicina 2F) decesso
5. Perforazione gastrica da acido acetico glaciale (Endoscopia digestiva)

6. Caduta accidentale con grave danno (Neurologia 2)
7. Garza lasciata in sito chirurgico (ORL) rimossa il giorno successivo
8. Decesso a seguito entro le 48 ore a seguito di intervento chirurgico* (Ginecologia)
9. Mancato trapianto rene per inidoneità organo (errato prelievo e errata conservazione eseguiti presso altra Azienda)
10. Violenza tra paziente e paziente (NPI)

Eventi avversi a elevato potenziale di danno trattati come eventi sentinella

1. Prelievo ematico a paziente errato per reazioni crociate (intercettato)
2. Rottura di parte del drenaggio durante rimozione
3. Somministrazione di farmaco (Area cardiologia)
4. Somministrazione di farmaco (Area oncologica)
5. Prescrizione di farmaco (Area ortopedica pediatrica)
6. Somministrazione di farmaco (Area psichiatrica)
7. Malfunzionamento (ritardo) nel trasferimento intra aziendale
8. Ritardo in prestazione in urgenza
9. Problema di gestione documentale alla dimissione (Area Pronto Soccorso)
10. Trasferimento inappropriato (Area psichiatrica)
11. Inappropriato trattamento terapeutico in Neuropsichiatria Infantile (da URP)

Prevenzione del Rischio – Sanità Penitenziaria

Dopo aver somministrato nello scorso anno il corso di formazione rivolto ai medici e infermieri che operano all'interno dei due Istituti Penitenziari, aver provveduto a realizzare un foglio unico di terapia (FUT) che è già stato sottoposto a sperimentazione ed ora in fase di utilizzo, nel corso dell'anno sarà terminata la realizzazione della cartella clinica con i requisiti specifici per il contesto in cui si trova l'utente. La stessa sarà sperimentata sui "nuovi giunti" e implementata in modo definitivo dopo avere apportato eventuali correzioni che si rendano necessarie. La cartella clinica sarà composta da tre fascicoli a cui bisogna aggiungere il FUT:

- Il fascicolo sanitario
- La documentazione assistenziale
- La documentazione degli operatori della salute mentale

Edilizia Sanitaria

In data 19/12/2013 il R.U.P. del Project Finance 2 ha sottoscritto il verbale di collaudo delle opere realizzate, relativamente a tutta la Fase 1, a certificare l'ultimazione dei lavori di realizzazione dei nuovi Blocchi Operatori del Pad. A, tra scala 1 e scala 2, per i Reparti di Ostetricia, Ginecologia e Chirurgia Pediatrica, nonché i lavori di allestimento del 3° piano e di quota parte del 1° piano del P.O. di Montichiari.

Per quanto attiene alle opere realizzate nel Presidio Ospedaliero di Montichiari le stesse potranno essere pienamente fruibili una volta realizzata la scala di emergenza prevista dal progetto, realizzazione prevista per il 2014.

Sono in fase di conclusione le attività di allestimento con arredi e attrezzature dei Blocchi Operatori, mentre sono stati ultimati i lavori di manutenzione straordinaria del 5° piano del Pad. A, sede del Reparto di Ostetricia, nel quale in data 14/03/2014 sono state trasferite le relative attività.

I tempi previsti sono stati rispettati.

Information and Communication Technology

La stampa on-demand, procedura che comporta che i referti vengano stampati in tempo reale, su richiesta del paziente, generando un evidente risparmio in termini di risorse oltre che una effettiva maggiore sicurezza e rispetto della privacy, è stata pienamente attivata nei Presidi di Montichiari e di Gardone Val Trompia. L'estensione al Presidio Spedali Civili è iniziata ed è tuttora in corso.

Gestione Accesso Servizi Sanitari – GASS: l'Azienda ha provveduto nel corso del 2013 all'attivazione di oltre 20 sportelli abilitati al rilascio delle credenziali GASS, sensibilizzando contestualmente il cittadino attraverso gli sportelli di front-end. I dati a consuntivo riconoscono lo sforzo fatto, evidenziando una crescita notevole del numero delle credenziali GASS rilasciate, oltre quota 14.000.

Pagamenti Ticket Canali Esterni: già nel 2012 l'Azienda aveva validato l'applicativo ed effettuato con successo i test per consentire ai cittadini il pagamento dei ticket sanitari mediante gli sporti di Poste Italiane. Nel corso dell'anno 2013 si è aggiunta a ciò la possibilità di recarsi presso sportelli ATM del circuito Banca Intesa, che è stata colta integrando gli applicativi aziendali secondo gli scenari previsti dal SISS (CRS-MALL).

Tempi di attesa

E' stato garantito l'obiettivo previsto del rispetto del limite soglia sui tempi d'attesa per almeno il 95% delle prestazioni. Sono stati attivati i servizi di re-call relativi alle prestazioni ambulatoriali, che hanno prodotto un maggiore aumento delle disdette funzionali alla liberazione di posti disponibili. Il Call-Center regionale e l'Azienda in autogestione hanno effettuato 8000 telefonate mensili e 14.000 invii di sms di richiamo.

Bilancio

La fatturazione per prestazioni di stranieri SPT alla Prefettura e la contestuale fatturazione alla ASL di appartenenza viene effettuata trimestralmente, previa validazione da parte dei Servizi Epidemiologici Aziendali dell'attività di ricovero e dell'attività ambulatoriale, così come previsto dalle indicazioni regionali.

Ambito Pediatrico

La Clinica pediatrica dell'Università degli Studi di Brescia ha organizzato in tema di rapporto Ospedale-Territorio, in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Brescia, quattro incontri rivolti ai Pediatri di Libera Scelta orientati alla condivisione dei percorsi di trattamento delle patologie croniche pediatriche (diabete, fibrosi cistica) che hanno rappresentato momenti formativi, di confronto su tematiche di interesse pediatrico e di condivisione di PDTA.

I momenti, definiti "Incontri Pediatrici di Primavera" si sono svolti tra il 2 marzo ed il 4 maggio 2013 sulle seguenti tematiche:

"Il diabete in età pediatrica: è solo una patologia da specialisti?" - 146 partecipanti

"La cefalea in età pediatrica: cosa fare e quando preoccuparsi" - 151 partecipanti

"Le anemie in età pediatrica: dalle forme più comuni a quelle più complesse" - 160 partecipanti

"Il reflusso gastroesofageo in età pediatrica: uno, nessuno, centomila" - 147 partecipanti.

Il Progetto rivolto agli adolescenti con disagio sociale si è sviluppato nel consentire un supporto specialistico all'accoglienza, alla presa in carico ed al trattamento di adolescenti con disagio sociale e disturbo psichiatrico inseriti in comunità, con particolare riferimento a minori con procedimento penale. Sono stati effettuati interventi sulle emergenze in Pronto Soccorso, ricoveri presso UONPIA, interventi intensivi ambulatoriali il tutto in collaborazione con le Comunità Protette Assistenziali.

E' stato costruito un modello di cura integrato tra Comuni, Servizi Minorili della Giustizia, servizi sanitari specialistici, comunità educative e terapeutiche con capofila Brescia.

Sono stati valutati e seguiti dall'UONPIA di Brescia 300 pazienti, di cui 140 gravosi per complessità sanitaria e sociale. I pazienti psichiatrici ricoverati sono stati 110.

Il Progetto "Intervento precoce per la promozione dello sviluppo della vita di relazione in soggetti migranti in età evolutiva" che prevedeva la presa in carico e trattamento dei relativi soggetti, la verifica delle esigenze dei minori e delle loro famiglie con figure adeguatamente preparate per assicurare l'intervento precoce e l'adesione al piano di cura il progetto, definito "La clinica transculturale una risorsa per il territorio" è stato realizzato ed ha avuto come capofila Brescia, con la partecipazione di UONPIA Azienda Ospedaliera di Chiari e di Desenzano oltre a ASL di Brescia, Università di Brescia, PLS e MMG, Asili Nido della provincia di Brescia, Istituzioni scolastiche, Comuni e Provincia,

Consultori familiari. Sono stati valutati e seguiti dall'UONPIA di Brescia 180 pazienti e sono stati inoltre ricoverati 124 pazienti ed erogate 257 prestazioni ambulatoriali.

Per quanto riguarda il progetto relativo alla condivisione di **percorsi diagnostico terapeutici per l'ADHD in Lombardia** che prevedeva l'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici, la condivisione buone pratiche oltre all'attività di farmacovigilanza e la formazione di operatori, pazienti famiglie, lo stesso è stato realizzato ed ha determinato:

- appropriatezza dei percorsi per gli utenti con ADHD e per le loro famiglie, attraverso una messa in rete dell'esistente e una condivisione delle buone pratiche tra i centri, valorizzando le competenze che si sono sviluppate in questi anni e favorendone la diffusione; attenta farmacovigilanza; formazione specialistica per gli operatori dei centri sugli interventi diagnostico terapeutici, con particolare attenzione agli interventi di parent, child and teacher training con formazione permanente; produzione e diffusione di materiali informativi; incontri periodici di monitoraggio e confronto tra i centri; PDT condivisi tra i centri; network stabile dei centri di Riferimento in Lombardia.

Sono stati effettuati interventi di parent training su 270 utenti e di teacher training su 143 utenti.

La formazione degli operatori è stata garantita in tutti i Centri.

Istituito dalla Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-facciale Pediatrica e dedicato ai pazienti fragili, l'**ambulatorio Odontoiatrico pazienti fragili** si occupa di pazienti da 0 a 17 anni portatori di gravi disabilità di vario genere (neurologiche, cardiologiche, metaboliche, ecc.). Tali pazienti, portatori di patologie odonto-stomatologiche, non trattabili sul territorio per le patologie annesse, dopo una visita specialistica vengono programmati in ambito ospedaliero per un trattamento di anestesia generale. Nel 2013 sono stati trattati oltre 100 pazienti.

GLI OBIETTIVI RAR 2013

A seguito delle pre-intese regionali relative all'assegnazione delle Risorse Aggiuntive Regionali per Dirigenza e Comparto, sottoscritte nel dicembre 2012, sono stati sottoscritti a livello aziendale nel febbraio 2013 gli accordi con le organizzazioni sindacali. Gli accordi sono stati inviati alla DG Sanità e nel contempo sono stati individuati, all'interno dei macro-obiettivi previsti dalle intese, i progetti aziendali su cui costruire il set di progetti per il 2013, tenuto conto dei tempi e delle criticità. Il Nucleo di Valutazione ha validato sia la metodologia sia gli obiettivi, i relativi indicatori ed i certificatori aziendali, certificando la coerenza con quanto fissato dall'intesa regionale. Il personale di Dirigenza è stato arruolato su un singolo progetto attraverso l'utilizzo del sistema operativo Report-Med. Il personale del Comparto è stato arruolato sui diversi progetti facendo riferimento ai centri di responsabilità. Le scadenze previste, relative all'arruolamento di tutto il personale, alla verifica intermedia, alla rendicontazione finale corredata dalle singole relazioni conclusive dei certificatori aziendali, sono state rispettate ed a seguito della certificazione e validazione finale del Nucleo di Valutazione in data 12/2/2014 sono state erogate le quote a saldo con le competenze del mese di febbraio 2014.

DIRIGENZA SANITARIA, AMMINISTRATIVA E TECNICA

MACRO OBIETTIVI	CERTIFICATORI
1. Controllo delle infezioni ospedaliere – Promozione delle azioni atte al controllo della infezioni ospedaliere: a) Implementazione in tutti i Reparti/Servizi della nuova procedura unica aziendale inerente il lavaggio mani b) Linee guida per l'utilizzo aziendale degli antibiotici a scopo profilattico	a) U.O. Qualità, Direzione Medica di Presidio b) U.O. Qualità, Direzione Medica di Presidio, UU.OO. Infettivi
4. Razionalizzazione delle risorse strumentali – Procedure aziendali e relativi audit: a) Procedure aziendali in riferimento all'utilizzo	a) Servizio Informatico Aziendale

del RIS/PACS e relativi audit per verifica tutela privacy b) Dematerializzazione sistema gestione qualità (procedure, diagrammi di flusso, istruzioni operative) c) Individuazione, definizione ed adozione di una procedura aziendale tesa al miglioramento, razionalizzazione, semplificazione dell'utilizzo degli strumenti tradizionali attraverso l'implementazione e l'utilizzo degli strumenti informatici aziendali d) Implementazione e manutenzione degli strumenti informatici contenuti nella cartella del servizio della bacheca Intranet e messa in rete di procedure e modulistica aziendale	b) U.O. Qualità c) Direzione Amministrativa Aziendale d) Direzione Amministrativa Aziendale
---	--

COMPARTO SANITARIO, AMMINISTRATIVO E TECNICO

MACRO OBIETTIVI	CERTIFICATORI
1. Controllo delle infezioni ospedaliere – Promozione della azioni atte al controllo della infezioni ospedaliere: a) Implementazione in tutti i Reparti/Servizi della nuova procedura unica aziendale inerente il lavaggio mani	a) U.O. Qualità, Direzione Medica di Presidio
4. Razionalizzazione delle risorse strumentali – Procedure aziendali e relativi audit: a) Procedure aziendali i riferimento all'utilizzo del RIS/PACS e relativi audit per verifica tutela privacy b) Dematerializzazione sistema gestione qualità (procedure, diagrammi di flusso, istruzioni operative) c) Individuazione, definizione ed adozione di una procedura aziendale tesa al miglioramento, razionalizzazione, semplificazione dell'utilizzo degli strumenti tradizionali attraverso l'implementazione e l'utilizzo degli strumenti informatici aziendali d) Implementazione e manutenzione degli strumenti informatici contenuti nella cartella del servizio della bacheca Intranet e messa in rete di procedure e modulistica aziendale	a) Servizio Informatico Aziendale b) U.O. Qualità c) Direzione Amministrativa Aziendale d) Direzione Amministrativa Aziendale

PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il ciclo della performance si conclude con la valutazione finale individuale del personale dirigente e del comparto. Il sistema di Valutazione aziendale, esplicitato dalla metodologia che ogni anno viene diffusa attraverso i sistemi aziendali, è supportato da una piattaforma informatica ed è collegato all'applicativo del Controllo di Gestione Report-Med, nel quale è prevista una apposita sezione. La valutazione di Comparto e Dirigenza tiene conto del raggiungimento degli obiettivi assegnati e dei comportamenti messi in atto per il raggiungimento degli stessi ed è collegata alla retribuzione accessoria di risultato di cui al Fondo della Dirigenza e al Fondo per la produttività collettiva del comparto.

Il Nucleo di Valutazione delle prestazioni ha validato i risultati aziendali nella seduta del 16/5/2014.

Nelle tabelle che seguono sono riportati i risultati sintetici sul grado di raggiungimento degli obiettivi

VALUTAZIONE PERSONALE DEL RUOLO TECNICO ANNO 2013

CATEGORIA A (Ausiliario Spec.)			PARZIALI TOTALI	
VALUTATI 642	FASCIA < 50	4	FASCIA < 50	7
	FASCIA 51 - 69	21	FASCIA 51 - 69	42
	FASCIA 70 - 81	63	FASCIA 70 - 81	136
	FASCIA 82 - 94	484	FASCIA 82 - 94	1148
	FASCIA 95 - 100	70	FASCIA 95 - 100	252
			TOTALE	1585
CATEGORIA B (Operatore Tec addetto assistenza - Operatore Tecnico)				
VALUTATI 231	FASCIA < 50	1		
	FASCIA 51 - 69	6		
	FASCIA 70 - 81	21		
	FASCIA 82 - 94	174		
	FASCIA 95 - 100	29		
CATEGORIA BS (Operatore Socio Sanitario - Operatore Tecnico Specializzato)				
VALUTATI 598	FASCIA < 50	2		
	FASCIA 51 - 69	14		
	FASCIA 70 - 81	49		
	FASCIA 82 - 94	440		
	FASCIA 95 - 100	93		
CATEGORIA C (Assistente Tecnico - Operatore Tecnico Spec. Esp. - Programmatore)				
VALUTATI 73	FASCIA < 50	0		
	FASCIA 51 - 69	1		
	FASCIA 70 - 81	1		
	FASCIA 82 - 94	37		
	FASCIA 95 - 100	34		
CATEGORIA D (Collaboratore Prof. Assistente Sociale - Collaboratore Tecnico Prof.)				
VALUTATI 38	FASCIA < 50	0		
	FASCIA 51 - 69	0		
	FASCIA 70 - 81	2		
	FASCIA 82 - 94	12		
	FASCIA 95 - 100	24		
CATEGORIA DS (Collaboratore Prof. Assistente Sociale Esp. - Collaboratore Tecnico Prof. Esp.)				
VALUTATI 3	FASCIA < 50	0		
	FASCIA 51 - 69	0		
	FASCIA 70 - 81	0		
	FASCIA 82 - 94	1		
	FASCIA 95 - 100	2		

VALUTAZIONE PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO ANNO 2013

CATEGORIA A (Commesso)			PARZIALI TOTALI	
VALUTATI 13	FASCIA < 50	0	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1	FASCIA 51 - 69	5
	FASCIA 70 - 81	1	FASCIA 70 - 81	5
	FASCIA 82 - 94	9	FASCIA 82 - 94	250
	FASCIA 95 - 100	2	FASCIA 95 - 100	182
			TOTALE	442

CATEGORIA B (Coadiutore Amm.vo)		
VALUTATI 52	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1
	FASCIA 70 - 81	1
	FASCIA 82 - 94	42
	FASCIA 95 - 100	8

CATEGORIA BS (Coadiutore Amm.vo Esperto)		
VALUTATI 77	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1
	FASCIA 70 - 81	2
	FASCIA 82 - 94	63
	FASCIA 95 - 100	11

CATEGORIA C (Assistente Amm.vo)		
VALUTATI 200	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1
	FASCIA 70 - 81	0
	FASCIA 82 - 94	106
	FASCIA 95 - 100	93

CATEGORIA D (Collaboratore Amm.vo)		
VALUTATI 64	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	0
	FASCIA 70 - 81	1
	FASCIA 82 - 94	19
	FASCIA 95 - 100	44

CATEGORIA DS (Collaboratore Amm.vo Esp.)		
VALUTATI 36	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1
	FASCIA 70 - 81	0
	FASCIA 82 - 94	11
	FASCIA 95 - 100	24

VALUTAZIONE PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO ANNO 2013

CATEGORIA BS (Puericultrice - Infermiere Generico)			PARZIALI TOTALI	
VALUTATI 21	FASCIA < 50	0	FASCIA < 50	1
	FASCIA 51 - 69	2	FASCIA 51 - 69	45
	FASCIA 70 - 81	0	FASCIA 70 - 81	150
	FASCIA 82 - 94	19	FASCIA 82 - 94	2273
	FASCIA 95 - 100	0	FASCIA 95 - 100	546
			TOTALE	3015

CATEGORIA C (Puericultrice Esp. - Infermiere Generico Esp. - Infermiere Psichiatrico Esp. - Massofisioterapista Esp.)		
VALUTATI 35	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	1
	FASCIA 70 - 81	2
	FASCIA 82 - 94	26
	FASCIA 95 - 100	6

CATEGORIA D (Personale infermieristico, tecnico-sanitario, di riabilitazione)		
VALUTATI 2775	FASCIA < 50	1
	FASCIA 51 - 69	38
	FASCIA 70 - 81	144
	FASCIA 82 - 94	2111
	FASCIA 95 - 100	481

CATEGORIA DS (Collaboratore Sanitario Esp.)		
VALUTATI 184	FASCIA < 50	0
	FASCIA 51 - 69	4
	FASCIA 70 - 81	4
	FASCIA 82 - 94	117
	FASCIA 95 - 100	59

VALUTAZIONE PERSONALE DELLA DIRIGENZA ANNO 2013

DIRIGENZA MEDICA, SANITARIA, ECC.		PARZIALI TOTALI	
VALUTATI 969		PUNTEGGIO < A 90	89
		PUNTEGGIO TRA 90 E 99	802
		PUNTEGGIO = 100	237
		TOTALE	1128

DIRIGENZA AMM.VA E TECNICA

VALUTATI 25

PUNTEGGIO < A 90	0
PUNTEGGIO TRA 90 E 99	15
PUNTEGGIO = 100	10

DIRIGENZA UNIVERSITARIA

VALUTATI 134

PUNTEGGIO < A 90	7
PUNTEGGIO TRA 90 E 99	104
PUNTEGGIO = 100	23

PUBBLICITA'

La presente relazione, redatta dalla Struttura Valutazione e Controlli Interni, ratificata dal Nucleo di Valutazione Aziendale, è adottata dall'Azienda e pubblicata sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Performance".

Allegati alla relazione

A) Rendicontazione obiettivi aziendali di interesse regionale anno 2013



SPEDALI CIVILI - BRESCIA
AZIENDA OSPEDALIERA

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



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

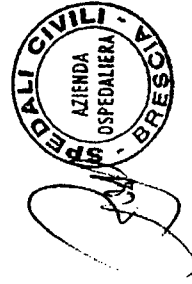
AZIENDA OSPEDALIERA "SPEDALI CIVILI" DI BRESCIA
OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE ANNO 2013

AREA SALUTE

PREVENZIONE PESO 6			
OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2013
Attuazione della DGR 4334/2012, delle circolari applicative, di quanto contenuto nelle DGR contenenti le indicazioni per gli enti del sistema regionale e delle note attuative specifiche per ciascun ambito	Attuare interventi per la promozione di stili di vita sani al fine di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative e per la riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo.	Partecipazione della struttura sanitaria alla realizzazione di un programma integrato di promozione di corretta alimentazione, stile di vita attivo, ambiente libero dal fumo in accordo con la ASL competente per territorio. Evidenza della partecipazione da sistema BDPROSAL (inserimento a cura della ASL).	La U.O. Medicina del Lavoro, Igiene, Tossicologia e Prevenzione Occupazionale ha contribuito al programma di promozione e benessere muscolo - scheletrico nell'ambito della movimentazione pazienti Il Dipartimento di Medicina dell'AO ha collaborato alla realizzazione di un programma di sensibilizzazione al tema dell'obesità: - Progetto "Scale per la salute" in collaborazione con l'ASL Brescia ed Azienda Spedali Civili di Brescia per la promozione dell'attività fisica tra i visitatori, i pazienti ed i dipendenti - Incontri nelle scuole: Liceo Scientifico A.Calini-Brescia, incontro con gli studenti marzo 2013. - Incontro con i genitori Asilo di Calcinatello per la promozione di corretto comportamento alimentare e sani stili di vita, aprile 2013. - Partecipazione del centro Aziendale di Medicina dello Sport al progetto di fattibilità di somministrazione dell'attività fisica a malati cronici (progetto finanziato dal Ministero della Salute realizzato in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna). L'U.O. di Ostetricia 2 aziendale, è stata coinvolta dal Maggio 2013 al Progetto Regionale "Strategie comuni e integrate di promozione di sani stili di vita" con particolare riferimento al tabagismo. La referente aziendale ha partecipato alle riunioni informative tenute dall'ASL nei giorni 22/5 e 6/8/2013. Dal Maggio scorso, hanno quindi avuto inizio gli incontri individuali con donne, gravide e puerpere, fumatrici, utilizzando il metodo Minimal Advice.

Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013

Sistema Sanitario
Regione Lombardia



		Dal mese di Maggio fino al mese di Settembre sono stati rendicontati in formato cartaceo 50 interventi e dal mese di ottobre ne sono succeduti altri 11, questa volta inseriti nel sito fornito dall'ASL. Per dare continuità e rilevanza a questo obiettivo, a giorni alterni, vengono tenuti incontri di gruppo dedicati sempre a donne gravide e puerpere, proprio per fornire indicazioni in merito ai corretti stili di vita e particolare attenzione viene posta verso la prevenzione del tabagismo. A tutti i pazienti fumatori, afferiti nel 2013 all'Ambulatorio della U.O. di Pneumologia di via Marconi, è stato somministrato un Counseling Breve (modello delle 5 A). Presso l'Ambulatorio aziendale per la disassuefazione dal fumo, nel corso del 2013 sono state effettuate 75 prime visite e 230 visite di controllo. Per quanto attiene le prime visite, trattasi di 42 femmine e 33 maschi, con età media di 48 anni. In questi pazienti sono state diagnosticate 6 BPCO al 1° stadio e 3 BPCO al 2° stadio. Nel corso del 2013 sono state effettuate le seguenti verifiche: -) abbandono del percorso di disassuefazione 31%; Dei pazienti che hanno persistito nel percorso, a sei mesi di follow-up: -) il 58% ha abolito il fumo; -) il 25% ha ridotto del 50% il numero di sigarette/die; -) il 17% non ha modificato il fumo. Al follow-up a dodici mesi: -) il 55% ha abolito il fumo; -) il 27% ha ridotto del 50% il numero di sigarette/die; -) il 18% non ha modificato il fumo. Nel mese di aprile 2013 sono stati realizzati, in accordo con ASL Brescia, 2 corsi di formazione ai MMG e nel corso di tutto l'anno l'attività è stata svolta in raccordo con la referente psicologa dell'ASL. RAGGIUNGIMENTO: 100%
Garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte nell'offerta di screening oncologici	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 secondo le specifiche di cui alla nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012	Con specifico accordo sottoscritto con l'ASL di Brescia e formalizzato con Determinazione Dirigenziale dell'A.O. 06/03/2013, n.521, si è concordata la prosecuzione dell'intero programma di estensione ed adesione degli screening oncologici per il 2013 (ricerca precoce dei tumori della mammella, colon retto e cervice uterina), in linea con quanto previsto dalla nota H1.2012.0036178 del 17/12/2012. 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. RAGGIUNGIMENTO: 100%
Attuazione della DGR n. IX/4489 del 13.12.2012 “Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell’età infantile e dell’adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (Intesa Stato Regioni 22 febbraio 2012).”	Completezza delle segnalazioni alle ASL di tutti i nuovi casi di patologia infettiva, 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). <u>Tubercolosi:</u> Compliance terapeutica >80%: valutazione da parte della ASL nel sistema MAINF attraverso le schede di inizio e di fine terapia; <u>HIV/AIDS:</u> Segnalazione alle ASL di tutti i nuovi casi di sieropositività con completezza dei dati della scheda	<u>Tubercolosi</u> Nel corso dell’anno 2013 sono stati posti in terapia presso le UU.OO. Malattie Infettive dell’A.O. “Spedali Civili” di Brescia 89 pazienti. Di questi, 2 hanno interrotto la terapia in quanto il sospetto di tubercolosi è stato smentito da una diversa successiva diagnosi. Dei restanti 87, 46 stanno proseguendo tutt’ora regolarmente la terapia. Dei 41 rimanenti, per i quali sono già disponibili le schede di fine terapia, 34 hanno completato il ciclo di terapia (5 guariti, 22 completato, 6 trasferiti, 1 deceduto), mentre 7 sono stati persi al follow-up, risultando in un tasso di compliance terapeutica dell’82,9% (34/41) <u>Infezione da HIV</u> I dati relativi ai pazienti con recente diagnosi di infezione da HIV, osservati presso le UU.OO. Malattie Infettive e la SSVD di Malattie Tropicali aziendali, sono immessi nel Data Base della struttura (NetCare di Healthcare). Dal 2010 l’inserimento comprende anche le informazioni previste dalla scheda regionale di notifica che sono successivamente estratte con specifica query dal Data Base. Il file-query così ottenuto viene revisionato, completato per le informazioni eventualmente mancanti e trasmesso per e-mail al Servizio Prevenzione dell’ASL di Brescia per il successivo inserimento nel Sistema Mainf. Da notare che i record-paziente inviati sono anonimizzati e codificati prima dell’invio, secondo la procedura prevista dalla scheda di notifica. Nel corso del 2013, dopo un incontro con personale del Servizio di	



		Prevenzione aziendale, si è provveduto a perfezionare la query, eliminando alcune difformità rispetto alla scheda di notifica. Sempre dal 2013 la trasmissione avviene con frequenza circa mensile. La completezza dei dati aziendali è comprensiva dei presidi ospedalieri: Anche presso il Presidio Pediatrico 'Ospedale dei Bambini' le segnalazioni di patologia infettiva prodotte dalle UU.OO sono inviate regolarmente all'ASL a cura del Servizio Infezioni Ospedaliere del Presidio (al 31.12.2013 sono state inoltrate 350 Notifiche), che monitora la completezza delle segnalazioni stesse anche attraverso l'incrocio con i dati degli isolamenti microbiologici di laboratorio. RAGGIUNGIMENTO: 100% La campagna vaccinale antinfluenzale rivolta ai pazienti ricoverati, ambulatoriali, ai cittadini appartenenti alle categorie a rischio e agli operatori sanitari operanti nell'Azienda per l'anno 2013, rientrando nell'ambito dei progetti specifici dell'attività di specialistica ambulatoriale contenuti nell'accordo siglato con l'ASL (cfr. contratto sottoscritto in data 30/04/2013, agli atti), è stata realizzata mediante: ▪ comunicazione da parte dei Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri ai Responsabili e ai Coordinatori delle UUOO/Servizi sulla necessità di aderire alla campagna vaccinale. Sono stati forniti i documenti attestanti le indicazioni, le controindicazioni, le modalità di somministrazione e di rendicontazione del vaccino antinfluenzale; ▪ preparazione di materiale informativo cartaceo che è stato affisso e pubblicizzato in tutte le aree dei Presidi e in special modo presso i poliambulatori e al centro prelievi, dove l'affluenza degli utenti è massima (circa 500 soggetti/die solo nel presidio di Brescia); ▪ individuazione di medici e infermieri, con spazi e ampi orari dedicati alla vaccinazione antinfluenzale in ogni presidio e in raccordo con i Distretti ASL di Brescia (agli atti calendario ore comunicato all'ASL con mail prot. 0051512 del 28/10/2013 e prot. 0053752 del 13/11/2013); ▪ pubblicazione sulla rete interna dell'azienda della campagna vaccinale con sedi e orari delle sedute vaccinali. Per quanto concerne i soggetti ricoverati, l'effettuazione della vaccinazione antinfluenzale è stata effettuata con cautela data l'esistenza nella quasi totalità dei casi di patologie gravi e ancora presenti - anche se in miglioramento - al momento della dimissione. Infatti anche il
	Evidenza del raccordo con la ASL competente per territorio finalizzato all'offerta delle vaccinazioni alle categorie a rischio	
Attuazione della DGR n IX/4475 del 5 dicembre 2012 "Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (Intesa Stato Regioni 22 febbraio 2012)" secondo le specifiche di cui alla nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012		



		documento "Guida alle Controindicazioni alle Vaccinazioni", redatto dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2009, riporta come necessità l'adozione di "precauzioni" alla somministrazione di qualunque tipo di vaccino in presenza di ogni malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre. Da rilevare che i soggetti eligibili sono stati ricercati attivamente da parte del personale sanitario, con offerta della vaccinazione antinfluenzale direttamente ai singoli utenti. L'A.O. ha provveduto a trasmettere all'ASL i report delle vaccinazioni effettuate nei Presidi aziendali ed ha provveduto anche a vaccinare i propri dipendenti, come da report finale – distinto per tipologia di soggetti - comunicato all'ASL con Nota 20/1/2014, prot. n.3575 RAGGIUNGIMENTO: 100%. Con Nota-mail 24/12/2013 prot. n.60435, l'A.O. ha inviato alla D.G.S. la Relazione annuale riferita al potenziamento delle attività integrate di prevenzione e sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza. Detta Relazione si sviluppa attraverso: 1) l'analisi epidemiologica Nell'ambito degli agenti sentinella facenti parte del sistema INF-OSP sono stati scelti 4 microrganismi ALERT dotati di grande interesse clinico ed epidemiologico <i>A. baumannii</i>, Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), Stafilococco aureo meticillina resistente (MRSA) agente di batteriemie e <i>C. difficile</i>. Sono stati presi in esame 215 pazienti ricoverati nel 2013 e per ognuno è stata eseguita un'indagine epidemiologica da parte del Servizio Infezioni Ospedaliere aziendale per conoscere i fattori di rischio, la sede, l'origine dell'infezione e verificare l'effettiva implementazione delle misure di isolamento volte ad ostacolare la diffusione del microrganismo. E' stato quindi effettuato un incrocio di dati con l'obiettivo di accertare se i quadri clinici correlati agli alert prescelti fossero stati riportati correttamente sulle lettere di dimissione e sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Infine è stato calcolato il valorizzato regionale dei casi non conformi da parte del Servizio aziendale Controllo e Verifica SDO e DRG ed è stato valutato il consumo di antibiotici espresso in DDD/1000 o te degenza
Potenziare le attività integrate (direzioni sanitarie, sistema qualità, risk management) di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate alla assistenza	Invio entro il 31.12.2013 alla DGS di Relazione annuale (max 10 pagine) che descriva: 1) 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.	



[Handwritten signature]

	2) criticità (rilevate in base ai dati al punto 1) e obiettivi prioritari di miglioramento 3) azioni intraprese con evidenza delle aree aziendali coinvolte nel processo (Direzione Sanitaria, Sistema Qualità, Risk Management, altro) 4) risultati raggiunti	2) la criticità rilevata: consistente nella non completa conformità tra le condizioni cliniche alert correlate, le diagnosi di dimissione e le SDO. 3) le azioni intraprese: mediante un programma di sensibilizzazione rivolto agli operatori sanitari per la tempestiva messa in atto delle misure di isolamento necessarie al contenimento dell'infezione e ai dirigenti medici per la completezza delle diagnosi di dimissione. 4) i risultati raggiunti: per ciascun microorganismo in studio, è stato elaborato un report con numero di pazienti infetti/colonizzati, antibioco-resistenza dei ceppi isolati, tipo di infezioni, loro origine e tassi di incidenza, da confrontare con gli anni precedenti. Il report consentirà di valutare la necessità interventi specifici e di calibrarli nelle singole realtà. Tenuto conto della peculiarità del contesto del Presidio Pediatrico Ospedale dei Bambini, relativamente ai punti 1) e 2), il Comitato Infezioni Ospedaliere del Presidio ha prodotto in occasione dell'incontro annuale del CIO Aziendale una relazione con l'analisi epidemiologica di contesto, le criticità individuate gli obiettivi prioritari di miglioramento proposti per l'anno 2014. Rispetto ai punti 3) e 4), i Presidi hanno partecipato alle attività del Comitato Qualità Aziendale, in particolare per la stesura della procedura aziendale di igiene delle mani e la formazione ai Coordinatori di tutta l'Azienda sulle modalità di osservazione dell'igiene mani secondo i criteri OMS. In particolare il PO Pediatrico ha partecipato attivamente al Gruppo di Lavoro Regionale per la stesura delle Linee guida Regionali per il controllo sepsi in età pediatrica. RAGGIUNGIMENTO: 100%
Attività in materia REACH/CLP	Organizzazione del percorso 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.	La Direzione Sanitaria Aziendale ha partecipato al canale di sensibilizzazione dell'ASL di Brescia (in data 25.10.13) nell'ambito del tavolo dei Direttori Sanitari di Azienda di diffusione del documento REACH per eventuali segnalazioni, anche da P.S. e da Farmacia aziendale, di fenomeni reattivi collegabili all'utilizzo di prodotti non conformi. Il programma concordato con l'ASL di Brescia ha comportato, da parte della U.O. Medicina del Lavoro l'effettuazione di interventi in n.2 verniciature e colorificio per cui si è in attesa di gestire eventuali non conformità.

			RAGGIUNGIMENTO: 100%
Sistema informativo gestionale PERSON@	Utilizzo del sistema informativo Malattie Professionali e Infortuni Ma.P.I. secondo le indicazioni della DGS. L'utilizzo di Ma.P.I., 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	Partecipazione a riunioni regionali con altre UOOML per la messa a punto dell'avvio dell'inserimento dei dati e in attesa di risposta dalla Regione alle osservazioni formulate in data 18/11/2013. RAGGIUNGIMENTO: 100%	
Sistema informativo Sanitario	Socio Utilizzo della modalità di trasmissione informatica dei certificati medici di infortunio sul lavoro secondo le indicazioni regionali (in attuazione di secondo specifico accordo tra Regione Lombardia e INAIL).	In attesa dell'accordo tra Regione Lombardia e INAIL, l'Azienda Ospedaliera ha proseguito secondo le vigenti modalità di trasmissione dei certificati medici di infortunio. RAGGIUNGIMENTO: 100%	

PROGRAMMAZIONE PESO 15			
OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2013
Programmazione e	Rispetto integrale di quanto previsto dalla dgr IX/4334 del 26.10.12, Allegato 1, "Programmazione e Sviluppo Piani"	1) Pronto Soccorso - Incremento dell'utilizzo degli ambulatori dedicati per l'accesso in PS attraverso l'aumento del 10%, rispetto all'anno precedente, dei codici bianchi nei confronti dei codici verdi;	In aderenza a quanto contenuto nelle direttive di Regione Lombardia, l'A.O. ha attivato nei tempi e nei modi previsti dalla normativa gli ambulatori dedicati alla gestione dei codici minori per l'accesso in PS. Sono state rispettate le scadenze di invio flussi all'ASL come da loro Nota Prot. n. 0073941 del 08/05/2013: - 1^ quadr. 2013 trasmesso con Prot. A.O. 0026158 del 24/05/2013 - 2^ quadr. 2013 trasmesso con Prot. A.O. 0044352 del 13/09/2013 - Settembre-Ottobre 2013 trasmesso con Prot. A.O. 0055410 del 22/11/2013 - Anno 2012 - 2013 trasmesso con Prot. A.O. 0000635 del 07/01/2014. L'incremento dell'utilizzo degli ambulatori dedicati per l'accesso in PS dei codici bianchi nei confronti dei codici verdi rispetto al 2012 è stato del 109% (49% nel 2012 - 102% nel 2013). RAGGIUNGIMENTO: 100%
		2) Commissione Regionale/ROL Oncologica In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - evidenza dell'applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) di gestione del paziente affetto da tumore del colon retto, tumore del polmone e melanoma, tumore del seno, e di aderenza agli stessi;	Nell'ambito della intensa attività del DIPO, sono stati discussi e validati nelle riunioni delle UDD afferenti (cfr. Verbali riunioni agli atti) e saranno pubblicati a breve sul relativo sito web - aperto agli specialisti e agli MMG con accesso mediante password -, i PDTA delle neoplasie per i tumori del colon retto, del polmone, del melanoma e del seno, in conformità a specifiche linee guida e linee operative ROL. Le strutture aziendali interessate applicano i suddetti PDTA, come da procedure operative disponibili. RAGGIUNGIMENTO: 100%
		3) Cure palliative In base alla specificità aziendale: - adesione formale alla rete locale di cure palliative ed evidenza della sua costituzione; - evidenza della istituzione del dipartimento interaziendale di	In data 14/03/2013 vi è stata in ASL la riunione per l'insediamento del Dipartimento Interaziendale funzionale per le Cure Palliative (DICP) istituito con decreto ASL n. 98 del 21/02/2013 ai sensi del DGR IX/4610 del 28/12/12. Durante la riunione è stato approvato il Regolamento di funzionamento del Comitato(receptito con decreto ASL n. 288 del 06/06/13) e nominato il Dott. Giovanni Zaninetta, Responsabile dell'U.O. Cure Palliative della casa di Cura Domus Salutis, quale Coordinatore del

Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013

	coordinamento della rete locale di cure palliative e individuazione del responsabile della rete locale di cure palliative di cui alla dgr IX/4610 del 28.12.2012.	DICP. Con nota prot. 18495 del 11/04/2013 sono stati individuati il Prof. Berruti ed il Dott. Ferrari della s.c. di Oncologia come componenti del gruppo di lavoro del DICP. I referenti hanno partecipato regolarmente agli incontri di promozione indetti dall'ASL di Brescia (17/04/13, 10/05/13 e 27/11/13). Con decreto ASL n. 505 del 17/10/13 è stato adottato formalmente il "Modello organizzativo della rete delle Cure Palliative" approvato dal DICP il 17/09/13 e presentato nel tavolo tecnico provinciale dei Direttori Sanitari delle Aziende Pubbliche ed accreditate del 04/10/13. L'Azienda ha provveduto a trasmettere la documentazione ed i verbali degli incontri alle UU.OO. interessate RAGGIUNGIMENTO: 100%
	4) Rete ematologica In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - Attuazione dei PDTA definiti dalla REL.	L'U.O. Ematologia aziendale ha regolarmente e attivamente partecipato alle attività delle Commissioni della Rete Ematologica Lombarda, volte fra l'altro alla redazione di PDTA per le principali patologie ematologiche. Le linee guida/PDTA di reparto sono già in linea con le indicazioni dei PDTA proposti dalle Commissioni REL. Agli atti Verbali delle Commissioni REL e PDTA. RAGGIUNGIMENTO: 100%
	5) Rete nefrologica In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica e in riferimento al decreto n. 1074 del 12.02.13: - evidenza dell'adozione del PDTA per la gestione integrata della malattia renale cronica (MRC) negli adulti, in raccordo con i MMG; - evidenza dell'adozione del PDT per le principali forme glomerulonefriti primitive; - evidenza della costituzione del team per gli accessi vascolari;	PDTA per gestione integrata malattia renale con MMG: presentato ai Medici della U.O. Nefrologia e regolarmente inviato all'ASL. Contattati due MMG indicati dall'ASL come referenti per l'implementazione sul territorio. PDTA glomerulonefriti primitive: presentato ai Medici delle Nefrologie; completato, per alcuni aspetti particolari, con linee guida internazionali KDIGO. E' applicato nelle nefrologie aziendali. Team accessi vascolari: costituito il team per gli accessi vascolari con referenti dell'U.O. Nefrologia, Chirurgia 3 (S.S.V.D. a indirizzo vascolare) e Radiologia Diagnostica 2 - il team è operativo per garantire

	- evidenza della nomina dei referenti per il trapianto renale.	l'esecuzione di fistole arterovenose semplici e complesse. Referenti per il trapianto di rene: con Nota mail 13/6/2013, prot. n.29993 l'A.O. ha comunicato alla D.G.S. i nominativi dei n.2 referenti aziendali (rispettivamente del P.O. di Brescia e del P.O. di Montichiari), che hanno partecipato alla prima riunione regionale della Commissione. RAGGIUNGIMENTO: 100%
	6) Sepsì In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - costituzione nell'Azienda di un gruppo multidisciplinare per la stesura di PDTA finalizzato al tempestivo riconoscimento e trattamento della sepsi grave;	UGR Gli obiettivi del progetto consistono nel: - definire e realizzare all'interno dell'Azienda un modello organizzativo che faciliti l'adozione di strategie, linee guida, procedure e protocolli per ridurre in modo significativo la mortalità associata a sepsi grave; - definire un percorso formativo per implementare le strategie organizzative e cliniche; - definire le modalità con le quali sarà rilevato e misurato l'impatto degli interventi. 1^ Fase: L'A.O. ha provveduto ad istituire un Gruppo Multidisciplinare (GM) per ogni Presidio Ospedaliero (Spedali Civili, Gardone V/T, Montichiari), costituito dalle figure professionali Medico di Direzione (CIO), Risk Manager, Medico di Pronto Soccorso, Medico Intensivista, Infettivologo, Direzione Infermieristica, Microbiologo. Per il Presidio Pediatrico, l'A.O. ha partecipato attivamente al Gruppo Regionale Sepsì Pediatrica, che ha prodotto delle Linee Guida relative all'identificazione, la gestione e il trattamento della sepsi in età pediatrica. La formazione avviata, destinata al personale di tutte le UU.OO, pediatriche, proseguirà nel 2014, prevedendo la costituzione di uno specifico Gruppo di Lavoro, coordinato dal Comitato Infezioni Ospedaliere di Presidio per la stesura del PDTA sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee Guida. 2^ Fase: I GM attraverso la check-list logistico-organizzativa hanno individuato le principali criticità ed ostacoli alla implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per la riduzione della mortalità ospedaliera a causa di sepsi grave: a) disomogeneo approccio clinico per mancanza di un PDTA aziendale

		per la individuazione precoce e il trattamento della sepsi; b) incompleta disponibilità al dosaggio dei lattati c) eccessivo intervallo di tempo di segnalazione emocolture positive nel fine settimana d) mancanza di linee guida aziendali di antibiotioterapia empirica. I GM hanno risolto le criticità rilevate nella Fase 2^a mediante: - Stesura del PDTA comprensivo degli strumenti per l'identificazione e il trattamento precoci della sepsi; - stesura di linee guida di terapia antibiotica empirica (ad opera degli infettivologi ed intensivista) e disponibilità farmaci (farmacia); - revisione della procedura relativa all'emocoltura; - disponibilità a tutti per il dosaggio dei lattati; - revisione organizzativa del Laboratorio di Microbiologia per diminuire l'eccessivo gap nella segnalazione delle emocolture positiva che si verifica nel fine settimana; - predisposizione del Piano Formativo e delle aree prioritarie sulla quali fare formazione. Dal 12 al 14/10/2013 n.7 medici e n.2 infermieri dell'A.O. hanno partecipato ai corsi di formazione per formatori organizzati da Regione Lombardia (Eupolis). Nel Piano Formazione Aziendale 2014 sono previsti i corsi di formazione a tutti gli operatori sanitari dell'Azienda, che si avvarranno come formatori dei n.9 professionisti sanitari che hanno partecipato al corso regionale. RAGGIUNGIMENTO: 100% In aderenza alle scadenze previste si sono aggiornati in appositi incontri avvenuti in ASL di Brescia gli specifici accordi locali per la gestione integrata del Paziente con ICTUS e STEMI. Il Servizio Epidemiologico, Accred.to e Servizi sanitari ha inoltre trasmesso al Servizio ICT Aziendale e al referente clinico i dati SDO relativi alla prevalenza dei pazienti dimessi con STEMI; medesima analisi è stata effettuata per i pazienti con stroke.
	- partecipazione dei referenti locali ai corsi di formazione organizzati a livello regionale e organizzazione a livello aziendale di corsi specifici.	7) Commissione Cardiocerebrovascolare In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - evidenza dell'adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro STEMI e dell'aggiornamento degli
		- Tutte le strutture interessate, P.S. degli Spedali Civili, dell'Ospedale di Gardone V/T e dell'Ospedale di Montichiari ed UTIC degli Spedali Civili, hanno aderito ed implementato il registro STEMI, questo ha



[Handwritten signature]

	specifici accordi locali integrati in accordo con ASL/ACEU/AREU; sono attese al Registro STEMI la totalità delle schede di dimissione degli episodi acuti dei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno e ottobre-novembre 2013, indipendentemente dal reparto di dimissione; - evidenza dell'adesione attiva del 100% delle stroke unit al Registro ICTUS e dell'aggiornamento degli specifici accordi locali integrati con ASL/ACEU/AREU; - evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi di ICTUS acuto presso la stroke unit aziendale o dell'invio dei pazienti ad una stroke unit regionale.	comportato l'inserimento nel registro della totalità delle schede di dimissione per episodi acuti di STEMI corrispondenti, nei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno e ottobre-novembre 2013, a n. 93 pazienti. - La U.O. Neurologia Vascolare-Stroke Unit dell'A.O. aderisce al progetto regionale STROKE UNIT NETWORK (SUN) ed ha inserito nell'apposito sito i dati di oltre 500 pazienti con patologia cerebrovascolare (100%). Sono stati concordati con ACEU/AREU protocolli specifici per la gestione del paziente con ictus acuto nell'ambito del progetto TELESTROKE UNIT coordinato dall'ASL di Brescia. - La U.O. Neurologia Vascolare 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 o che necessitano di un monitoraggio continuo dei parametri vitali per le gravi condizioni neurologiche (gestione pari al 100%); Come centro HUB neurologico di 3° livello con consulenza 24h/24 di neuroradiologia interventistica e neurochirurgica, riceve dall'esterno pazienti con ictus acuto sia da accessi diretti in Pronto soccorso, sia da strutture pubbliche e private accreditate e sia dal 118. Si certifica che sono stati trattati l'80% dei casi esterni, come da verifiche della modalità di accesso dei pazienti o di trasferimento presso l'U.O. Neurologia Vascolare-StrokeUnit, compatibilmente con la saturazione dei p.l. dedicati allo Stroke-Unit. RAGGIUNGIMENTO: 100%
	8) Donazione e Trapianto In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente; - numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;	- Segnalati 2013 = 37 AO Spedali Civili (= 49 Area di CLP) - Segnalati 2012 = 36 AO Spedali Civili (= 42 Area di CLP) - Donatori di cornea = 68 numero di decessi 948

	- numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione; - attiva partecipazione al programma di formazione; - rispetto del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager.	- cartelle analizzate 100% - opposizione 34% - inidonei 58% - Donatori di TMS da vivente = 15 protesi in elezione 353 - 92 segmenti TMS da cadavere - 17 teche craniche Nell'ambito del Coordinamento Locale Prelevi sono state organizzate almeno 4 riunioni relative alla donazione di testa di femore. E' stata definita la procedura per presidio. Sono stati effettuati interventi del CLP nei diversi presidi di area (pubblici e privati): - mantenimento del risultato - assistenza per applicazione linee guida - assistenza per compilazione data base DM - Espletate 5 edizioni MEDICINA DONAZIONE - EUPOLIS AO Spedali Civili (+ 2 AO Chiari) - Registrazione Record Donor Manager / Action correttamente effettuata RAGGIUNGIMENTO: 100%								
	9) Sistema Trasfusionale Nelle Strutture sedi di SIMT o DMTE e in collaborazione con CRCC/AREU: - Riorganizzazione del sistema sangue regionale: approvazione da parte della DG Sanità di tutti i progetti esecutivi, comprensivi dell'analisi economica, sottoposti congiuntamente da AREU e dalle aziende interessate	E' stata effettuata la rilevazione sull'utilizzo emoderivati anno 2012 ed inviata il 23/01/2013 come richiesto dal CRCC. E' stata concordata e comunicata al CRCC la programmazione degli emoderivati del secondo semestre 2013 in data 3/06/2013 ed integrata il 4/6/2013; successivamente è stata trasmessa la programmazione del primo semestre 2014 il 11/12/2013. Prosegue la collaborazione con l'ASL di Brescia per il progetto di fornitura e/o somministrazione ai pazienti emofilici ricoverati e domiciliari, che garantisce la continuità terapeutica come definito nel protocollo d'intesa sottoscritto con l'ASL (delibera 9/9/2009 n. 673). RAGGIUNGIMENTO: 100%								
	10) Comunicazione Avvenuta segnalazione preventiva con e-mail dei progetti di comunicazione, in coerenza con i Piani di Comunicazione 2013 presentati.	Si conferma la segnalazione preventiva dei progetti di comunicazione, in coerenza con i Piani di Comunicazione 2013. RAGGIUNGIMENTO: 100%								
		<table><tr><td>N</td><td>Data</td><td>Protocollo</td><td>Titolo</td></tr><tr><td>1</td><td>26/2/2013</td><td>0009744</td><td>SPETTACOLO TEATRALE</td></tr></table>	N	Data	Protocollo	Titolo	1	26/2/2013	0009744	SPETTACOLO TEATRALE
N	Data	Protocollo	Titolo							
1	26/2/2013	0009744	SPETTACOLO TEATRALE							

					PAROLE POVERE	
2	13/3/2013	0013105			Progetto "GIOCHI COM ME"	
3	27/3/2013	0015596			Evento "Donazione Ecografo per diagnosi prenatale"	
4	27/3/2013	0015674			Progetto "MEDICINA PER UN SORRISO"	
5	23/4/2013	0020398			Progetto "DIVENTANTO DONNA DIVENTANTO UOMO"	
6	29/4/2013	0021301			Inaugurazione "NUOVA AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA"	
7	9/5/2013	0023052			PROGETTO "RECOVERY presso DSM"	
8	17/5/2013	0024721			Evento "SETTIMANA DELLA TIROIDE"	
9	12/6/2013	0029559			Cerimonia commemorativa in memoria del Dr. Coppini	
10	21/6/2013	0031734			Inaugurazione Centro di Ricerca AIL	
11	30/9/2013	0046764			Evento "CARDIOLOGIE APERTE"	
12	30/9/2013	0046763			Progetto di valutazione del Servizio Giocamico	
					"Questionari per i piccoli degenti ricoverati"	
13	30/9/2013	0046762			Evento "Giornata contro l'Atrite Reumatoide"	
14	14/10/2013	0048959			Progetto "Cartoni animati in corsia"	
15	15/11/2013	0054436			Evento "Giornata per la prevenzione dell'osteoporosi"	
16	15/11/2013	0054437			Inaugurazione mostra "Basta violenza sulle donne"	
17	15/11/2013	0054438			Evento "Giornata mondiale prematurità"	
18	15/11/2013	0054440			Evento "Giornata mondiale"	

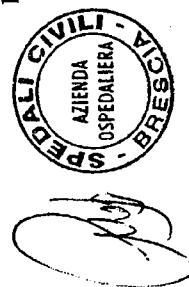
Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013

[Handwritten signature]

INTERVENTI DI EDILIZIA E PIANO INVESTIMENTI PESO 15

OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2013
Attuazione interventi di edilizia sanitaria Peso 15	Rispetto dei cronoprogrammi e dei quadri economici dei singoli interventi finanziati con AdPQ, Atti Integrativi e Fondo di Rotazione	A) Cronoprogrammi: - scostamento non superiore al 5% del SAL comunicato alle A.O. per ogni singolo intervento - nessuno scostamento per gli interventi per i quali è previsto l'avvio delle procedure di gara, l'avvio dei lavori, la fine dei lavori, il collaudo o l'attivazione dei servizi - approvazione dei progetti per gli interventi che necessitano di ammissione a finanziamento o che sono finanziati col Fondo di Rotazione Regionale B) Quadri economici - nessuno scostamento in aumento dell'importo totale previsto nel quadro economico di progetto	Si fa riferimento ai contenuti di cui alla nota prot. H1.2013.0014175 in data 14/05/2013 della Direzione Generale Salute. TERZO ATTO INTEGRATIVO ALL'ADPQ Intervento di ristrutturazione e riqualificazione del P.O. Spedali Civili di Brescia - Project Financing Indicatore: raggiungimento SAL 65% Risultato: raggiungimento SAL 73% FONDO DI ROTAZIONE Acquisto di arredi ed attrezzature - 1^a fase - per completamento dell'intervento di ristrutturazione e riqualificazione del P.O. Spedali Civili di Brescia Indicatore: conclusione procedure acquisizione attrezzature Risultato: si conferma l'avvenuta conclusione delle procedure di acquisto QUADRI ECONOMICI Indicatore: nessuno scostamento in aumento dell'importo totale previsto nel quadro economico di progetto Risultato: non si sono registrate variazioni in aumento RAGGIUNGIMENTO: 100%
	Piano degli investimenti Rispetto delle indicazioni regionali sugli investimenti ai sensi del DLgs n. 118/2011	Attuazione degli investimenti mediante l'utilizzo di proventi straordinari solo a seguito di provvedimento di autorizzazione regionale, finalizzati a necessità improcrastinabili ed urgenti per la messa a norma e sicurezza;	L'A.O. con Delibera n. 95 del 7/2/2013 ha adottato il Bilancio di Previsione 2013 e relativo Piano degli Investimenti 2013- Il bilancio e quindi il Piano Investimenti risulta approvato con DGR n. 5025 del 13/3/2013. Con riferimento alla nota Regionale prot. H1.2013.21561 del 19/07/2013 concernente la richiesta di autorizzazione all'attuazione di investimenti indispensabili, l'A.O. con Nota prot. n.38792 del 31/7/2013 ha provveduto alla elencazione degli investimenti pianificati e delle relative fonti di finanziamento per l'importo di Euro 3.624/1000, di cui 725/1000 pari al 20% autorizzati e 2.899/1000 da autorizzare. Regione Lombardia con Nota prot. H1.2013.29685 del 25.10/2013 ha

Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013



		autorizzato gli interventi di cui alla Nota succitata per Euro 2.899/1000. Con Nota prot. H1.2013.29934 del 28/10/2013 la D.G.S. regionale ha autorizzato ulteriori investimenti finalizzati alla messa a norma e sicurezza delle strutture e degli impianti e per l'acquisizione di attrezzature obsolete per l'importo di Euro 2.675/1000, per i quali sono in corso le operazioni di utilizzo. L'importo totale degli investimenti finanziati, suddiviso per classe inventariale, sarà in via definitiva rendicontato in sede di Bilancio d'Esercizio 2013. RAGGIUNGIMENTO: 100%
--	--	---

ECONOMICO FINANZIARIO PESO 30

RENDICONTAZIONE AL 31/12/2013			
OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	
Attuazione della DGR 4334/2012, delle circolari applicative, di quanto contenuto nelle DGR contenenti indicazioni per gli enti del sistema regionale e delle note attuative per specifiche ciascun ambito	CONTROLLO DI GESTIONE: 1) Scadenze invio dati Co.An.; 2) Qualità del dato inviato.	1) Rispetto scadenze invio flussi come da note regionali; 2) Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.ge-Co.an come da Linee Guida.	1. Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Dicembre 2012 in quadratura IV CET, nel rispetto delle % di quadratura Co.ge.Co.an come da Linee Guida, con e-mail 15/04/2013 Prot. 18886 (scadenza definita in 15/04/2013 con nota R.L. del 05/03/2013 Prot. H1.2013.0007462); 2. Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Dicembre 2012 in quadratura bilancio consuntivo nel rispetto delle % di quadratura Co.ge.Co.an come da Linee Guida, con e-mail 11/06/2013 Prot. 29424 (scadenza definita in 14/06/2013 con nota R.L. del 03/06/2013 Prot. H1.2013.00016416); 3. Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Marzo 2013 nel rispetto delle % di quadratura Co.ge.Co.an come da Linee Guida, con e-mail 21/06/2013 Prot. 31214 (scadenza definita in 28/06/2013 con nota e-mail R.L. del 03/06/2013 Prot. H1.2013.00016416); 4. Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Giugno 2013 nel rispetto delle % di quadratura Co.ge.Co.an come da Linee Guida, con e-mail 02/09/2013 Prot. 42601 (scadenza definita in 05/09/2013 con nota R.L. del 05/03/2013 Prot. H1.2013.0007462); 5. Trasmissione in D.G.S. flusso Gennaio-Settembre 2013 nel rispetto delle % di quadratura Co.ge.Co.an come da Linee Guida, con e-mail

Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013

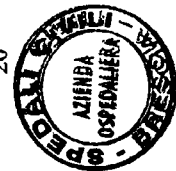


	N.O.C.C. 1) Corretto svolgimento delle visite N.O.C.C. ACQUISTI 1) Diminuzione del numero di procedure di gara effettuato dalle aziende in forma singola; 2) Superamento osservazioni controlli effettuati adempimenti nazionali del Tavolo di monitoraggio spesa sanitaria (art. 12 Intesa Stato Regioni 23/03/2005); 3) Qualità dati osservatori. 4) Qualità dati flusso NSIS apparecchiature	1) Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti. 1) Incremento del 10% del numero di gare aggregate pubblicate a livello consortile al 31/12/2013 rispetto al 31/12/2012 (come capofila o affiliato); 2) Numero di osservazioni ricevute da Consip; 3) Tempestività e correttezza nella comunicazione dei dati contratti e consumi dell' "Osservatorio acquisti", dell' "Osservatorio servizi" e ORPT.	15/11/2013 Prot. 54248 (scadenza definita in 15/11/2013 con nota R.L. del 15/10/2013 Prot. H1.2013.0028685 RAGGIUNGIMENTO: 100% Non sono state effettuate, nel corrente esercizio, visite da parte dei N.O.C.C. Regionali. RAGGIUNGIMENTO: 100% 1) Proseguendo l'iter già intrapreso nel 2012, in applicazione alle indicazioni regionali, le Aziende sanitarie appartenenti all'Unione di acquisti, denominata AIPEL, per il tramite del proprio Coordinatore, hanno provveduto a trasmettere in Regione la programmazione delle gare sia consortili sia autonome dell'anno 2013. Dalla documentazione esistente (programmazione 2013), si evince che, per l'anno 2013, l'AO Spedali Civili di Brescia, sia in qualità di capofila sia di affiliata, ha pubblicato n.23 procedure di gara, mentre nella programmazione del 2012 le gare aggregate della scrivente Azienda erano 18. Tale andamento ha determinato un aumento del 27.78% nel numero delle gare aggregate 2013 rispetto al 2012, quindi di molto superiore al 10% di incremento previsto secondo le Regole regionali. 2) Non si rilevano osservazioni di Consip a fronte dei controlli Consip sugli adempimenti esistenti. 3) L'Azienda ha sempre rispettato le scadenze richieste da Regione Lombardia per la trasmissione di flussi, in particolare: OSSERVATORIO ACQUISTI: - flusso consumi: sono state rispettate le richieste mensili - flusso contratti: sono state inviate all'osservatorio, a mezzo dell'applicativo regionale, le gare effettuate, i contratti e i dati degli acquisti effettuati. Nel mese di settembre è stata rilasciata una nuova versione del SW da parte di Regione Lombardia, per l'adeguamento dei conti di Bilancio ai nuovi conti di contabilità. Sono stati riviste le tabelle di conversione dei conti inseriti nel gestionale aziendale. Il flusso è comunque informatizzato /automatizzato tramite Web service, con necessità di gestire solo le anomalie e gli errori segnalati in forma manuale. ORPT: Nessun flusso richiesto OSSERVATORIO SERVIZI : Sono stati inviati semestralmente i dati di competenza del Servizio
--	---	---	--

		4) Completezza dati flusso NSIS grandi apparecchiature	Approvvigionamenti al Controllo di gestione che procede direttamente all'invio in Regione tramite sito WEB dei dati Aziendali. 4) Sono state compilate ed inserite nel programma NSIS - Apparecchiature Sanitarie, tutte le tipologie ed i modelli delle apparecchiature dal Ministero richieste ed installate presso l'A.O., come da elenco agli atti estratto dal programma ministeriale. RAGGIUNGIMENTO: 100% L'A.O. ha provveduto alla certificazione del rispetto dei tempi di pagamento 60-90 giorni dalla data di protocollo registrazione fatture, salvo fatture in contenzioso giudiziale ed extra-giudiziale e per interessi di mora, con i seguenti documenti: Nota prot. 5694 del 5/2/2013 mese di Gennaio 2013 e-mail del 8.2.2013 Nota prot. 12156 dle 7/3/2013 mese di Febbraio 2013 e-mail del 8.3.2013 Nota prot. 19719 del 17/4/2013 mese di Marzo 2013 e-mail del 19.4.2013 Nota prot. 23073 del 7/5/2013 mese di Aprile 2013 e-mail del 9.5.2013 Nota prot. 28856 del 5/6/2013 mese di Maggio 2013 e-mail del 10.6.2013 Nota prot. 36009 del 16/7/2013 mese di Giugno 2013 e-mail del 22.7.2013 Nota prot. 39099 del 1/8/2013 mese di Luglio 2013 e-mail del 2.8.2013 Nota prot. 42576 del 2/9/2013 mese di Agosto 2013 e-mail del 9.9.2013 Nota prot. 50156 del 17/10/2013 mese di Settembre 2013 e-mail del 21.10.2013 Nota prot. 52499 del 4/11/2013 mese di Ottobre 2013 e-mail del 7.11.2013 Nota prot. 57636 del 4/12/2013 mese di Novembre 2013 e-mail del 6/12/2013 Nota prot. 3633 del 20/1/2014 mese di Dicembre 2013 e-mail del 20/1/2014 Si precisa che con nota prot. 57464 del 4/12/2013 in risposta alla e-mail del 28/11/2013 l'Azienda ha rappresentato situazione aggiornata del contenzioso in essere al 30.11.2013 dalla quale si rileva al seguente situazione riassuntiva:
	Economico finanziario rispetto integrale allegato I (quadro di sistema 2013)	Tempi di pagamento fornitori: dati rilevati dal sistema G3S : rispetto dei tempi di pagamento delle fatture secondo gli indirizzi regionali (ad oggi 60 e 90 giorni)	

IMPORTO GESTIONE CENTRALIZZATA			
Anno di formazione	INTERESSI DI MORA	CONTENZIOSO EXTRA-GIUDIZIARIO	CONTENZIOSO GIUDIZIARIO
2013		306649,21	48688,87
2012		3244,2	482461,38
2011		97198,26	11356,45
2010			3089
2009			
2008			
2007 E PRECEDENTI			
TOTALE	0	407091,67	545595,7

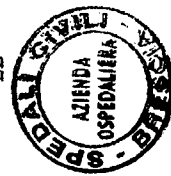
IMPORTO GESTIONE DIRETTA AZIENDALE			
Anno di formazione	INTERESSI DI MORA	CONTENZIOSO EXTRA-GIUDIZIARIO	CONTENZIOSO GIUDIZIARIO
2013	36025,21	81001,35	15488
2012	6775,5	330611,34	15705,8
2011	4390,5	148504,96	392300
2010	133,06	11307,81	27228,66
2009			
2008			
2007 E PRECEDENTI			
TOTALE	47324,27	571425,46	450722,46



[Handwritten signature]

		Regolarizzazione contabile dei pagamenti tramite G3S nei tempi previsti dalle linee guida regionali supportata da dichiarazione congiunta delle Aziende (ASL e AO) intervenute.	Il valore complessivo del contenzioso extra-giudiziario per debiti 2012 e precedenti sul totale complessivo dei pagamenti 2013 è pari allo 0,18%. I pagamenti tramite sistema G3s vengono regolarizzati con data valuta corrispondente alla data del pagamento da parte del sistema G3s. . L'A.O. ha proceduto per l'anno 2012 alla predisposizione di modello regionale di quadratura dei pagamenti effettuati con il sistema G3S con i ricavi incassati tramite l'Asl di Brescia, come riscontrabile dalla tabella allegata alla nota inviata in Regione prot. n. 24163 del 14.5.2013. Anche per l'anno 2013 si è proceduto, nel mese di gennaio 2014, alla predisposizione della Dichiarazione congiunta con l'Asl di Brescia relativamente agli incassi /pagamenti in G3s effettuati nell'anno 2013 (cfr. Prot. A.O. 3656 del 20/1/2014). La dichiarazione congiunta è stata sottoposta al parere del Collegio Sindacale dell'A.O. nella seduta del 20 gennaio 2013 (Verbale n. 1, agli atti). RAGGIUNGIMENTO: 100%														
BILANCI	Attuazione 118/2011	Fatturazione e gestione finanziaria stranieri (STP) Fatturazione alle Prefetture rispetto alle prestazioni rese e rendicontate secondo gli indirizzi regionali.	La fatturazione per prestazioni di stranieri STP alla Prefettura e la contestuale fatturazione alla Asl di appartenenza. viene effettuata trimestralmente previa validazione da parte dei Servizi Epidemiologici Aziendali dell'Attività di ricovero e dell'attività ambulatoriale. Si precisa che in sede di rendicontazione Cet relativa all'esercizio 2013 è stata compilata tabella aggiornata sia per la parte contabile di competenza, sia per la parte finanziaria rilevata nel periodo di riferimento. Relativamente alla gestione finanziaria si precisa che i crediti verso la prefettura, aperti al 31.12.2012 rispetto a quelli esistenti al 31.12.2013 risultano estinti per Euro 1.692.308,53 SITUAZIONE AL 31/12/2012 <table><tr><td>Ricoveri</td><td>10.177.178,73</td></tr><tr><td>Prestazioni ambulatoriali</td><td>1.222.384,91</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>11.399.563,64</td></tr></table> SITUAZIONE AL 31/12/2013 <table><tr><td>Ricoveri</td><td>8.495.132,22</td></tr><tr><td>Prestazioni ambulatoriali</td><td>1.212.122,89</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>9.707.255,11</td></tr><tr><td>DIFFERENZA</td><td>- 1.692.308,53</td></tr></table>	Ricoveri	10.177.178,73	Prestazioni ambulatoriali	1.222.384,91	TOTALE	11.399.563,64	Ricoveri	8.495.132,22	Prestazioni ambulatoriali	1.212.122,89	TOTALE	9.707.255,11	DIFFERENZA	- 1.692.308,53
Ricoveri	10.177.178,73																
Prestazioni ambulatoriali	1.222.384,91																
TOTALE	11.399.563,64																
Ricoveri	8.495.132,22																
Prestazioni ambulatoriali	1.212.122,89																
TOTALE	9.707.255,11																
DIFFERENZA	- 1.692.308,53																

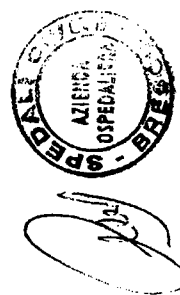
		A seguito dell'applicazione del D.L. n.35 del 08/04/2013 comma 9 la Prefettura ha inserito debiti nei confronti dell'A.O. Spedali Civili di Brescia per Euro 9.571.073,67. Di tale importo sono stati attualmente pagati dalla Prefettura 241.124,99 Euro. L'Azienda ha proceduto all'invio del debito informativo intercompany in sede di Bilancio di Previsione 2013 , di Bilancio d'Esercizio 2012 e di rendicontazioni Cet relative all'esercizio 2013. I valori intercompany risultano attestati dal modello Cons debitamente compilato. L'Azienda con e mail del 13.2.2013 (prot. 7059 del 12.2.2013) ha prodotto mastri di contabilità evidenzianti corrispondenza tra rilevazioni Aziendali relative all'esercizio 2012 e corrispondenti rilevazioni regionali. La rilevazione richiesta dalla Regione non ha riguardato i seguenti crediti: Crediti /debiti di apertura all.1.1.2012, fatture inerenti ricoveri umanitari, fatture inerenti farmaci File F carceri Relativamente all'esercizio 2013, non appena verrà inviata richiesta regionale, l'Azienda procederà alla prescritta rilevazione. In sede di Bilancio Consuntivo 2012, Preventivo 2013 e Modelli Cet trimestrali l'Azienda ha provveduto alla corretta compilazione del Modello inerente i contributi vincolati e il modello concernente gli utilizzi relativi a contributi di anni precedenti Relativamente al miglioramento della posizione finanziaria tra i dati di Bilancio 2012 e dichiarazione al IV cet da verificare a consuntivo 2013 si precisa che l'Azienda : - Procedo al corretto smaltimento dei debiti rispettando la scadenza contrattualmente prevista, di norma 60 giorni data ricevimento fatture - Procedo alla corretta rilevazione dei crediti, all'invio del sollecito per i crediti non riscossi mediante procedura regolamentata (Delibera n. 153 del 24.2.2010) che prevede l'emissione di 2 solleciti di pagamento , e alla trasmissione successiva all'Ufficio Legale per la parte di competenza - Relativamente alla disponibilità liquida l'A.O. procede all'invio in Regione del Budget finanziario con cadenza trimestrale e al 31/12/2013 con nota prot. n. 57464 del 4.12.2013 ha proceduto alla richiesta preventiva di un saldo liquido di Euro 11.721.999 a carico della DGS regionale. RAGGIUNGIMENTO: 100%
		Miglioramento Posizione finanziaria netta aziendale (crediti + disponibilità liquide – debiti) – (Dati da Bilancio di esercizio 2012 e dichiarazione a IV CET 2013 da verificare a consuntivo

	Approvazione dei Bilanci di previsione senza sospensioni	L'Azienda con Delibera n. 95 del 7/2/2013 ha adottato il Bilancio di Previsione 2013. Il bilancio risulta approvato con DGR n. 5025 del 13.3.2013, senza sospensioni RAGGIUNGIMENTO: 100%
--	--	---

GOVERNO DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI PESO 24			
OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2013
Attuazione della DGR 4334/2012: FARMACEUTICA E PROTESICA	Inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con le ASL, dei farmaci biosimilari attualmente in commercio	- Publicazione e manutenzione su sito web di ciascuna ASL e AO del prontuario aggiornato sia da parte della ASL che delle AO/Fondazioni con inserimento dei biosimilari - Monitoraggio mensile delle prescrizioni di farmaci biosimilari, con condivisione dei dati con le AO/Fondazioni	Tutti i farmaci biosimilari in commercio sono stati inseriti nel prontuario terapeutico ospedaliero e sono disponibili e richiedibili senza particolari formalismi. E' stato trasmesso a tutte le UU.OO. il XXII aggiornamento il 04/04/2013 per via informatica e 11/04/2013 per fax, il XXIII aggiornamento per via informatica il 03/07/2013 e cartacea 8/07/2013, il XXIV il 07/10/2013 per via informatica e cartacea secondo le indicazioni concordate con l'ASL, diffondendolo a tutti i medici specialisti e pubblicandolo sul sito web. Il documento è stato discusso nelle riunioni aziendali e negli incontri che si sono tenuti il 23/10/2013 e 20/11/2013 al Presidio Spedali Civili il 19/11/2013 a Gardone ed il 21/11/2013 a Montichiari per la promozione dell'uso dei biosimilari, con monitoraggio mensile dell'utilizzo. Infatti è stato inviato a tutti i reparti clinici un report informativo con i dati di utilizzo italiani e locali con il corrispondente risparmio, completato con i dati di sicurezza della rete nazionale di farmacovigilanza. RAGGIUNGIMENTO: 100%
	Controllo dei farmaci innovativi	A partire dal 2° semestre 2013 - controllo dell'85% della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci oncologici, oftalmologici, nuovi farmaci per HCV con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) con risultato di record corretti pari al 100%.	Sono stati effettuati controlli sia autonomi che in collaborazione con l'ASL di Brescia, sulle indicazioni e nelle modalità dall'ASL stessa definite, sulla corrispondenza tra File F e quanto inserito nei registri di monitoraggio AIFA Oncologici, Oftalmologici, dei nuovi farmaci per HCV con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (tip. 5,2,1,18). Inoltre è stato fornito supporto ai medici per l'iscrizione ai registri AIFA (questi in regione e dall'Aifa). Tutte le cartelle cliniche verificate dall'ASL sono risultate corrette nella misura del 100%, (n.1 cartella tipologia HCV di paziente non ricompreso

Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013



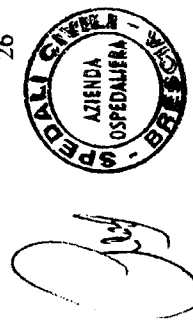
		■ A partire dal 2° semestre 2013 - controllo e correttezza del 100% dei record della tipologia 15 con riscontro della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing	nel database del SSN) La tipologia 15 non è al momento inclusa nelle funzionalità informatiche dei registri a livello italiano; il canale cartaceo non è contemplato. RAGGIUNGIMENTO: 100%
Adozione e del "Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS" aggiornato con DDG n.1725/2013 e del "Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del bambino affetto da malattia HIV/AIDS" approvato con DDG n. 883/2013			L'A.O. ha intrapreso le seguenti azioni: - La UO Malattie Infettive 2 ha predisposto un programma pilota per la verifica della congruenza della terapia antiretrovirale iniziale dei pazienti monoinfetti (HIV) e coinfezioni (HIV-HCV). - Entrambe le UU.OO Malattie Infettive aziendali hanno rivisto le terapie antiretrovirali, al fine di renderle omogenee con il disposto del PDT regionale. - L'U.O. Farmacia aziendale ha supportato l'organizzazione di un unico armadio farmaceutico di reparto per la distribuzione degli antiretrovirali ai pazienti non ricoverati per una razionalizzazione, monitoraggio e maggiore controllo della spesa. Risultato di queste azioni è stato il contenimento della spesa di File F dell'anno 2013 di circa l'1,0% rispetto al 2012, ben al di sotto del limite consentito. Tale risultato, tra i migliori ottenuti dalle Aziende Ospedaliere lombarde, è stato favorevolmente commentato e valutato anche in ambito regionale e portato ad esempio nei consessi scientifici nazionali del settore (cfr. Congresso Nazionale SIMIT, Milano, ottobre 2013). I PDT dell'HIV sono stati pertanto promossi e diffusi nell'ambito di due specifici incontri il 12/11/2013 ed il 06/12/2013, rivolti ai medici ed ai farmacisti ospedalieri e territoriali, con la presentazione dei risultati raggiunti sia in sede locale che regionale attraverso il GAT multidisciplinare. RAGGIUNGIMENTO: 100%
Promozione della segnalazione spontanea delle ADR da parte degli Operatori sanitari (Medici, Farmacisti, Infermieri ecc.)		■ Numero di schede inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza pari almeno all'80% di quelle inserite nel 2012 e comunque non inferiori a 100	Nella rete nazionale sono state inserite al 31/12/2013, n.1007 reazioni avverse a farmaci, con un incremento del 64,2% rispetto allo scorso anno (2012: inserite n.613 segnalazioni; 2011: n.484; 2010: n.635; 2009: n.518). Si sono rilevate anche 13 segnalazioni a fitoterapici integratori e prodotti della medicina alternativa e 2 ai cosmetici. Le reazioni gravi sono state 357 (35,5%); si sono verificati n.6 decessi (n. 10 nel 2012): fra questi uno è dovuto ad acidosi lattica da metformina (nel 2012 i decessi per queste ADR

PSICHIATRIA E NPIA	Garantire tempestiva attivazione delle azioni previste dai Progetti Neuropsichiatria Infantile ed il raggiungimento degli obiettivi in essi concordati	Miglioramento della qualità del dato delle segnalazioni inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNFV)		furono 3), mentre 2 sono stati provocati da Gardenale tra cui 1 per sindrome di Lyeel. Le segnalazioni hanno interessato 551 donne (54.7%); 40 ADR sono state segnalate da sanitari non medici (biologi, odontoiatri, infermieri, farmacisti). Nei progetti di farmacovigilanza, MeraFaPS, che coinvolge i Pronto Soccorso, FARMAMICO sulla TAO, FARMAREL in ambito ematologico e REACT in dermatologia, sono stati coinvolti come monitor tre farmacisti, due medici ed un biologo. I segnalatori in Azienda sono 115: ciò dimostra che l'attenzione alla Farmacovigilanza è diffusa; i reparti interessati sono 43. E' stato inviato un report annuale alla Direzione Sanitaria, alle Direzioni Mediche, ai responsabile delle U.O. e personalizzato a ciascun segnalatore. RAGGIUNGIMENTO: 100%
	Verifica dell'attivazione dei progetti di NPIA - pari al 100%	■ Numero di schede corrette dal centro di Farmacovigilanza non superiore al 30% del totale delle schede inserite ■ Almeno un evento formativo in FV per gli Operatori Sanitari		I rendiconti sugli errori trasmessi dal centro regionale di Farmacovigilanza sono stati sempre inferiori al 30%: 8.89% nel primo trimestre 19.9% nel secondo trimestre 2013. Per ridurre gli errori è stato organizzato il 14/10/2013 con il Centro regionale di Farmacovigilanza un corso dedicato ai monitor dell'A.O. Spedali Civili di Brescia e degli Ospedali coordinati. Inoltre sono stati effettuati incontri di farmacovigilanza con il seguente calendario: 18/9 e 25/09/2013 per i sanitari dei laboratori, per la Pediatria il 5/11/2013, per tutti i sanitari accreditati ECM il 23/10 e 20/11/2013 presso il Presidio Spedali Civili, il 19/11/2013 Gardone e il 21/11/2013 a Montichiari. RAGGIUNGIMENTO: 100% I progetti della UONPIA finanziati con fondi regionali sono stati avviati, monitorati e raggiunti dal Direttore UONPIA con il supporto della Direzione del Presidio. La programmazione delle attività è formalmente deliberata e sono state spedite le relazioni semestrali previste. Nel corso del 2013 è stato mantenuto il personale a contratto (neuropsichiatri infantili, psicologi, assistente sociale, terapisti della riabilitazione, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica, oculista, ortottista, ecc.), si sono effettuate le attività programmate di formazione dedicata e si è acquisito materiale di assessment diagnostico. Gli obiettivi generali e specifici declinati nei progetti sono stati realizzati. Con Nota A.O. Prot. 3160 del 17/1/2014 è stata inviata all'ASL la rendicontazione finale dei progetti, comprendente la rendicontazione economica. RAGGIUNGIMENTO: 100%



	Stabilire, nell'ambito del percorso di consulenza attuato nei CPS, le modalità di rapporto organico con i MMG, elaborando in modo congiunto con la ASL i PDTA nei disturbi emotivi comuni (ansia - depressione)	Elaborazione e condivisione nel DSM con la ASL di almeno 1 PDTA • Avvio del PDTA entro il 30 luglio 2013 • Monitoraggio mensile dei pazienti presi in carico	Con emissione in data 26/07/2013, è stato avviato il PDTA dei disturbi emotivi comuni (ansia e depressione), condiviso dall'ASL di Brescia. Il PDTA è stato condiviso anche con i DSM delle A.O. di Chiari e Desenzano. Tutti i CPS delle tre UU.OO. aziendali hanno <u>rendicontato mensilmente</u> all'ASL di Brescia il numero di nuovi pazienti inviati dal medico di medicina generale, distinguendo tra questi quanti sono stati presi in carico e quindi rinviati come consulenza al MMG. L'ASL è in possesso del 100% delle rendicontazioni mensili distinte per medico psichiatra. (cfr. monitoraggio mese agosto 2013 inviato con mail 13/9/2013, prot. A.O. n.4420; monitoraggio mesi settembre, ottobre, novembre e dicembre 2013 inviato con mail 9/1/2014, prot. A.O. 1321). RAGGIUNGIMENTO: 100%
Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Attività di negoziiazione nel 2012	Definizioni contrattuali: rispetto delle date stabilite dalle indicazioni regionali per la sigla dei contratti (ricoveri, specialistica ambulatoriale, psichiatria e neuropsichiatria infantile)	Le tre UU.OO. del DSM hanno definito un Protocollo, elaborato in procedura, per la presa in carico del paziente con grave disturbo psichico. Due referenti per il territorio del DSM hanno partecipato nel 2011 al gruppo di lavoro che su mandato di Regione Lombardia e in collaborazione con l'ASL ha prodotto il documento sulla definizione di paziente grave con presa in carico. L'obiettivo è da considerare raggiunto. RAGGIUNGIMENTO: 100%
			L'A.O. ha puntualmente rispettato gli adempimenti siglando in data 31/12/12 i contratti quadrimestrali relativi ad un valore pari a 4/12 di quanto negoziato per l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, nonché per la psichiatria/neuropsichiatria infantile per il 2013 (Deliberazione A.O. 16/01/2013, n.6) e i contratti annuali in data 30/04/2013 di definizione dell'esatta valorizzazione delle risorse disponibili

Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013



Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013			Rispetto del calendario previsto per il monitoraggio dei tempi di attesa Regionale, Nazionale e ALPI <i>Tempi d'attesa</i> - Invio dei Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz), <u>esclusivamente</u> su supporto informatico e in formato non modificabile, entro il 10 febbraio ed entro il 31 luglio del 2013, 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 Miglioramento dei tempi di attesa Attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011	su base annua per le medesime attività (Deliberazione A.O. 15/05/2013, n.357) RAGGIUNGIMENTO: 100% L'A.O. ha rispettato puntualmente il calendario previsto per il monitoraggio dei tempi di attesa Regionale, Nazionale e ALPI come dettagliato nella sezione in appresso riportata RAGGIUNGIMENTO: 100% <i>Tempi d'attesa</i> - L'A.O. ha inoltrato puntualmente alla D.G.S. regionale, entro il 10/02/2013 ed entro il 31/07/2013, su supporto informatico il Piano di Governo dei Tempi d'Attesa delle Aziende Ospedaliere: • per il primo semestre 2013 – con Prot. n. 0004654 del 30/01/2013 • per il secondo semestre 2013 – con Prot. n. 0036917 del 22/07/2013 - Rilevazioni T.A. del: • 16/01/2013 Prot. A.O. 0003087 del 21/01/2013 • 06/02/2013 Prot. A.O. 0006620 del 11/02/2013 • 06/03/2013 Prot. A.O. 0012575 del 11/03/2013 • Dal 08/04 al 12/04/2013 Prot. A.O. 0018725 del 12/04/2013 sia Regionale che Nazionale A.L.P.I. • 08/05/2013 Prot. A.O. 0023897 del 13/05/2013 • 05/06/2013 Prot. A.O. 0029118 del 10/06/2013 • 03/07/2013 Prot. A.O. 0034494 del 08/07/2013 • 01/08/2013 Prot. A.O. 0039608 del 06/08/2013 • 04/09/2013 Prot. A.O. 0043552 del 09/09/2013 • Dal 07/10 al 11/10/2013 Prot. A.O. 0048756 del 11/10/2013 sia Regionale che Nazionale A.L.P.I. • 06/11/2013 Prot. A.O. 0053464 del 11/11/2013 • 12/12/2013 Prot. A.O. 0059259 del 16/12/2013 - % di fuori soglia nelle 12 rilevazioni: • 16/01/2013 - 7,79% • 06/02/2013 - 4,93% • 06/03/2013 - 4,91% • 10/04/2013 - 4,95%
--	--	--	--	--

		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 28San che i dati presenti sul circuito di prenotazione SISS.	08/05/2013 - 4,37% 05/06/2013 - 4,96% 03/07/2013 - 4,47% 01/08/2013 - 4,92% 04/09/2013 - 3,88% 09/10/2013 - 4,97% 06/11/2013 - 3,87% 12/12/2013 - 4,81% Si evidenzia di aver garantito il rispetto del limite soglia previsto dalla regione per quanto riguarda i tempi di attesa per la quasi totalità delle rilevazioni effettuate.
		Attivazione di appositi percorsi per la riduzione dei tempi di attesa che prevedano l'utilizzo della quota di risorse appositamente destinate in coerenza con le indicazioni regionali	Come previsto nella D.G.R. X/351 del 04/07/2013, l'A.O. ha stipulato un Contratto Aggiuntivo con l'ASL di Brescia in data 29/08/2013 (cfr. Deliberazione A.O. 18/09/2013, n.632), successivamente integrato e sottoscritto il 15/11/2013 (cfr. Deliberazione A.O. 28/11/2013, n.815), relativamente all'impegno ad erogare prestazioni specialistiche ambulatoriali aggiuntive all'attività istituzionale, meritevoli di incremento dell'attività istituzionale: prime visite ORL, oculistiche, neurologiche, gastroenterologiche, ortopediche, diabetologiche, ecografie cardiache, eco addome, eco collo, ecodoppler TSA e arti, eco ostetriche ginecologiche, eco mammarie, mammografie, RM cervello, tronco, colonna, addome e muscolo scheletrica. L'attività aggiuntiva, come concordato, è stata erogata nel periodo 01/09/2013-31/12/2013 e verrà riconosciuta a tariffa piena all'A.O. Spedali Civili previa verifica del raggiungimento del 105% del budget previsto nel contratto stipulato in data 30/04/2013 RAGGIUNGIMENTO: 100%
Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale	- Invio del Piano dei Controlli (di cui alla DGR n. VII/15324/2003) per l'esercizio in corso, esclusivamente su supporto informatico e in formato non modificabile, entro il 31 gennaio 2012. - entro il 31 agosto 2013 invio alle ASL di: 1. Una quota fino al 4% riferita ad attività di	L'A.O. ha predisposto e trasmesso entro la scadenza prevista con Nota 28/01/2013, Prot. n.0004259 il Piano dei Controlli con un documento in tema di verifica delle prestazioni sanitarie di ricovero dettagliando i criteri di campionamento e le modalità organizzative adottati da tutti i Presidi Aziendali. 1. e 2. - l'A.O. ha messo in campo tutte le azioni per continuare e migliorare

Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Implementazione Sub acuti, BIC e MAC	autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori; 2. Una quota fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori.	il processo già avviato negli scorsi anni sia per la verifica riferita all'attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica sia all'autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica sul campione di cartelle campionate (4%) nel pieno rispetto delle scadenze fissate al 31/08/2013. Trasmissione in ASL di Brescia a firma del Direttore Sanitario Aziendale con Protocollo Generale n. 0042171 del 29/08/2013 dei file dei Presidi Aziendali per l'autocontrollo del 3%. Trasmissione tramite Portale ASL Attività Autocontrollo AO Spedali Civili 2013 – Periodo Giugno/Luglio 2013 – Protocollo Generale 0042367 del 29/08/2013. RAGGIUNGIMENTO: 100% E' stata predisposta e inoltrata al Dipartimento PAC dell'ASL di Brescia una relazione sull'attività ed appropriatezza dei posti letto per sub-acuti con Nota A.O. Prot. 0052715 del 05/11/2013. Si conferma un <u>trend</u> seppur modesto di aumento della saturazione dei posti letto che passa da un valore di 84,2% del 2012 al 85,2% del 2013. Nel corso del 2013 la saturazione, pur essendo modestamente aumentata, è da considerare, rispetto al 2012, al netto di fenomeni di potenziale inappropriatezza che sono stati più compiutamente analizzati e contenuti Nel corso del 2013 è stata effettuata un'analisi dei dati di attività (confronto 1° semestre 2012/1° semestre 2013) finalizzata alla trasformazione del livello assistenziale di ricovero verso livelli assistenziali inferiori (MAC, BIC e/o ambulatoriale) con particolare riferimento a 24 dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza. L'esito dell'analisi e le relative proposte sono state trasmesse con al Dipartimento PAC dell'ASL di Brescia con nota PG 0060189 del 23/12/2013. RAGGIUNGIMENTO: 100% L'A.O. ha dato completa attuazione agli obiettivi definiti nel Piano Annuale SISS, in particolare: <u>Completezza e tempestività di pubblicazione referti nel FSE:</u> sono stati mantenuti i livelli consuntivati nel 2012, rispettando la tempestività di pubblicazione.
Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Sistema informativo socio sanitario Completa attuazione del Piano annuale SISS 2013	Indicazioni delle indicazioni previste dalla normativa regionale per l'implementazione delle attività di BIC e MAC, rilevabile anche tramite la corretta compilazione dei rispettivi flussi (SDO e28 SAN) Attuazione di tutte le indicazioni regionali sia per quanto attiene le attività di controllo che di accreditamento: - Incremento o mantenimento dove già utilizzati al 100% dell'utilizzo appropriato dei posti di sub acuti; - Confronto utilizzo MAC E BIC rispetto alla produzione 2012 dh o ds/do 1day con particolare riferimento ai 108 drg come da DGR IX 4716/13	Indicazioni di completezza e tempestività nella pubblicazione dei referti, secondo i target fissati nel piano attuativo Prenotazioni effettuate tramite CCR, secondo i target fissati nel piano attuativo

Attuazione della DGR 4334/2012	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 28SAN 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:	Consolidamento livelli quantitativi di prenotazione CCR: l'obiettivo fissato nel piano attuativo è stato raggiunto e superato nel mese di Ottobre 2013. Promozione FSE/GASS: l'Azienda ha provveduto ad attuare le iniziative di comunicazione e promozione verso i cittadini delle funzionalità GASS. Il rilascio delle credenziali è stato diffuso in tutte le strutture aziendali a contatto con il cittadino e il target quantitativo è stato raggiunto. Piano di diffusione CCR: è stata posta particolare attenzione all'incremento delle agende esposte su tutti i canali disponibili (CCR, Internet e Farmacie) e si è registrato un notevole incremento di prenotazioni effettuate mediante i canali Internet e Farmacie. Rispetto dei livelli di servizio CUP: i livelli di servizio del CUP aziendale (SLA) sono stati puntualmente rilevati e rispettati. Pagamento ticket tramite SISS: è stato validato e attivato il pagamento dei ticket sanitari attraverso Banca Intesa e Poste Italiane, in ottemperanza al relativo Piano di attuazione. Prescrizioni SISS Ambulatoriali/Farmaceutiche: l'A.O. ha provveduto a diffondere progressivamente il software di prescrizione SISS, raggiungendo l'ambizioso obiettivo di 150.000 prescrizioni a fine dicembre 2013. RAGGIUNGIMENTO: 100% Nel periodo gennaio-novembre 2013 la percentuale di errori gravi è risultata di gran lunga inferiore al tetto fissato dalla Regione attestandosi su una percentuale dello 0,03%; -Nello stesso periodo la percentuale di record 28/SAN trasmessa in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista è risultata pari allo 0,07% (tetto fissato all'1%); -Le tempistiche indicate dalla DG Sanità per l'invio dei dati MEF sono state tutte rispettate (entro il 5 del mese successivo). -Contrariamente a quanto previsto, non è stato quantificato un numero obiettivo per l'A.O. nei piani attuativi del SISS. Ad ogni buon conto si precisa che nel 2013 i sanitari hanno redatto circa 150.000 ricette con presenza IUP e gli Uffici Accettazione aziendali hanno accettato e rendicontato con codice IUP TUTTE le ricette che sono state presentate (redatte anche da MMG o Specialisti di altre Strutture.) Prestazioni di Pronto Soccorso
--------------------------------	--	--	--

	o 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% o 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%	- I Servizi Informativi-Informatici Aziendali e il Servizio Accreditamento 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 - Alla data del 31/12/2013 risultano n.3 errori gravi nel flusso SDO regionale su un totale di 59.878 SDO inviate relative ai dimessi gennaio-ottobre 2013. 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 31/12/2013 risultano pervenuti all'A.O. gli esiti dei dati di ricovero del periodo gennaio-ottobre 2013. - La percentuale di errore pari allo 0,01% è nettamente inferiore al limite consentito dell'1%. Si precisa comunque che entro il termine della chiusura dei flussi anno 2013 questa A.O. provvederà alla correzione dei record errati residui. - Alla data del 31/12/13 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. All'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 23/12/2013). • 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, 30/04, 31/07 e 31/10/13. Agli atti n° 2 stampe “Moduli inseriti” e “Statistiche rilevazione” prodotte dall'applicativo Regionale, aggiornate al 31/12/2013.
--	---	---

		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%	Certificati di Assistenza al Parto si è provveduto alla registrazione e trasmissione dei Certificati di Assistenza al Parto per il periodo dal 01/01/2013 al 30/11/2013 sul database della Regione Lombardia, utilizzando l'accesso al software CEDAP-WEB (PortaleFM di Regione Lombardia). Il dato inviato è pari a n.3181 Cedap e presenta un'assoluta coincidenza (100%) con il corrispondente dato SDO relativo numeri dei nati. Tale dato è stato inviato sempre entro l'ultimo giorno del mese successivo, di riferimento, e trasmesso senza nessun errore bloccante (data nascita madre, data parto, età gestazionale, modalità del parto, presentazione del neonato). Rilevazione delle attività sanitarie degli Stranieri La procedura adottata per la rilevazione degli stranieri UE o da paesi con convenzioni, ha assicurato nel corso del 2013 la rendicontazione dei records SDO3 nella percentuale del 100%. RAGGIUNGIMENTO: 100%
RISK MANAGEMENT 1) Realizzazione progetti Risk Management; 2) Aggiornamento DB sinistri; 3) Segnalazione eventi sentinella in SIMES	RISK MANAGEMENT: 1) Realizzazione progetti Risk Management; 2) Aggiornamento DB sinistri; 3) Segnalazione eventi sentinella in SIMES	1) Rendicontazione di n. 3 Progetti annuali di R.M.; in particolare verrà valutata la realizzazione dei due progetti obbligatori: A) progetto focalizzato sul rischio in area ostetrica; B) progetto sulla prevenzione e la gestione delle sepsi; 2) Aggiornamento DB Sinistri nei termini indicati nelle LG: verrà valutata in particolare la completezza dei campi "Descrizione" e "Riservato" sui sinistri;	1) L'A.O. con Deliberazione 27/3/2013 n.0259 – inviata a Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio Costi SSR e Risk Management con mail 27/3/13 prot.gen. n.0015795 – ha adottato il <u>Piano Sicurezza Qualità</u> e Gestione del Rischio 2013 individuando i seguenti progetti operativi: - Progetto "Lotta alla sepsi" - Prevenzione del rischio per madre/feto/neonato - Progetto Istituti Penitenziari - Progetto supporto psicologico agli operatori - Progetto Sicurezza tracciabilità mamma/neonato/i - Progetto documentazione infermieristica di sala operatoria - progetto di integrazione Risk Management/Farmacovigilanza 2) L'A.O. aggiorna costantemente il Data Base regionale secondo i termini previsti dalle linee guida regionali: - <u>Sinistri</u> ivi compresa l'apposizione delle riserve e la parte relativa all'aggiornamento delle polizze RCT/O, sulla base delle informazioni fornite a oggi dalla compagnia di assicurazione: certificazione dell'A.O. dell'inserimento di tutti i dati inerenti al 1° semestre 2013 con mail inviata a Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio Costi SSR e Risk Management 26/7/13 prot.gen. n.0037971. - <u>Cadute dei pazienti e dei visitatori, nonché degli infortuni del 2° semestre 2012</u>: effettuato inserimento nel data base regionale, come da scadenze;

RETI DI ALTA SPECIALITA'	Rispetto della delibera 4605 del 28.12.2012 "Prima attuazione della legge 135/2012, Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" art. 15 comma 13 lettera c) ed Indicazioni per l'esercizio 2013 correlate all'elenco dei 108 drg a rischio di inappropriatezza di cui al vigente patto per la salute	3) Segnalazione in SIMES degli eventi sentinella nella tempistica e nelle modalità previste dal DM.	- Eventi avversi e azioni conseguenti con mail inviata a Struttura Controllo di Gestione, Osservatorio Costi SSR e Risk Management il 31/01/2013 prot.gen. n. 0005018 - Media conciliazione: invio con mail 15/01/2013 con prot n. 2155/FCM della scheda excel contenente i dati riferiti al 2° semestre 2012. 3) Con nota 9/1/2013 prot. gen. 0001279 l'A.O. ha trasmesso in DGS l'autocertificazione del regolare aggiornamento del Sistema SIMES riferito a n. 13 Eventi Sentinella nell'anno 2012. A far data dal 1/1/2013 e fino alla data 23/12/2013 sono stati regolarmente segnalati in SIMES n.9 eventi sentinella. RAGGIUNGIMENTO: 100% L'A.O. ha predisposto la Relazione tecnica rete "Alte specialità" in adempimento alla DGR X/271/2013 e trasmessa alla DG Salute e ASL di Brescia con nota Prot. 0043918 del 11/09/2013. La relazione contiene l'analisi organizzative delle Alte Specialità Chirurgiche in termini di attività, risorse umane e strumentali disponibili Nella suddetta nota l'AO Spedali Civili concorda con quanto proposto dall'ASL di Brescia per l'inserimento nella rete alte specialità delle seguenti UU.OO./Macroattività/Servizi accreditati e a contratto: • Cardiocirurgia • Chirurgia Toracica • Neurochirurgia • Chirurgia Generale ad indirizzo Vascolare • Emodinamica/Elettrofisiologia Per quanto riguarda la Chirurgia Generale ad indirizzo Vascolare si precisa che l'AO Spedali Civili ha avuto in data 29/08/2013 protocollo ASL 00133184/2013 l'autorizzazione ad inserire nell'assetto accreditato dell'UO di Chirurgia Generale 3 la macroattività di degenza ad indirizzo Vascolare. La suddetta autorizzazione è per altro in linea con quanto contenuto nel POA Aziendale. RAGGIUNGIMENTO: 100%
		3) Segnalazione in SIMES degli eventi sentinella nella tempistica e nelle modalità previste dal DM.	Riordino delle reti di alta specialità Predisposizione di una relazione che riporti l'analisi organizzativa delle alte specialità mediche e chirurgiche in termini di attività, risorse umane e strumentali disponibili, criticità da sottoporre alla ASL di afferenza e alla DGS, con proposte di unificazione, coordinamento, convenzionamento

PERSONALE PESO 10

OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31/12/2013
Attuazione della DGR 4334/2012	Personale	1. Rispetto dei contingenti complessivi del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato. Il totale complessivo dei contingenti del personale dipendente dell'anno 2013 dovrà essere tendenzialmente in riduzione rispetto all'anno 2012 e comunque non deve superare il totale del 2012. Sarà oggetto della valutazione il personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato con esclusione dei tempi determinati assunti per sostituzioni a vario titolo. Per le sole Aziende oggetto della riorganizzazione del sistema emergenza urgenza di cui alla DGR 4967/2013 i contingenti del 2013 sono al netto delle autorizzazioni previsti nella citata DGR. 2. Flussi informativi relativi ai dati del Personale : rispetto della completezza, qualità e coerenza dei dati trasmessi. Saranno valutati per tutti i flussi regionali e ministeriali : Fluper - anno 2012, Conto Annuale - esercizio 2012, Relazione al Conto Annuale - esercizio 2012, 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. In particolare saranno oggetto di valutazione:	Il totale complessivo dei contingenti relativo all'anno 2013 risulta in diminuzione rispetto al 2012 come si evince dalla scheda allegata FLUPER FLUSSO C ANNO 2012 trasmesso 13/08/2013 -prot.40593 CONTO ANNUALE ANNO 2012 Trasmesso 17/06/2013 -prot.30457 RELAZIONE AL CONTO ANNUALE: inviata telematicamente in data 6/5/2013 sul portale Web SICO MONITORAGGIO TRIMESTRALE: 4°trimestre 2012 trasmesso 28/01/2013 prot.4231

Obiettivi aziendali di interesse regionale ANNO 2013



	- richieste di riapertura dei flussi per correzione di dati precedentemente trasmessi e valutazione complessiva e degli errori contenuti nei dati trasmessi; - incongruenze rilevate in sede di verifica e controllo della coerenza dei dati contenuti nei diversi flussi.	1°trimestre 2013 trasmesso 19/04/2013 prot.20121 2°trimestre 2013 trasmesso 24/07/2013 prot.37488 3°trimestre 2013 trasmesso 29/10/2013 prot.51678 FLUPER FLUSSI A e B 1°semestre ANNO 2013 trasmesso 27/08/2013 prot.42224/42223/42220/42219/42218
	3. Rispetto del budget complessivo assegnato per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato. Sarà valutato il rispetto del budget assegnato con decreto del Direttore Generale Salute (al netto delle quote assegnate da AREU). In particolare saranno monitorati i flussi contabili: Bilancio di Previsione 2013 e le certificazioni trimestrale/prechiusura 2013.	Il budget complessivo assegnato risulta rispettato.
	4. Rispetto delle disposizioni relative alla spesa dei contratti di consulenza e atipici (collaborazioni coordinate e continuative, incarichi libero professionali). Verrà valutato il rispetto di quanto previsto nella Circolare attuativa delle Regole 2013 - Nota protocollo H1.2012.0036178/2012 attraverso il monitoraggio dei flussi contabili: Bilancio di Previsione 2013 e le certificazione trimestrale/prechiusura 2013. In particolare la spesa complessiva dell'anno 2013, dei contratti sopra detti non potrà comunque superare quella del 2012.	Relativamente alla spesa per contratti atipici si precisa che l'Azienda ha redatto in sede di Preventivo 2013 e in sede di rendicontazione Cet trimestrale - acquisite da procedura Regionale SCRIBA - Tabella attestante la spesa per contratti atipici relativa all'esercizio 2013 e messa confronto con quella dell'esercizio 2012, dalla quale emerge che il costo 2013, al netto dei contratti finanziati da contributi pubblici e privati vincolati per la realizzazione di progetti specifici, risulta allineata ai valori dell'esercizio 2012. RAGGIUNGIMENTO: 100%

RIEPILOGO PESI AREA SALUTE

AREA	PESO	Autovalutazione % raggiungimento
PREVENZIONE	6	100%
PROGRAMMAZIONE	15	100%
ECONOMICO FINANZIARIO	30	100%
INTERVENTI DI EDILIZIA E PIANO INVESTIMENTI	15	100%
GOVERNO DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI	24	100%
PERSONALE E MEDICINA CONVENZIONATA	10	100%
Totale	100	100%

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Ezio Bonfatti)



PARTE NON SCRITTA