

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Spedali Civili

RENDICONTAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE 2018

Systema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Spedali Civili

HOME CHI SIAMO ALBO PRETORIO FORNITORI COME RAGGIUNGERCI CONTATTI UTENTI DIPENDENTI

SPEDALI CIVILI BRESCIA OSPEDALE DEI BAMBINI POLIAMBULATORI TERRITORIALI OSPEDALE DI GARDONE VAL TROMPIA DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE OSPEDALE DI MONTICHIARI RETE TERRITORIALE

IN EVIDENZA APPUNTAMENTI

Nuovo Numero telefonico per prenotare il Vaccino Antimeningococcico in co-pagamento

II° CONVEGNO SULLE MALATTIE RARE (Fondazione Camillo Golgi) AULA MAGNA DIPARTIMENTO ECONOMIA E

24/01/2017 12:04

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

25123 Brescia – P.le Spedali Civili n. 1
Tel. 030/3996852 - FAX 030/3996102
e-mail: rossana.gardoni@spedalicivili.it

RENDICONTAZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE ANNO 2018

Indice

| | | |
|--|--------|----|
| L'Azienda | Pagina | 3 |
| Progetto Edilizio | Pagina | 4 |
| Performance aziendale | Pagina | 5 |
| Collegamento con Piano Anticorruzione e Trasparenza | Pagina | 6 |
| Le Aree di valutazione della Performance | Pagina | 9 |
| • efficienza | Pagina | 9 |
| • efficacia | Pagina | 9 |
| • appropriatezza qualità | Pagina | 10 |
| • rete territoriale vaccinazioni | Pagina | 11 |
| • accessibilità soddisfazione | Pagina | 12 |
| • risk management | Pagina | 12 |
| Pubblicità | Pagina | 12 |
| Tabella principali obiettivi del triennio | Pagina | 13 |
| Appendice integrazione Piano delle Performance 2019-2020 | Pagina | 14 |

PREMESSA

L'AZIENDA

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale - ASST - degli Spedali Civili di Brescia, costituita dal 1° gennaio 2016 a seguito della D.G.R. n.X/4490 del 10/12/2015, dispone – in virtù dell'art.3 del D.Lgs.vo 502/92 e successive modifiche e della L.R. 33/09, così come modificata dalla L.R. 23/2015 – Testo Unico Integrato – di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività; la sua organizzazione ed il suo funzionamento sono disciplinati nel Piano di organizzazione strategico, approvato con decreto del Direttore Generale n. 859 del 04.11.2016, approvato da parte degli organi regionali.

Secondo i disposti della Legge regionale su citata, l' ASST eroga i servizi nell'ambito dei due Poli di offerta aziendali – il settore Polo Ospedaliero ed il settore Rete territoriale.

SEDI EROGATIVE

All'Azienda fanno capo le seguenti strutture, ricomprendenti le strutture distrettuali del territorio di competenza così come individuate nell'allegato 1 della l.r. 23/2015:

A) Presidi Ospedalieri:

- P.O. Spedali Civili Brescia
- P.O. Ospedale dei Bambini
- P.O. Ospedale di Gardone V.T.
- P.O. Ospedale di Montichiari

B) Strutture ambulatoriali:

- Poliambulatorio di Via Corsica n.145 – Brescia
- Poliambulatorio di Via Biseo n.17 – Brescia
- Poliambulatorio di Via Marconi n.26 – Brescia)
- Poliambulatorio di Via Pietro Dal Monte n.46 – Brescia
- Struttura di Via Nikolajewka n.11/13 – Brescia
- U.O. Medicina Transculturale e Malattie a Trasmissione Sessuale in viale del Piave 40 Brescia

C) Dipartimento di Salute Mentale:

- U.O.P. n.22 di Brescia
- U.O.P. n.23 di Montichiari
- U.O.P. n.20 di Gardone V.T.,
- nonché le diverse strutture che afferiscono agli anzidetti presidi (Poli territoriali e ambulatori Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza dell'Ospedale dei Bambini, Centri Psico-Sociali, Centri Residenziali Terapeutici, Centri Diurni, Comunità Protette del Dipartimento di Salute Mentale, ecc.).

D) Strutture Distrettuali del territorio di competenza così come individuate nell'allegato 1 della L.R. n. 23/2015:

- R.S.D. "Giuseppe Seppilli" in Brescia;
- Consultorio Familiare Pubblico Centro - Brescia
- Consultorio Familiare Pubblico - Gussago
- Consultorio Familiare Pubblico - Rezzato
- Consultorio Familiare Pubblico - Roncadelle
- Consultorio Familiare Pubblico Via Paganini - Brescia
- N.O.A. n° 3 Valtrompia - Sarezzo
- N.O.A. n°1 - Brescia
- U.O. SER.T. 1 – Brescia

PROGETTI EDILIZI

P.O. SPEDALI CIVILI DI BRESCIA.

Per l'anno 2018, era prevista, entro fine anno, la partenza dei lavori dell'appalto integrato del progetto denominato "Ristrutturazione Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia" la cui Stazione Appaltante è Infrastrutture Lombarde. Per problematiche legate ai ritardi causati dai vari Enti coinvolti nella redazione del parere preventivo richiesto al Comune di Brescia, la partenza degli stessi è slittata di alcuni mesi; si prevede l'inizio delle opere entro i primi mesi dell'anno 2020.

Tali lavori prevedono:

- la ristrutturazione delle ali nord e sud del Padiglione "B";
- la costruzione di una nuova struttura Poliambulatoriale posta tra l'abitazione dei Padri Cappellani ed il Servizio di Immunologia Clinica;
- il miglioramento degli spazi di attesa degli utenti per il Centro Alte Energie.

L'intervento, di cui alla deliberazione n. 855/2013 della Giunta Regionale della Lombardia, per un costo previsto di €. 45.000.000,00, è inserito nel programma di completamento del piano pluriennale degli investimenti in Sanità già oggetto del VI atto integrativo all'Accordo di Programma Quadro del 03/03/1999.

In attuazione della delibera CIPE n. 16 del 08/03/2013 (D.G.R. n. X/5508/2016) si è provveduto all'aggiudicazione dei lavori di adeguamento alla normativa antincendio del Padiglione Infettivi il cui importo, da quadro economico, è di €. 3.286.000,00. Tali lavori sono finanziati dallo Stato per un importo pari ad €. 3.076.855,66 e per €. 209.144,34 da Regione Lombardia. I lavori, iniziati nel mese di Gennaio 2019 termineranno nel mese di Luglio 2020.

Nell'ambito delle opere autorizzate con la D.G.R. n. X/6548 del 04/05/2017 è stato trasmesso in data 28/12/2018 alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia il progetto esecutivo per la riqualificazione e riordino del Dipartimento Cardio-Toracico. Entro il secondo semestre dell'anno 2019 si presume di dare inizio ai lavori. La spesa autorizzata e finanziata da Regione Lombardia è di €. 2.440.000,00.

Con D.G.R. n. XI/770 del 12/11/2018 la Giunta Regionale Lombarda ha approvato l'intervento di manutenzione straordinaria dell'U.O. Pronto Soccorso per l'adeguamento del settore di Osservazione Breve Intensiva. Nell'anno 2019 si procederà alla scelta del team che verrà incaricato della progettazione definitiva ed esecutiva ed alla consegna del progetto esecutivo alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia. La spesa autorizzata è di €. 755.000,00 e si prevede l'inizio dei lavori per l'anno 2020.

P.O. MONTICHIARI

Per il Presidio Ospedaliero di Montichiari, che ha recentemente visto la ristrutturazione di parte del piano 1° e dell'intero piano 3°, è stato trasmesso in data 28/12/2018 alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia il progetto esecutivo di adeguamento normativo in materia di prevenzioni incendi, per un costo previsto di circa € 1.350.000,00.

L'aggiudicazione dei lavori è prevista nel corso dell'anno 2019.

P.O. GARDONE VALTROMPIA

Sempre nell'ambito delle opere autorizzate con la D.G.R. n. X/6548 del 04/05/2017 è stato approvato da Regione Lombardia il progetto esecutivo per la riqualificazione e riordino del Servizio di Dialisi e si è proceduto all'aggiudicazione dei lavori. La spesa autorizzata è di €. 1.836.000,00 e si prevede l'inizio dei lavori entro il primo semestre dell'anno 2019.

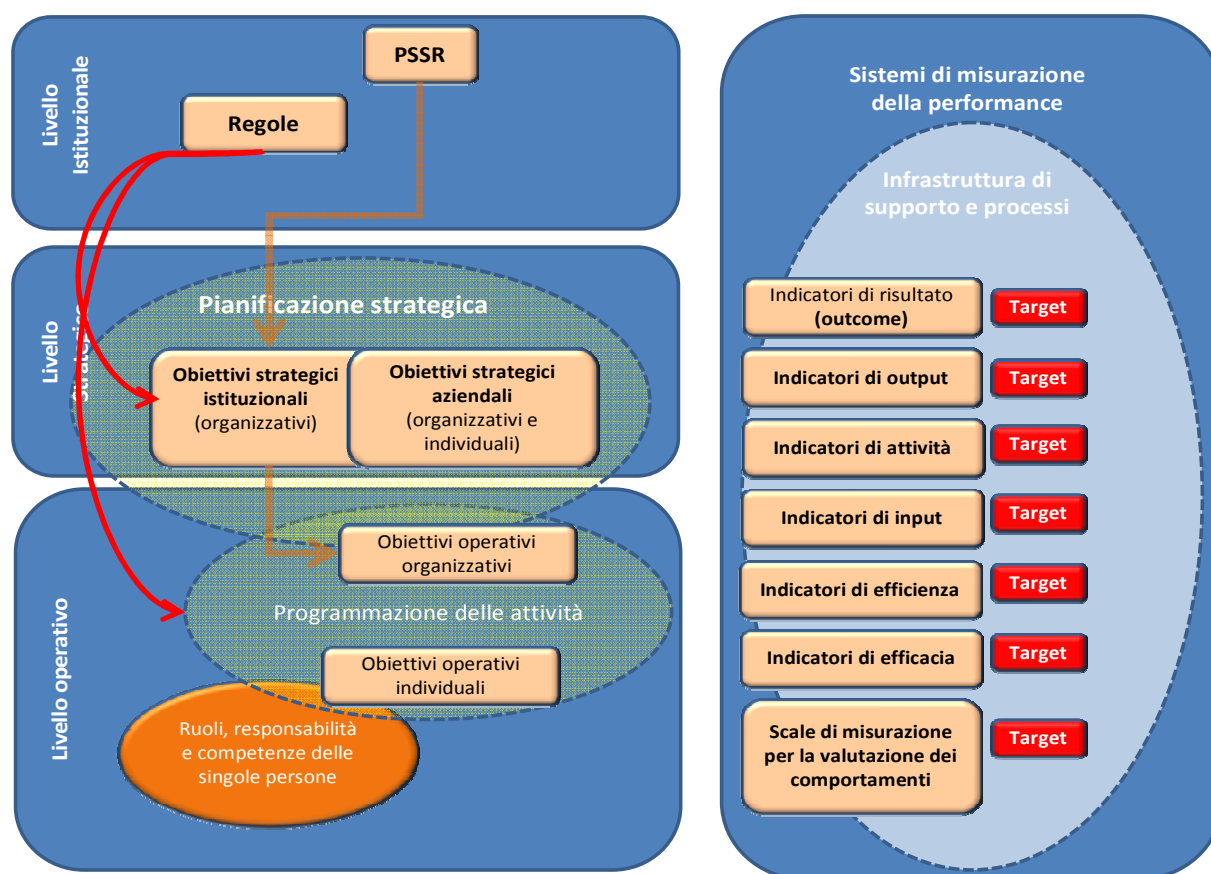
PERFORMANCE AZIENDALE

CRITERI DI ELABORAZIONE

Il Piano si articola nel rispetto delle indicazioni contenute nella DGR n. 700 del 20/12/2017 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2018”, nonché delle Circolari applicative, di quanto stabilito nelle Delibere Regionali contenenti le indicazioni per gli Enti del Sistema Regionale oltre che nelle note attuative specifiche per ciascun ambito. L’Azienda ritiene di esercitare la propria attività ed i propri obiettivi di performance tenendo conto delle peculiarità aziendali, territoriali e specialistiche cui è orientata, nell’ottica del miglioramento della qualità dei servizi.

Gli obiettivi aziendali vengono definiti e assegnati alle varie articolazioni dell’Azienda attraverso il processo di budget che fissa per ogni centro di responsabilità - unità operativa obiettivi e risorse collegate. La valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle unità operative aziendali e del personale assegnato alle stesse e coinvolto concorre alla valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Viene riportato nello schema seguente il grafico del Sistema di misurazione e valutazione della performance evidenziando i diversi collegamenti con il sistema degli indicatori. Tutto il processo è presidiato dall’Azienda attraverso risorse e strumenti dedicati.



COLLEGAMENTO CON PIANO ANTICORRUZIONE E PERFORMANCE

Il collegamento tra il Piano della Performance e le azioni previste in tema di Anticorruzione e Trasparenza beneficia di anno in anno sia del fattore “apprendimento” degli ambiti applicativi della Legge n.190/2012 e del miglioramento qualitativo delle misure gradatamente introdotte, sia degli indirizzi costantemente diramati al riguardo da parte dell’A.NA.C., con l’effetto di rafforzare ed accrescere il coinvolgimento attraverso la progettualità di obiettivi mirati di tutti gli attori coinvolti (dirigenti responsabili, dirigenti professionali, direttivi con funzioni di coordinamento e dipendenti), mediante lo strumento del ciclo delle performance individuali e del sistema di budgeting.

Si conferma l’analisi delle nuove attività analizzate sotto il profilo del risk assessment subentrante nelle competenze della ASST per effetto della riforma ex L.R. n.23/2015.

Si evidenziano **Misure generali e Misure specifiche** rivolte al trattamento del rischio di corruzione così come definite nella logica del legislatore e distinte nel Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2018-2020 – comprensivo in particolare di una sezione specifica per la Trasparenza - adottato dall’Azienda con Decreto Direttore Generale.

Misure generali

La **Trasparenza**, ora ritenuta misura di estremo rilievo dopo la riforma del D.Lgs. n.33/2013 ad opera del D.Lgs. 97/2016, rappresentata dalla sezione Amministrazione Trasparente del sito web della ASST;

Si propone in particolare la gestione del **Registro agli Accessi**, conseguente alla applicazione del regolamento aziendale in materia di FOIA;

Il **Codice di Comportamento**, aggiornato secondo le emanate Linee guida (20/09/2016) da parte dell’A.NA.C. che ha introdotto specifici doveri quali fattispecie di vere e proprie misure di prevenzione di alcune aree a rischio:

- Art. 4 Conflitto di interessi e obbligo di astensione
- Art. 5 Regali, compensi e altre utilità;
- Art. 6 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni
- Art. 7 Prevenzione della corruzione
- Art. 8 Trasparenza e tracciabilità
- Art. 12 Disposizioni particolari per i dirigenti – dichiarazioni patrimoniali
- Art. 13 Contratti e atti negoziali
- Art. 14 Gestione delle liste di attesa e attività libero-professionale
- Art. 15 Ricerca e sperimentazioni
- Art. 16 Sponsorizzazioni e attività formativa
- Art. 17 Rapporti con Società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici
- Art. 18 Rapporti con l’assistito e il cittadino-utente

Misure aziendali di disciplina/regolamentazione in tema di:

- Conflitto di interesse anche in relazione ad attività extraistituzionali
- Autorizzazione allo svolgimento di incarichi d’ufficio
- Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
- Inconferibilità incarichi dirigenziali e incompatibilità per posizioni dirigenziali
- La tutela del whistleblower, nella logica della policy promossa dall’Azienda di gestione delle segnalazioni da parte di dipendenti, soggetta a revisione secondo la Legge n.179/2007,
- La formazione sui temi dell’etica e della legalità in termini generalistici, nonché la formazione specialistica per alcune aree a rischio in materia di anticorruzione (informatizzazione/semplificazione procedurali, controlli, riorganizzazione di Uffici, trasparenza)

Misure specifiche

- Attività di assurance su specifici processi attraverso le funzioni dell'internal auditing
- Attività di controllo su specifiche procedure (esercizio attività di libera professione intramoenia, incremento informatizzazione agende prestazioni specialistiche, gestione agende di prenotazione)
- Certificazione/informatizzazione processi (fatturazione elettronica, tempistica pagamenti, certificabilità del bilancio aziendale, certificabilità Servizio Approvvigionamenti)
- Consultazioni pubbliche con Avvisi pubblicati sul web e monitoraggio di attuazione del PTPCT

Le misure di trattamento che verranno realizzate sui processi come sopra richiamati, costituiscono gli obiettivi sui quali verrà misurata contestualmente la performance gestionale, la responsabilità dirigenziale/individuale e la capacità di prevenire e contrastare eventi corruttivi.

Nella consapevolezza che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si conseguono attraverso la maturazione dell'esperienza nel tempo, si ritiene – anche alla luce della metodologia proposta dalle Linee Guida di A.N.A.C. - che la formulazione della strategia aziendale anticorruzione venga finalizzata al perseguimento dei seguenti obiettivi, sviluppati nel triennio secondo il seguente crono programma:

CRONOPROGRAMMA DELLE ATTIVITA' 2018.

Completa realizzazione dell'attività svolta.

| OBIETTIVO | INDICATORI | TEMPISTICHE |
|---|--|---|
| Ridurre le opportunità che si manifestano casi di corruzione | Rispetto delle tempistiche di elaborazione, adozione e pubblicazione del PTPC 2018-2019-2020 | Aggiornamento: 31/01/2018 Adottato con Decreto n.90 del 31/01/2018 |
| | Rispetto della tempistica di elaborazione e pubblicazione della Relazione del RPCT | Secondo tempistica e modalità di A.N.AC. Pubblicata entro il 31/01/2019 |
| | Rispetto della tempistica di monitoraggio delle misure di trattamento del rischio | In relazione a quanto previsto nel Piano di Trattamento del rischio dai singoli Resp.li 1° Monitoraggio al 30/06/2018 (Nota Prot. n.0043628/2018); 2° Monitoraggio/rendicontazione definitiva al 31/12/2018 (Nota Prot. n.0000479/2019) |
| | Valutazione piano Trattamento del rischio nelle aree generiche e specifiche di cui alla Determinazione A.N.AC. n.12/2015 e Delibera A.N.AC. n.831/2016 | Monitoraggio con periodicità semestrale 31/06/2018 – 31/12/2018 Pubblicati sul profilo web az.le – sezione Amm.ne Trasparente |
| | Attivazione forme di consultazione in fase di elaborazione/aggiornamento P.T.P.C.T | 1° Aggiornamento: 31/01/2018 Consultazione pubblica sul web con Avviso Prot. n.0009525/2018; 2° Aggiornamento: 31/01/2019 Consultazione pubblica sul web con Avviso Prot. n.0085878 3° Aggiornamento: 31/01/2020 |
| | Alimentare puntualmente la sezione Amministrazione Trasparente | 2018-2019-2020 Tempistica come da Griglia obblighi di pubblicità per Res.li A cura del RT: monitoraggio semestrale (1° monitoraggio cfr. Nota Prot. |

| | | |
|---|---|--|
| | | n.0043628/2018; 2° monitoraggio cfr. Nota Nota Prot. n.0000479/2019); A cura del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni: - Verifica al 31/03/2018 (cfr. Verbale seduta 10/04/2018); - Verifica al 31/03/2019 (cfr. Verbale seduta del 17/04/2019), secondo format ANAC pubblicato sul web sezione Amm.ne Trasparente |
| Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione | Attivazione canali di ascolto/interviste in contesti selezionati per valutare la percezione della corruzione dei dipendenti e il valore dell'integrità | 31/12/2018 Adesione a sondaggi promossi da AGENAS, partecipazione a gruppi ristretti su analisi di contesto promossa da R.L. (agli atti) 31/12/2019 31/12/2020 |
| | Sensibilizzazione all'utilizzo di procedure interne per la tutela del whistleblower | 31/12/2018 Promozione policy aziendale; Rendicontazione annuale verso RPCT R.L. (cfr. Nota Prot. n.0002532/2019) |
| Creare un contesto sfavorevole alla corruzione | Diffusione e informazione a tutti i destinatari del Codice di Comportamento della ASST che integri il Codice approvato con D.P.R. n.62/2013 | 31/12/2018 Consultazione vs neoassunti cartella in rete 'Intranet' 31/12/2019 31/12/2020 |
| | Formazione generale, rivolta a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e della legalità Formazione specialistica, per i referenti, i dirigenti e i funzionari addetti alle aree a rischio | 31/12/2018 Pubblicità su rete Internet e Intranet documenti aziendali su policy temi etica e integrità 31/12/2019 31/12/2020 |
| | Formazione specialistica, rivolta al RPCT | 31/12/2018 Promozione evento c/o Regione Lombardia in materia di Sponsorizzazioni |
| | Programmazione e attuazione iniziative comuni nell'ambito delle attività del Gruppo interaziendale ASST-ATS della Lombardia orientale, quale approccio di tipo sistemico alle tematiche di cui alla Legge n.190/2012 e D.Lgs. n.33/2013 | 31/12/2018 Partecipazione a n.5 incontri (cfr. Verbali in atti) 31/12/2019 31/12/2020 |

LE AREE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Le aree omogenee di performance verso le quali si orienta la strategia la programmazione regionale ed aziendale sono condivise a livello regionale dal documento finale prodotto dal Gruppo di approfondimento sui Piani delle Performance in A.O., IRCSS, AREU del 2012 che ha proceduto alla revisione degli indicatori finalizzata ad una omogeneizzazione dell'approccio alla redazione dei Piani nelle ex Aziende Ospedaliere. Il documento supporta le Aziende ed i Nuclei di Valutazione evidenziando i principi ed i modelli ai quali si devono ispirare le Aziende per la misurazione e rendicontazione delle performance.

Le dimensioni sulle quali viene misurata la performance aziendale sono riconducibili a livelli decisionali, strategici, di programmazione e gestionali.

Le aree individuate sono:

- Efficienza
- Processi Organizzativi
- Efficacia
- Appropriatelyzza e qualità dell'assistenza
- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

Efficienza

Intesa come capacità di massimizzare e razionalizzare i processi di produzione, abbassare i costi di approvvigionamento attraverso l'efficacia delle procedure di acquisto, migliorare l'appropriatelyzza di utilizzo delle risorse.

La misurazione avviene sui seguenti indicatori:

1. Materiale diagnostico: costo del materiale diagnostico per 1000 euro di fatturato di produzione. Misura il costo del materiale diagnostico sul valore della produzione di Laboratorio Analisi, Anatomia ed istologia patologica e del Centro trasfusionale e immunoematologia, sia per esterni che per interni.
2. Strumentario chirurgico: costo dello strumentario chirurgico per intervento. Misura il costo dello strumentario chirurgico per intervento derivante da DRG chirurgico o da prestazione ambulatoriale chirurgica.
3. Endoprotesi: costo del materiale protesico (endoprotesi) per 1000 euro fatturato DRG con protesi. Indica il costo dei dispositivi protesici impiantabili e dei prodotti per osteosintesi rispetto al valore della produzione DRG con protesi.
4. Farmaci: costo farmaci per giornata di degenza. Indica il costo dei farmaci utilizzati per pazienti ricoverati (escludendo quindi il File F) per giornate attese di degenza.
5. Personale amministrativo: costo del personale amministrativo. Misura l'incidenza del costo del personale amministrativo rispetto al totale del costo del personale.

Questa è la per l'anno 2018:

| | Indicatori | Consuntivo 2015 | Consuntivo 2016 | Consuntivo 2017 | Consuntivo 2018 |
|---|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|
| 1 | Materiale diagnostico | 215,5 | 211,26 | 177,46 | 265,57* |
| 2 | Strumentario chirurgico | 58,96 | 59,25 | 72,26* | 62,17 |
| 3 | Endoprotesi | 295,4 | 336,39 | 315,39 | 306,54 |
| 4 | Farmaci | 21,65 | 17,9 | 22,13* | Non più disponibile sul portale regionale |
| 5 | Personale amministrativo | 5,35 | 5,97 | 5,79 | Non più disponibile sul portale regionale |

*Dato da consolidare

AVVIO DEL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO.

L'anno 2018 è stato caratterizzato dall'avvio della riforma introdotta dalla Legge regionale n. 33/2015. In particolare erano previsti due filoni di intervento:

- l'attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e/o fragile, in grado di integrare le risposte ai bisogni, garantendo continuità e all'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, assicurando anche l'integrazione ed il raccordo tra le diverse competenze professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali coinvolte sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- la necessità di attivare, anche con progressiva e graduale messa a regime, di modalità innovative di presa in carico della persona, adottando un sistema di classificazione delle malattie croniche per categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponda una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito;

Al riguardo deve essere precisato che l'obiettivo in ragione dell'oggettiva difficoltà all'arruolamento dei pazienti e dal mutato quadro organizzativo predisposto dalla regione l'obiettivo in corso d'opera è stato completamente rivisto. Tale circostanza ha reso lo stesso obsoleto e quindi non efficacemente rendicontabile.

Efficacia

Intesa come capacità di intercettare i bisogni dei cittadini e migliorare la qualità dell'assistenza, la sicurezza e l'appropriatezza delle cure. Per le attività ospedaliere si continuerà con il monitoraggio dei seguenti item:

1. Frattura del collo del femore: intervento entro 48 ore. L'indicatore rappresenta la qualità del trattamento della frattura del femore correlata alla tempestività dell'intervento. La frattura del collo del femore è particolarmente frequente nella popolazione anziana. Un tempestivo intervento riduce rischio di mortalità e disabilità del paziente.
2. Interventi di colecistectomia laparoscopica: l'indicatore rappresenta la qualità del trattamento chirurgico per colecistectomia correlata alla procedura laparoscopica che essendo meno invasiva riduce i tempi di guarigione dei pazienti.

| | Indicatori | consuntivo 2015 | consuntivo 2016 | consuntivo 2017 | Obiettivo target 2018 |
|---|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 1 | Frattura del collo del femore | 54% | 82,7% | 78% | Mantenimento* |
| 2 | Colecistectomia laparoscopica | 88% | 88% | 86% | Mantenimento* |

***Dato non disponibile**

Appropriatezza – qualità

L'ASST degli Spedali Civili di Brescia è una realtà articolata in due poli di offerta: il settore Polo Ospedaliero articolato in 4 Presidi di ricovero e cura con la presenza di tutte le tipologie di Unità Operative ed il settore Rete territoriale. Trattasi pertanto, nel suo insieme, di una realtà organizzativa complessa nella quale medesime UU.OO. insistono su Presidi con caratteristiche completamente diverse per tipologia di servizi offerti. Relativamente alla posizione delle UU.OO. per gli indicatori regionali più proxy rispetto alla qualità delle cure, in ragione della complessità evidenziata, non si ritiene opportuno utilizzare come metodo di

verifica né il benchmarking interno, né quello legato ad uno standard definibile “medio”, perché in entrambi i casi non potrebbero emergere le reali differenze quanti-qualitative del case-mix delle varie UU.OO.

Pertanto il metodo di valutazione adottato è quello legato agli specifici standard regionali. Nella tabella allegata si confrontano i dati per singola U.O. e Presidio con lo standard regionale di riferimento per l'anno 2015.

La tendenza per tutte le UU.OO. deve essere quella dell'allineamento agli standard regionali di appropriatezza compresi nelle fasce definite performanti.

Rete Territoriale – Vaccinazioni

Le coorti della tabella, fanno riferimento ad obiettivi di annate passate.

Per quanto riguarda il 2018, le coperture richieste "a 24 mesi" per ciclo di base (Polio-Difterite-tetano-Epatite B-Pertosse-H), devono necessariamente far riferimento alla coorte di nascita 2016 e non 2011. Il valore 2017 è stato ricalcolato secondo il dato dell'anno precedente.

1. Copertura vaccino per ciclo di base 3 (Polio-Difterite-Tetano-Epatite B - Pertosse - H) 24 mesi 2011
2. Copertura vaccino 3 2011 antipneumococcico 24
3. Copertura vaccino 1 2012 antimeningococcico 24 mesi
4. Copertura HPV 2001 2°d
5. Copertura vaccino MPR 24 mesi 2012 1°d
6. Copertura vaccino antinfluenzale oltre 64 anni

| | Target | 2016 | 2017 | Trend auspicato 2018 |
|---|---------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------------|
| 1 | Vaccinati/bambini residenti | 95% | 96% | mantenimento |
| 2 | Vaccinati/bambini residenti | 89% | 91% | mantenimento |
| 3 | Vaccinati/bambini residenti | 88% | 92% | mantenimento |
| 4 | Vaccinati/dodicenni residenti | 80% | 80% | mantenimento |
| 5 | Vaccinati/bambini residenti | 90% | 94% | mantenimento |
| 6 | Vaccinati>64 anni /residenti >64 anni | 47% | 48% | mantenimento |

1. Copertura vaccino per ciclo di base 3 (Polio-Difterite-Tetano-Epatite B - Pertosse - H) 24 mesi coorte 2016

2. Copertura vaccino 3 coorte 2016 antipneumococcico 24 mesi
3. Copertura vaccino 1 coorte 2016 antimeningococcico 24 mesi
4. Copertura HPV coorte 2006 2°d
5. Copertura vaccino MPR 24 mesi coorte 2016 1°d
6. Copertura vaccino antinfluenzale oltre 64 anni

| | Target | 2017 | 2018 |
|---|---------------------------------------|-------------|-------------|
| 1 | Vaccinati/bambini residenti | 96% | 95,7% |
| 2 | Vaccinati/bambini residenti | 90.8% | 93,2% |
| 3 | Vaccinati/bambini residenti | 90.4% | 91.6% |
| 4 | Vaccinati/dodicenni residenti | 56% | 65% |
| 5 | Vaccinati/bambini residenti | 93.1% | 93,2% |
| 6 | Vaccinati>64 anni /residenti >64 anni | 48% | 48 % |

Accessibilità e soddisfazione

Intesa come capacità di adeguare l'erogazione del servizio ai bisogni di salute della popolazione. Il governo dei tempi di attesa, la messa in campo di forme nuove di organizzazione, la trasparenza delle informazioni e la conseguente misurazione della soddisfazione del cliente/utente sono gli indicatori su cui orientare l'attività.

- Customer satisfaction: l'Azienda monitora costantemente in linea con le disposizioni regionali la qualità percepita da pazienti, utenti e accompagnatori ed utilizza i dati derivanti dalla somministrazione dei questionari per migliorare il servizio e orientare l'organizzazione secondo i bisogni.
Vengono valutati la qualità dell'assistenza del personale medico-infermieristico, in relazione alla valutazione espressa negli ultimi anni, oltre che l'apprezzamento complessivo sulla qualità percepita
- Reclami: l'Azienda, attraverso il monitoraggio dei reclami ricevuti, recepisce indicazioni utili per attuare le azioni di miglioramento del servizio

| Indicatori | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Customer satisfaction: qualità dell'assistenza personale medico | 92,85 | 92,28 | 92.4 | 95.4 | 94.8 |
| Customer satisfaction: qualità dell'assistenza personale infermieristico | 92,85 | 92,71 | 92,85 | 94.3 | 95.8 |
| Customer satisfaction: apprezzamento complessivo | 90,00 | 89,71 | 90,00 | 93.8 | 94.5 |
| Reclami | 4902 | 4836 | 4786 | 5379 | 4530 |

Risk management

Per ciascuna area erano stati individuati un set di indicatori sul quale misurare e rendicontare la Performance aziendale, tenuto conto che la Performance attesa per il 2018.

Nel corso del 2018 sono stati introdotti da parte di Regione nuovi indicatori oggetto di appendice al presente Piano di rendicontazione 2018, a cui si rimanda per completezza.

Pubblicità

Il Piano della Performance è pubblicato sul sito istituzionale nella Sezione "Amministrazione Trasparente" sotto-sezione Performance (<http://www.spedalicivili.brescia.it>)

Brescia, giugno 2019

Nella Tabella sono indicati alcuni indicatori principali degli obiettivi anno 2018

| DIMENSIONE DELLA PERFORMANCE | OBIETTIVI | INDICATORE | RISULTATO ATTESO 2018 | RISULTATO RILEVATO 2018 |
|--------------------------------|---|--|-----------------------|---|
| efficienza | personale | Misura l'incidenza del costo del personale amministrativo rispetto al totale del costo del personale | Mantenimento | Non più disponibile sul portale regionale |
| | consumi | costo del materiale diagnostico per 1000 euro di fatturato di produzione | Mantenimento | incremento |
| | | costo dello strumentario chirurgico per intervento | Miglioramento | Miglioramento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | | costo del materiale protesico (endoprotesi) per 1000 euro fatturato DRG con protesi | Miglioramento | Miglioramento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | | farmaci per giornata di degenza | Miglioramento | Non più disponibile sul portale regionale |
| qualità processi organizzativi | trasparenza e prevenzione della corruzione: chiusura delle azioni previste dal piano | n. azioni previste dal piano chiuse/azioni previste dal piano | evidenza | Non più disponibile sul portale regionale |
| | Presenza in carico del paziente cronico | Comunicazione al cittadino della possibilità di partecipare ad una modalità innovativa di cura della sua patologia | Avvio | Non più disponibile sul portale regionale |
| | Presenza in carico del paziente cronico | Firma del patto di cura da parte del cittadino con conseguente arruolamento paziente dello stesso | Avvio | Non più disponibile sul portale regionale |
| | Presenza in carico del paziente cronico | Implementazione degli scambi informativi tra tutti gli attori coinvolti nel processo (Consensi e Nomine); | Avvio | Non più disponibile sul portale regionale |
| | Presenza in carico del paziente cronico | Definizione del percorso di cura attraverso la stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale); | Avvio | Non più disponibile sul portale regionale |
| | Presenza in carico del paziente cronico | Gestione e monitoraggio del percorso di cura per ogni paziente; | Avvio | Non più disponibile sul portale regionale |
| | Customer satisfaction: qualità dell'assistenza personale medico | percentuale di gradimento | Mantenimento | Incremento |
| | Customer satisfaction: qualità dell'assistenza personale infermieristico | percentuale di gradimento | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Customer satisfaction: apprezzamento complessivo | percentuale di gradimento | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Reclami | n. segnalazioni/anno | Diminuzione | Diminuzione RISULTATO RAGGIUNTO |
| efficacia | qualità trattamento frattura del femore | n. interventi /n. interventi entro 48 ore | Incremento | Incremento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | qualità trattamento colecistectomia laparoscopica | n. interventi/n. interventi laparoscopici | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Copertura vaccino per ciclo di base 3 (Polio-Difterite-Tetano-Epatite B - Pertosse - H) 24 mesi 2011 | Vaccinati/bambini residenti | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Copertura vaccino 3 2011 antipneumococcico 24 | Vaccinati/bambini residenti | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Copertura vaccino 1 2012 antimeningococcico 24 mesi | Vaccinati/bambini residenti | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Copertura HPV 2001 2°d | Vaccinati/dodicenni residenti | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Copertura vaccino MPR 24 mesi 2012 1°d | Vaccinati/bambini residenti | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |
| | Copertura vaccino antinfluenzale oltre 64 anni | Vaccinati>64 anni /residenti >64 anni | Mantenimento | Mantenimento RISULTATO RAGGIUNTO |

Appendice nuovi obiettivi Piano performance 2019

| AREA CLINICA | DESCRIZIONE | VALUTAZIONE | ATTESA 2019 |
|----------------------|---|-------------|---------------|
| Cardiocircolatorio | Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni | 3 | MIGLIORAMENTO |
| Cardiocircolatorio | Infarto miocardio acuto: % trattati con PTCA entro due giorni | 2 | MANTENIMENTO |
| Cardiocircolatorio | Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni | 2 | MANTENIMENTO |
| Cardiocircolatorio | By-pass aorto coronarico: mortalità a trenta giorni | 1 | MANTENIMENTO |
| Cardiocircolatorio | Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a trenta giorni | 3 | MIGLIORAMENTO |
| Cardiocircolatorio | Riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a trenta giorni | 3 | MIGLIORAMENTO |
| Chirurgia generale | 3 giorni | 2 | MANTENIMENTO |
| Chirurgia generale | colecistectomia laparoscopiche : % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui | 2 | MANTENIMENTO |
| Gravidanza e Parto | proporzione di pari con taglio cesareo primario | 2 | MANTENIMENTO |
| Gravidanza e Parto | parti naturali: proporzione di complicanze durante parto e puerperio | 5 | MIGLIORAMENTO |
| Gravidanza e Parto | parti cesarei proporzione di complicanze durante parto e puerperio | 5 | MIGLIORAMENTO |
| Nervoso | ictus ischemico mortalità a trenta giorni | 1 | MANTENIMENTO |
| Nervoso | Craniotomia | 3 | MIGLIORAMENTO |
| Chirurgia oncologica | interventi per tumore maligno mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui | 2 | MANTENIMENTO |
| Chirurgia oncologica | Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella | 4 | MIGLIORAMENTO |
| Chirurgia oncologica | intervento chirurgico per TM polmone mortalità a trenta giorni | 3 | MIGLIORAMENTO |
| Chirurgia oncologica | intervento chirurgico per TM stomaco mortalità a trenta gironi | 3 | MIGLIORAMENTO |
| Chirurgia oncologica | intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta gironi | 1 | MANTENIMENTO |
| Chirurgia oncologica | frattura del collo del femore intervento chirurgico entro due gironi | 3 | MIGLIORAMENTO |
| Osteomuscolare | frattura della tibia e perone tempi di attesa per intervento chirurgico | 2 | MANTENIMENTO |
| Respiratorio | BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni | 2 | MANTENIMENTO |