

# AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI DI SERIATE

## Il contesto regionale di riferimento

L'Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate opera all'interno del **Servizio Sanitario Lombardo**, caratterizzato dalla separazione tra Aziende Sanitarie Locali (ASL), con funzioni di programmazione-acquisto e controllo, e le Aziende Ospedaliere, a cui è attribuita in via pressoché esclusiva la funzione erogativa. Il sistema è altresì caratterizzato dalla rilevante presenza di strutture private accreditate che operano in condizioni di parità con le strutture pubbliche.

Il governo del sistema afferisce direttamente alla Direzione Generale Sanità regionale; l'Azienda Ospedaliera rappresenta una parte di una organizzazione "ad holding", riconducibile direttamente alla Regione.

In termini operativi ciò implica che le scelte fondamentali del sistema sono assunte direttamente dal livello centrale regionale, mentre sono affidati direttamente al livello territoriale i piani attuativi.

## L'evoluzione aziendale

Storicamente l'Azienda Ospedaliera Bolognini nasce come Azienda multi presidio il 1 gennaio 1998, dall'aggregazione di strutture ospedaliere appartenenti a diverse Unità Sanitarie preesistenti (USL 10 di Albino e USL 12 di Bergamo), ognuna con un suo peculiare radicamento territoriale, una sua "cultura", organizzazione e dotazione di risorse umane e strumentali. Trasformare questa "dispersione territoriale", in punto di forza introducendo il modello culturale, gestionale e organizzativo della Azienda a rete, per dare risposte ai bisogni di salute del territorio perseguendo efficienza gestionale e qualità dell'offerta di cura è stata la sfida di questi anni.

L'assetto di seguito descritto costituisce la fotografia attuale dell'azienda, risultato di un progressivo avvicinamento al **modello organizzativo di tipo reticolare** che ha richiesto il ridisegno della rete ospedaliera con la riconversione di due ospedali per acuti in ospedali riabilitativi, la riduzione dei punti nascita, la chiusura di due Pronto Soccorso.

**La scelta di riconvertire le strutture (7 Ospedali per acuti) in quattro Ospedali per acuti e tre ospedali riabilitativi** ha consentito di non chiudere alcuna struttura e di conservare il posto di lavoro a tutti i dipendenti.

**Le sperimentazioni gestionali con partnership pubblico-privato, l'organizzazione per dipartimenti, la Certificazione di Qualità Iso 9000** sono risultati approcci efficaci per perseguire efficienza e integrazione dei percorsi organizzativi, medici e assistenziali, insieme ad una politica aziendale di **valorizzazione delle risorse umane** nel rispetto dell'appartenenza e dei percorsi professionali dei singoli che ha consentito di

Il posizionamento dell'Azienda rispetto ad altre Aziende regionali, i volumi di attività e i giudizi degli utenti danno riscontro dei positivi risultati raggiunti in termini di qualità dell'offerta.

## L'assetto aziendale

L'Azienda Ospedaliera "Bolognini" di Seriate è costituita da Ospedali e Poliambulatori distribuiti nell'ambito della provincia di Bergamo, in un ben definito contesto ambientale.

Con la sola eccezione dell'Ospedale di Seriate, gli altri Ospedali dell'Azienda sono situati in un'area geografica di media od alta valle e comunque all'interno del territorio di Comunità Montane.

In base agli afferimenti dei presidi ospedalieri ed ambulatori stabiliti con la deliberazione del Consiglio Regionale n°. VI/0742 del 18/11/97, costituiscono l'Azienda:

## GLI OSPEDALI:

1. "Bolognini" di Seriate
2. "M.O.A. Locatelli" di Piario
3. "Pesenti Fenaroli" di Alzano Lombardo
4. "Briolini" di Gazzaniga
5. "SS. Capitanio e Gerosa" di Lovere
6. "S. Isidoro" di Trescore
7. "P.A. Faccanoni" di Sarnico

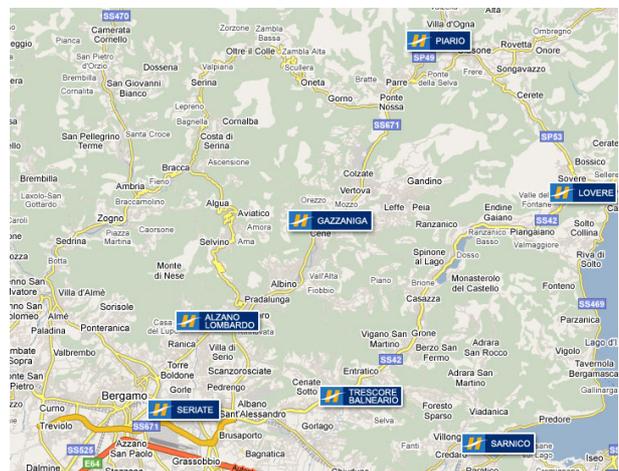
## I POLIAMBULATORI DI:

Albino  
Ponte Nossola  
Vilminore di Scalve  
Lovere

## UNITA' OPERATIVE PSICHIATRICHE (UOP)

- UOP di Alzano Lombardo con i CPS di Gropino, Nembro, Lovere, il CRA di Piario e Comunità Protetta a media assistenza di Alzano Lombardo
- UOP di Calcinate con il CPS di Trescore e CRA di Sarnico

**NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** di Trescore, Gazzaniga e Lovere-Piario.



## Il bacino d'utenza

Per la A.O. "Bolognini" di Seriate il naturale bacino di riferimento può essere individuato nella popolazione residente nel territorio delle tre attuali Comunità Montane e negli ex Distretti Socio-Sanitari di Seriate e Scanzorosciate,

Si arriva in tal modo a definire un bacino d'utenza che si estende dalla periferia sud-est di Bergamo a tutto il bacino dei laghi e delle valli bergamasche, che comprende 94 Comuni, con una popolazione complessiva di circa 289.000 abitanti sui 949 mila della bergamasca. Può essere interessante rilevare come l'area di riferimento individuata comprenda come estensione territoriale quasi il 50% della Provincia di Bergamo, mentre la popolazione complessiva è pari solo al 30,5% del totale.

L'Azienda opera quindi in un **ambito sia geografico che demografico molto diversificato**, che va dalla cintura metropolitana, con una ricca zona industriale e una vasta area agricola, all'area dei laghi, caratterizzata da forte stagionalità turistica, fino all'alta montagna, con le sue difficoltà di accesso. E' evidente che tale distribuzione e collocazione geografica ha influito sull'identità, sulla missione e sul modello organizzativo dell'Azienda.

## Dimensioni e attività

L'**attività aziendale** è di bassa/media complessità, il peso medio aziendale dei ricoveri ospedalieri varia tra un anno e l'altro da 0,94 a 0,99 (da un minimo di 0,55 dell'Ostetricia di Alzano ad un massimo di 4,4 per la Terapia Intensiva nell'anno 2009).

Le strutture aziendali complessivamente realizzano oltre 3 milioni di contatti/anno con l'utenza tra attività ambulatoriale, ricoveri ordinari (mediamente 28.000/anno) e day-hospital (oltre 3000/anno).

Il **bilancio** aggregato dell'Azienda, che ha un organico di circa **2300 dipendenti**, di cui 300 medici, è di 180 milioni di Euro (anno 2009).

La **dotazione di posti letto** (p.l.) accreditati degli ospedali gestiti all'Azienda (ricoveri ordinari e day hospita/day surgery) assomma nelle differenti specialità a complessivamente 848 posti letto, come dettagliato nella scheda che segue, in cui non compaiono i presidi Ospedalieri di Sarnico e Trescore, nonché il servizio di Nefrologia e Dialisi di Seriate, in quanto non sono gestiti direttamente dall'Azienda, ma da un soggetto privato, individuato con procedura ad evidenza pubblica, nell'ambito di un contratto di associazione in partecipazione.

Presidio Ospedaliero	Reparto degenza	P.L. ORD.	DH /DS	TOTALI
SERIATE	CARDIOLOGIA	16	1	17
	CHIRURGIA GENERALE	30	2	32
	MEDICINA GENERALE	40	4	44
	NEONATOLOGIA	13	0	13
	NEONATOLOGIA TIN	4	0	4
	NEUROLOGIA	30	1	31
	OCULISTICA	7	4	11
	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28	2	30
	OSTETRICA/GINECOLOGIA	30	3	33
	OTORINOLARINGOIATRIA	9	2	11
	PEDIATRIA	13	3	16
	PSICHIATRIA CALCINATE	15	4	19
	TERAPIA INTENSIVA	6	0	6
	TERAPIA INTENSIVA (SUBINTENS)	2	0	2
	UNITA' CORONARICA	7	0	7
	ONCOLOGIA	0	4	4
	GASTROENTEROLOGIA	0	5	5
<b>TOTALE</b>	<b>250</b>	<b>35</b>	<b>285</b>	
ALZANO LOMBARDO	CHIRURGIA GENERALE	46	2	48
	MEDICINA GENERALE	58	2	60
	ONCOLOGIA	12	10	22
	ONCOLOGIA DH TRESORE	0	4	4
	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	24	2	26
	OSTETRICA/GINECOLOGIA	26	3	29
	PEDIATRIA	14	1	15
	PSICHIATRIA	16	0	16
	<b>TOTALE</b>	<b>196</b>	<b>24</b>	<b>220</b>
GAZZANIGA	RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE	26	1	27
	RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA	30	3	33
	RIABILITAZIONE GENERALE E GER	30	0	30
	<b>TOTALE</b>	<b>86</b>	<b>4</b>	<b>90</b>
PIARIO	CHIRURGIA GENERALE	27	6	33
	MEDICINA GENERALE	40	2	42
	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	24	6	30
	OSTETRICA/GINECOLOGIA	14	4	18
	PEDIATRIA	0	4	4
	<b>TOTALE</b>	<b>105</b>	<b>28</b>	<b>133</b>
LOVERE	CHIRURGIA GENERALE	21	2	23
	MEDICINA GENERALE	41	1	42
	RIABILITAZIONE GENERALE E GER	20	0	20
	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	25	2	27
	UROLOGIA	6	2	8
	<b>TOTALE</b>	<b>113</b>	<b>7</b>	<b>120</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>750</b>	<b>98</b>	<b>848</b>	

## Vocazione degli Ospedali

Di seguito si sottolinea l'identità specifica degli ospedali:

**SERIATE:** ospedale cittadino per acuti. La città di Seriate ormai è in continuità con la città di Bergamo. L'Ospedale "Bolognini" di Seriate è l'Ospedale di riferimento aziendale sede di DEA (Dipartimento Emergenza Accettazione)

**TRESORE BALNEARIO:** piccolo Ospedale di pianura ad indirizzo prevalentemente riabilitativo. Attualmente gestito da un soggetto privato.

**SARNICO:** piccolo Ospedale di zona di lago ad indirizzo prevalentemente riabilitativo. Attualmente gestito da un soggetto privato.

**ALZANO L.DO :** ospedale di media grandezza per acuti all'imbocco della Valle Seriana.

**GAZZANIGA:** piccolo Ospedale della media Valle Seriana ad indirizzo prevalentemente riabilitativo.

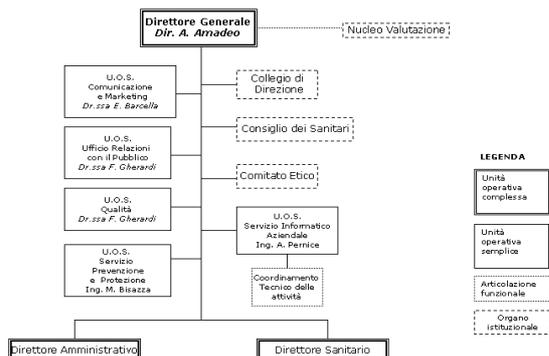
**PIARIO:** in passato "sanatorio", successivamente trasformato in Ospedale riabilitativo. Attualmente ristrutturato e completamente e trasformato in Ospedale per acuti (inaugurato nel Dicembre 2008) di media grandezza, sito in zona montana (Alta Valle Seriana). In questo ospedale sono state trasferite tutte le attività dell'ospedale di Clusone, chiuso nel Dicembre 2008.

**LOVERE :** piccolo ospedale per acuti in zona lago.

### La struttura organizzativa

Le Direzioni Generale, Sanitaria e Amministrativa compongono la Direzione Strategica.

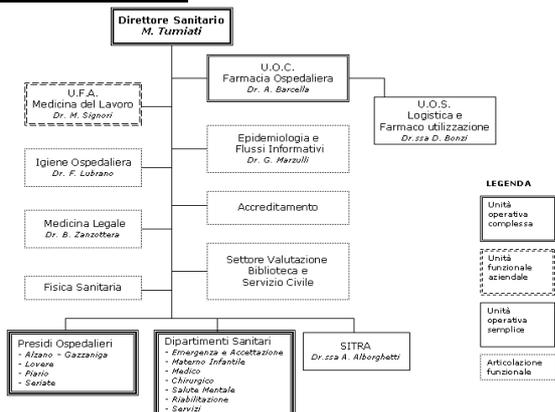
### Direzione Generale



La Direzione Generale ha in staff le funzioni ritenute strategiche a livello aziendale.

Il Collegio di Direzione, composto dai Direttori Sanitario e Amministrativo, dai Direttori di Dipartimento e dal responsabile SITRA, supporta la Direzione nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e nella valutazione delle attività.

### Direzione Sanitaria



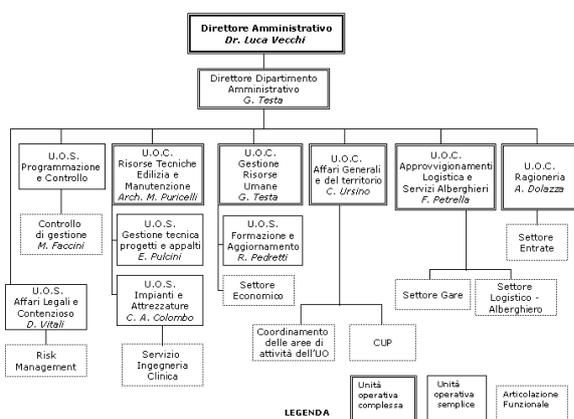
Dipartimento	Unità Operative
Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA)	U.O.C. Rianimazione e Terapia Intensiva (Seriato)
	U.O.C. Anestesia e Rianimazione (Alzano, Lovere, Piario)
	U.O.S. Pronto Soccorso (Seriato, Alzano, Piario, Lovere)
Dipartimento Materno Infantile	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia (Seriato, Alzano, Piario)
	U.O.C. Patologia Neonatale/Nido (Seriato)
	U.O.C. Pediatria (Seriato)
	U.O.C. Pediatria/Nido (Alzano)
	U.F.A. Neuropsichiatria Infantile (Trescore, Piario, Lovere, Gazzaniga)
	U.F.A. Oncologia Ginecologica (Seriato)
Dipartimento Medico	U.O.S. Pediatria/Nido (Piario)
	U.O.C. Medicina Generale (Seriato, Alzano, Piario, Lovere)
	U.O.C. Gastroenterologia Endoscopia Digestiva (Seriato)
	U.O.C. neurologia (Seriato)
	U.O.C. Cardiologia (Seriato)
	U.O.C. Servizio Cardiologia (Alzano)
	U.O.C. Oncologia (Alzano)
	U.F.A. Diabetologia (Seriato)
	U.O.S. Diabetologia (Alzano, Piario, Lovere)
	U.O.S. Neurofisiopatologia (Seriato)
	U.O.S. Unità Coronarica (Seriato)
U.O.S. Elettrofisiologia e Aritmologia (Seriato)	
DH Oncologico (Seriato, Trescore, Piario)	
Dipartimento Chirurgico	U.O.C. Chirurgia Generale (Seriato, Alzano, Piario, Lovere)
	U.O.C. Ortopedia Traumatologia (Seriato, Alzano, Piario, Lovere)
	U.O.C. Oculistica (Seriato)
	U.O.C. Otorinolaringoiatria (Seriato)
	U.O.C. Urologia (Lovere)
	U.F.A. Senologia (Seriato)
	U.O.S. Chirurgia D'Urgenza (Seriato)
	Dipartimento di Salute Mentale
U.F.A. Psicologia	
Centro Psicosociale (Nembro, Piario, Trescore)	
Centro Diurno (Nembro, Lovere, Trescore)	
Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (Piario, Sarnico)	
Comunità Protetta Media Assistenza (Alzano)	
Casa Alloggio (Trescore)	
Dipartimento di Riabilitazione	U.O.C. Riabilitazione Neuromotoria e Respiratoria (Gazzaniga)
	U.O.C. Riabilitazione Cardiologica (Gazzaniga)
Dipartimento dei Servizi	U.O.C. Riabilitazione Generale Geriatrica (Gazzaniga, Lovere)
	U.O.C. Servizio Medicina di Laboratorio (Seriato)
	U.O.C. Anatomia Patologica (Seriato)
	U.O.C. Servizio Immuno Trasfusionale (Seriato)
	U.O.C. Radiologia (Seriato, Alzano, Piario)
	U.F.A. Neuroradiologia (Seriato)
	U.O.S. Servizio Medicina di Laboratorio (Alzano, Gazzaniga, Piario, Lovere)
	U.O.S. Radiologia (Lovere)
Articolazione Funzionale Radiologia (Trescore, Gazzaniga)	

Dal Direttore Sanitario dipendono direttamente i presidi ospedalieri e i Dipartimenti sanitari, oltre che il SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale)

Gli ospedali e le altre strutture ambulatoriali/territoriali afferenti sono affidate alla direzione di quattro Direttori Medici di ospedale, i quali sono responsabili della qualità dell'organizzazione, oltre che degli aspetti igienico sanitari. Le loro funzioni si intersecano a matrice con quelle dei sette Direttori di Dipartimento, che hanno responsabilità sul coordinamento dell'attività tra le diverse Unità Operative (UU.OO.), sullo sviluppo dei percorsi clinico-assistenziali e sulla gestione integrata delle risorse disponibili.

IL SITRA a sua volta ha un'articolazione a rete sull'intera azienda, comprensiva di Responsabili degli Uffici infermieristici di Ospedale, che integrano la loro attività con quella del Direttore Medico, e dei Coordinatori Infermieristici di Dipartimento.

### Direzione Amministrativa



Le UU.OO. tecniche e amministrative sono responsabili delle funzioni loro attribuite dalla Direzione, oltre che svolgere funzioni di supporto.

### **Mission**

La mission dell'Azienda consiste nell'assicurare gratuitamente, in ogni circostanza e nei limiti delle risorse economiche disponibili, la cura e l'assistenza più appropriata ad ogni paziente, senza discriminazioni di sesso, razza, nazionalità e condizione sociale, attraverso la pratica clinica integrata, la ricerca e la formazione. Gli obiettivi sono essenzialmente due:

- provvedere all'assistenza e al trattamento della fase acuta della malattia attraverso interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, tecnologicamente aggiornati ed effettuati in regime di ricovero, di emergenza e urgenza, ordinario, diurno, domiciliare o ambulatoriale;
- essere luogo di sviluppo di visione etica, di cultura

sanitaria, di ricerca intellettuale e di aggiornamento professionale per i medici interni ed esterni, per il personale infermieristico, tecnico e amministrativo e per tutta la collettività.

La consapevolezza che per raggiungere questo obiettivo elemento essenziale e condizione di successo è la valorizzazione di tutte le forze in gioco ha portato l'Azienda Ospedaliera, fin dalla sua costituzione, a lanciare un vero e proprio "patto di alleanza" tra i dirigenti, i collaboratori e tutti i suoi partner esterni, avendo come punto di riferimento esclusivo e determinante "la qualità della prestazione al cittadino-cliente".

Il principio fondante è stato quello di promuovere la "salute" rispetto alla "cura", vale a dire di collocare la prestazione di ricovero e ambulatoriale in un "continuum" assistenziale che trova il suo complemento nei servizi territoriali e socio-assistenziali.

### **Vision**

L'immagine comune dell'ospedale può essere negativa, quale luogo di sofferenza per il paziente e di freddo intervento da parte di professionisti sanitari che operano con distaccata efficienza.

La *vision* dell'Azienda è che invece l'ospedale debba essere in primo luogo a misura d'uomo, centrato sulla persona e sulle sue esigenze (specie perché persona malata e quindi debole), luogo di speranza, di guarigione, di cura, di accoglienza e di serenità, nel quale è possibile affidarsi con fiducia a personale che si propone al massimo con grandi doti di umanità.

Pensare all'ospedale dal punto di vista del cittadino rappresenta un cambiamento culturale importante e ha richiesto, nell'evoluzione dell'Azienda, anni di impegno sui fronti molteplici dell'infrastruttura, dell'organizzazione, della formazione, della comunicazione.

## CRITERIO 1: leadership

### 1.1 Orientare l'organizzazione attraverso lo sviluppo di una missione, una visione e dei valori.

L'Azienda ospedaliera ha definito nel 1998, alla sua nascita, la visione e la missione, nel primo Piano Organizzativo Aziendale (POA), secondo le indicazioni normative specifiche della Regione Lombardia conseguenti alla L.R. 31/97 di disciplina delle organizzazioni sanitarie lombarde.

**Mission e vision** sono state definite attraverso un lavoro di confronto con Regione, Asl Provinciale e le altre aziende Ospedaliere bergamasche e di concertazione tra il Direttore Generale, i rappresentanti di tutte le organizzazioni sindacali, i Responsabili di Unità operativa (Dirigenti medici, sanitari e amministrativi) e il Consiglio dei Sanitari, recependo in particolare le osservazioni di quest'ultimo.

Vengono riviste periodicamente contestualmente all'aggiornamento del POA, secondo le disposizioni regionali. Le modalità di revisione e aggiornamento variano via via con l'obiettivo aziendale di un maggiore coinvolgimento del personale, di acquisire il carattere di maggiore rappresentatività di tutti i portatori di interesse e di recepire tutti gli input che pervengono da essi.

Per esempio nel 2004 allo sviluppo di mission e vision hanno partecipato, oltre alle organizzazioni sindacali, al Collegio di Direzione (costituito dai Direttori di Dipartimento in Rappresentanza dei Primari e dalla Responsabile SITRA in rappresentanza del personale SITRA e al Consiglio dei Sanitari, anche i componenti della Consulta dei Garanti (costituita in seno all'Azienda e composto da personalità bergamasche rappresentative del mondo del lavoro, dell'economia, della cultura e del volontariato) come rappresentanti dei cittadini e della società bergamasca.

Il risultato è stato che nella revisione del 2004 la mission e la vision, prima pragmaticamente incentrate sull'assetto organizzativo interno, sono state modificate per accentuare logiche di risposta ai bisogni, continuità assistenziale e valorizzazione delle risorse interne.

Nel 2008 il Direttore Generale, supportato da Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, si è avvalso della collaborazione diretta dei responsabili delle U.O. Personale, Affari generali e Legali, Qualità e Sitra e nella vision sono stati accentuati aspetti relativi alla cultura della responsabilità e alla logica del risultato in termini di efficacia, efficienza e qualità.

Il POA è approvato dalla Regione Lombardia (R.L.)

Inoltre nel 2008 il Direttore Generale ha recepito l'input della Regione Lombardia, principale portatore di interesse dell'Azienda, a definire valori e principi etici di comportamento con l'introduzione del **Codice Etico Comportamentale**. Oltre a prevedere comportamenti per non incorrere nei reati previsti dal Dgls 281/2003, come indicato da R.L., sono stati definiti in maniera condivisa dieci valori e principi aziendali

con la partecipazione del Collegio di Direzione.

I principi definiti sono i seguenti:

- Universalità
- Imparzialità
- Centralità della persona
- Appropriatelyzza
- Libertà di scelta
- Riservatezza
- Valorizzazione delle risorse umane
- Efficienza
- Umanizzazione
- Soddisfazione dei pazienti

Il Direttore Generale ha approvato il Codice Etico Comportamentale aziendale e ha dato mandato all'U.O. Qualità di attivare specifici gruppi di lavoro interni, multi professionali e trasversali, di analizzare il potenziale rischio di mancato rispetto del Codice e di definire piani di prevenzione/ miglioramento e di sorveglianza relativamente ad alcuni processi ritenuti particolarmente a rischio.

Uno dei processi analizzati è stato la gestione delle liste d'attesa, richiamandosi a due dei principi definiti (imparzialità e appropriatezza), a cui hanno partecipato primari e coordinatori infermieristici, che hanno definito come azione preventiva una riunione informativa per ciascun reparto, la supervisione del Primario e come azione di controllo una verifica annuale da parte dei nuclei interni di controllo della documentazione sanitaria, e l'analisi dei reclami presentati da pazienti.

Nel corso del 2010 il processo è stato riesaminato dagli stessi professionisti per verificare l'applicazione delle azioni definite nel 2008 e la loro efficacia: sono stati esaminati gli esiti dei controlli interni (alcune irregolarità nella registrazione dei dati ma non nella collocazione in lista); non sono stati registrati reclami/segnalazioni di utenti a riguardo. Sono state pertanto confermate le stesse misure adottate in precedenza.

Anche il **Comitato di Valutazione del Codice Etico**, composto da tre esperti esterni in materia legale, sanitaria e di organizzazione, appositamente costituito nel 2008, che verifica sul campo l'applicazione del Codice e riferisce ogni tre mesi direttamente al Direttore Generale ha rilevato coerenza, suggerendo peraltro di introdurre qualche forma di comunicazione anticipata al paziente (esempio messaggio telefonico) per aggiornarlo sulla sua posizione in lista.

Vision, mission e valori sono oggetto anche delle **riunioni periodiche "del venerdì"**, che si svolgono dal 2001. L'iniziativa risulta attualmente ricompresa nel Piano di Comunicazione aziendale.

Si tratta di una iniziativa voluta e perseguita dal Direttore Generale di concerto con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, che vede la Direzione strategica sistematicamente impegnata nel processo di orientamento dell'organizzazione poiché alla riunione partecipano i Direttori medici degli ospedali ed i

dirigenti titolari delle UU.OO. amministrative e tecniche dell'azienda.

Risultano sicuramente eccezionali: la cadenza settimanale della riunione (venerdì di ogni settimana) e l'orario di apertura della riunione (ore 17:30).

La sistematicità degli incontri assicura ai partecipanti e a cascata al personale che afferisce alla loro responsabilità il coinvolgimento:

- nel formulare e sviluppare la mission e la vision dell'Azienda nel medio e nel lungo periodo;
- nella comunicazione efficace dei valori e degli obiettivi strategici e operativi;
- nel rivedere gli obiettivi strategici in relazione ai cambiamenti dell'ambiente esterno;
- nel mantenere il personale regolarmente informato sulle questioni chiave dell'organizzazione;
- nell'assicurare che gli obiettivi e gli scopi dell'azienda siano coerenti con le politiche pubbliche (regionali e nazionali);

Vision e Mission e Codice Etico Comportamentale sono diffusi all'interno e all'esterno dell'Azienda e sono consultabili sia sul sito web aziendale che sulla rete Intranet interna.

Visione e missione vengono tradotti in obiettivi e azioni strategiche a lungo /medio periodo attraverso l'adozione di Piani strategici/Organizzativi con periodicità analoga a quella del POA, secondo specifico input regionale.

Visione, missione e valori sono di riferimento per la **Politica della Qualità** (parte integrante del Manuale della Qualità), che viene aggiornata annualmente a cura della Direzione Generale, discussa con il Collegio di Direzione.

In coerenza con mission e vision e valori, con le linee programmatiche e le regole annualmente fissate dalla Regione Lombardia, e con gli obiettivi assegnati ai Direttori generali dai portatori di interesse istituzionale regionale (Regione Lombardia) e provinciale (ASL, Contratto con l'ente regolatore ASL provinciale) ogni anno la Direzione aziendale predispone il **Piano di Indirizzo Strategico**, formalizzato a partire dal 2009, nel quale sono definite le priorità di sistema, gli indirizzi di sviluppo per gli ambiti acquisto, controllo, liste d'attesa, SISS, Qualità, Comunicazione, Formazione, Risk management e Investimenti e le indicazioni di obiettivi e standard per le schede di budget delle singole U.O./strutture.

Dal 2010 il Piano di indirizzo viene consegnato ai Responsabili di U.O. e ai Coordinatori Infermieristici in sede di contrattazione di budget.

In coerenza con quanto sopra descritto:

- i Responsabili delle varie funzioni aziendali predispongono i piani di azione annuali o biennali: il piano di comunicazione (biennale), il piano formativo (annuale/biennale), il piano degli investimenti

(annuale), il piano delle assunzioni (annuale), il piano degli Acquisti (annuale), il piano triennale dei lavori (aggiornato annualmente) e il Piano attuativo aziendale della Carta regionale dei servizi (annuale).

- la Direzione strategica attiva il processo di negoziazione degli obiettivi annuali per ciascuna U.O./Struttura.

Gli obiettivi vengono discussi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con i Responsabili delle U.O. di ricovero/servizi e di quelle amministrative, ne viene concordata l'assegnazione in termini di responsabilità di raggiungimento e vengono monitorati periodicamente. Ulteriori dettagli al punto 4.3.

## **1.2 Sviluppare e implementare un sistema di gestione dell'organizzazione, delle sue performance e del cambiamento.**

La Direzione Aziendale ha definito un sistema di gestione dell'organizzazione coerente con la strategia definita, descritto nei piani organizzativi di cui al punto 1.1. Tale modello è evoluto negli anni per allinearsi con le indicazioni della Regione Lombardia e per rispondere a logiche organizzative interne, tenendo conto anche dell'evoluzione delle professioni sanitarie.

Significativi in tal senso sono:

- individuazione e attivazione di modelli gestionali innovativi riferiti a singoli presidi o servizi sanitari aziendali (vedi punto 4.1);
- modello organizzativo per **dipartimenti clinici, a forte valenza professionale**, di coordinamento e integrazione dei percorsi clinico assistenziali;
- **ruolo forte delle Direzioni Mediche di Presidio**, per gli aspetti organizzativo-gestionali
- individuazione di alcune **funzioni in staff alla Direzione Generale** (per esempio nel 2001 in fase di avvio Qualità, Comunicazione e Sistemi Informativi in un'unica struttura "Organizzazione e sviluppo" per avviare l'organizzazione a rete e formare figure professionali ad hoc; dal 2005 integrazione Qualità-URP-Customer Satisfaction per focalizzarsi sulla centralità dell'utente);
- dal 2000 attivazione del **SITRA**, ovvero di un servizio che fosse titolare delle funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, riabilitativo, di prevenzione, degli operatori di supporto e del personale ausiliario addetto alle attività domestiche alberghiere;
- nel 2007 individuazione del **Risk Manager** nella persona del Responsabile degli Affari legali e contenzioso, supportato da un Comitato Aziendale di Risk Management (composto dai Direttori di dipartimento, dai coordinatori infermieristici, dai Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione, della

- Farmacia, della Medicina del Lavoro, dell'U.O. Igiene)
- nel 2008 costituzione di una unità operativa integrata (Affari generali e del territorio) per una miglior coordinamento dei processi di gestione dell'utenza esterna (accoglienza, front-office)
- nel 2009 attivazione del **Dipartimento amministrativo** per una gestione integrata della funzione amministrativa aziendale.

Nella logica della gestione per processi la Direzione ha perseguito fin dal 2001 la **Certificazione di Qualità ISO 9001**, dando seguito ad un input della Regione che individuava la Certificazione come programma di miglioramento della qualità dei processi, assumendo poi in primis la decisione di proseguire fino alla Certificazione dell'intera Azienda, ottenuta nel 2005 (poche delle 29 strutture pubbliche lombarde hanno la Certificazione di Qualità per l'intera struttura).

Per i vari processi amministrativi, organizzativi e clinico-assistenziali, attività e responsabilità sono state mappate, analizzate e ridefinite coinvolgendo gli operatori in gruppi di lavoro per U.O. e/o per processo/percorso, in un lavoro che è durato cinque anni. Quanto definito è tracciato in un sistema documentale standard, di cui 46 procedure generali aziendali emesse e validate secondo livelli di responsabilità definiti e approvati dal Direttore Generale. La firma del Direttore ne attesta la valenza a livello aziendale, al pari di altri provvedimenti formali adottati. Maggiori dettagli al punto 5.1.

Dal 2001 la Direzione Sanitaria ha attivato un **processo di negoziazione degli obiettivi di budget** con le UU.OO. sanitarie.

Nel 2006 la Direzione ha formalmente costituito il Comitato Aziendale di Budget, con l'obiettivo di gestire in maniera coordinata il processo di budget a livello aziendale e sono stati introdotti obiettivi di qualità, oltre a quelli economici (produzione e costo).

Alla contrattazione di budget partecipano anche i Direttori di Dipartimento.

Dal 2008 la gestione del processo è condotta dal Direttore Sanitario e Amministrativo e la negoziazione viene svolta oltre che con il Responsabile di U.O., anche con il coordinatore infermieristico/tecnico

L'ufficio Flussi Informativi e il Controllo di Gestione elaborano mensilmente **reportistica** ad hoc per il Comitato Aziendale Budget e per la Direzione Strategica con l'obiettivo di monitorare, in particolare l'andamento della produzione e dei ricavi correlati nonché dei costi e di definire eventuali azioni correttive e di miglioramento in relazione agli obiettivi assegnati. Un sistema semestrale di report ad hoc (indicatori e non conformità) garantisce l'informazione dall'U.O. Qualità alla Direzione rispetto a qualità dei processi e obiettivi assegnati.

I **piani/progetti aziendali** sono approvati dalla Direzione Strategica con l'individuazione di un

responsabile e la definizione di uno specifico cronoprogramma e/o di matrici tempi, attività, responsabilità e/o indicatori di risultato, definiti sulla scorta di gruppi di lavoro, anche informali, con le diverse professionalità coinvolte.

I piani aziendali, insieme agli input che li hanno determinati, interni o esterni, vengono comunicati con una **strategia comunicativa** diretta tempestiva e diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione attraverso:

- incontri periodici tra Direttore Generale e Responsabili di U.O. (mensili per Ospedale);
- incontri settimanali tra la Direzione Strategica e i Responsabili delle U.O. Tecniche, Sanitarie e Amministrative nonché i direttori Medici di ospedale.
- rete intranet aziendale, capillarmente diffusa nelle varie U.O./Uffici;
- newsletter inviate ad ogni singolo dipendente come allegato agli stipendi.

La comunicazione verso l'esterno avviene attraverso:

- campagne di comunicazione ad hoc;
- incontri sul territorio della Direzione Strategica con i portatori di interesse istituzionali e civili;
- sito internet aziendale.

### **1.3 Motivare e supportare il personale dell'organizzazione ed agire come modello di ruolo**

Il personale è motivato principalmente attraverso quattro leve, che la Direzione Aziendale ha individuato come strategiche:

#### **Informazione**

L'informativa al personale sulle questioni chiave dell'organizzazione viene assicurata con le modalità riportate al termine del punto 1.2 .

#### **Delega di autorità, responsabilità e competenze.**

L'Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate già con l'adozione del Piano Organizzativo e di Funzionamento aziendale dell'anno 2004 ha pienamente recepito le scelte operate dal legislatore in tema di separazione tra attività di indirizzo-programmazione- controllo ed attività gestionale.

Tale scelta nasce dalla convinzione che l'aziendalizzazione del sistema, per tradursi in concrete opportunità operative coerenti con le motivazioni e gli obiettivi preordinati a recuperi di efficienza/produttività/economicità/qualità, non debba ritenersi circoscritta all'interno di processi meramente definitivi ma debba misurarsi con una revisione oltre che degli aspetti organizzativi anche dei modelli di funzionamento.

In tale contesto alla Dirigenza Amministrativa dell'Azienda sono state ricondotte:

- sia la gestione concreta, compresi gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno,
- sia la responsabilità esclusiva per l'attività amministrativa ed i relativi risultati.

Le nuove competenze del ruolo della dirigenza, con il conseguente rafforzamento dell'autonomia gestionale, hanno determinato la ridefinizione:

- del sistema di valutazione
- della responsabilità dirigenziale,

improntati all'accertamento del risultato complessivo dell'attività e non della mera regolarità formale degli atti.

Pertanto le figure dirigenziali aziendali risultano modellate sui caratteri dell'autonomia decisionale e gestionale con piena responsabilità dei risultati conseguiti o mancati.

Sulla base dei principi e metodologie esposti le attività gestionali dell'Azienda risultano ripartite tra le diverse UU.OO. Amministrative, suddivise in strutture complesse e semplici, tutte dotate di autonomia gestionale.

Le competenze attribuite alle strutture amministrative e le attività delegate ai Dirigenti Responsabili delle strutture medesime sono state oggetto di apposito regolamento approvato con provvedimento del Direttore Generale nel novembre 2005.

Nel corso del triennio 2007 – 2009 a seguito dell'applicazione del regolamento sulle deleghe, le UU.OO. hanno prodotto il numero delle determinazioni dirigenziali sotto riportato.

#### DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI

UU.OO.	2007	2008	2009
AFFARI GENERALI E DEL TERRITORIO	128	140	141
APPROVVIGIONAMENTI	61	101	69
AFFARI LEGALI E CONTEZIOSO	58	61	47
GESTIONE RISORSE UMANE	3281	3160	3186
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	48	47	43
RISORSE TECNICHE	81	140	121
SERVIZIO INFORMATICO	0	10	14

#### Sistema premiante

La Direzione Aziendale ha approvato nel 1999 un Regolamento per la liquidazione dei fondi per il trattamento accessorio delle Aree della Dirigenza (Retribuzione di Risultato) e dell'Area del Comparto (Produttività Collettiva) predisposto dal Responsabile della Gestione Risorse Umane in collaborazione con gli esperti dell'Università Bocconi di Milano e condiviso in sede di contrattazione integrativa aziendale.

Negli anni il sistema è stato oggetto di riesame e integrazioni sempre a cura del Responsabile della gestione Risorse Umane che si è avvalso della collaborazione della Responsabile SITRA, del Controllo di Gestione e della funzione Valutazione. Per esempio

nel 2005 si è deciso di introdurre il criterio presenze-assenze per valorizzare anche l'effettivo apporto operativo di ciascun dipendente.

In particolare il sistema è migliorato parallelamente all'affinamento del processo di budget (obiettivi di risultato diversificati per U.O. e/o categoria professionale, peso diverso attribuito allo stesso obiettivo a seconda dell' U.O., peso variabile attribuito ad un medesimo obiettivo da un anno all'altro in coerenza con gli obiettivi e le strategie aziendali; con conseguente maggiore variabilità della percentuale di raggiungimento degli obiettivi e conseguentemente dei premi economici.

Di seguito i dati del grado di raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle schede di budget negoziate dai responsabili di UU.OO. sanitarie e amministrative dell'Azienda Ospedaliera "Bolognini" negli anni 2007, 2008, 2009.

#### % grado raggiungimento obiettivi

2007	min	max	media
dirigenti	83	97,13	92,89
comparto	83	97,13	92,89

2008	min	max	media
dirigenti	78,6	100,00	95,50
comparto	89,75	100,00	95,88

2009	min	max	media
dirigenti	55	92,58	85,22
comparto	59,94	92,00	86,50

Risulta evidente e significativo l'ampliamento della "forbice" fra la % minima e massima di assegnazione del punteggio finale delle schede di budget in diretta relazione al grado di affinamento del sistema descritto.

Da un riesame condotto nel 2009 con la Direzione Aziendale si è convenuto che il meccanismo attuale risulta già orientato alle linee contenute nel D.lgs

150/09 relativamente al titolo III dello stesso “Merito e Premi”.

Il **regolamento** determina in estrema sintesi la distribuzione delle quote agli aventi diritto difficilmente sovrapponibili per importo, determinando quale risultato una distribuzione mirata anziché a pioggia.

I principi fondamentali sui quali si basa il sistema premiante dell’Azienda Ospedaliera “Bolognini” sono i seguenti:

1. l’ammontare complessivo di risorse economico-finanziarie, che costituiscono il fondo di risultato, deve essere interamente distribuito al personale in ragione del grado di raggiungimento degli obiettivi del centro di responsabilità (U.O./Servizio) al quale afferiscono e dell’effettiva partecipazione individuale ai risultati dell’équipe di appartenenza. Il sistema premiante è ancorato al sistema di programmazione budgetaria. È al contenuto del budget che si farà riferimento al fine di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi di ciascun Centro di Responsabilità;
2. il premio economico non maturato da un centro di Responsabilità, in ragione dei risultati conseguiti, viene ridistribuito su tutti i Centri di responsabilità;
3. il premio economico spettante al singolo dipendente, oltre che dai parametri oggettivi è legato alla valutazione dell’effettivo contributo da esso fornito al perseguimento dei risultati d’équipe attraverso la scheda di valutazione gestionale/manageriale annuale;
4. il premio non maturato da un singolo dipendente, sulla scorta delle valutazioni di cui al precedente punto, è ridistribuito tra tutti i componenti dell’équipe.

Il Fondo Aziendale complessivo è articolato in:

1. **Fondo Ordinario:** esso è finalizzato al riconoscimento di premi in ragione degli obiettivi di budget concordati all’inizio dell’esercizio.
2. **Fondo Priorità Aziendali:** il cui ammontare è mediamente pari al 10% del Fondo ordinario è finalizzato al riconoscimento di premi legati all’assegnazione di obiettivi specifici che hanno rilevanza aziendale e che possono essere stabiliti:
  - nella forma di progetto
  - nella forma di obiettivo – specifico definito dalla Direzione Generale

Il fondo ordinario è gestito attraverso un **sistema a punti**. In tale modo le differenti fasi di valutazione vengono misurate secondo criteri che consentono di confrontare le situazioni dei differenti Centri di Responsabilità o di differenti dipendenti nella massima trasparenza.

I punti vengono successivamente trasformati in termini monetari utilizzando il “valore economico del punto” determinato dal rapporto tra Fondo Ordinario e numero totale di punti.

Da ciò ne deriva che, in ogni caso, il punto ha il medesimo valore per tutti i dipendenti interessati dallo specifico Fondo. Le differenze economiche, quindi,

sono date dal numero di punti spettanti a ciascun dipendente.

Per premio atteso si intende la quota economica attribuibile al singolo dipendente nel caso in cui gli obiettivi di budget vengano tutti conseguiti..

Il calcolo del premio atteso viene effettuato sulle seguenti variabili:

- Grado di raggiungimento degli obiettivi contrattati nella scheda di budget rapportato a 100;
- **Peso base:** ciascun dipendente ha un peso base di riferimento, stabilito, tenuto conto di quanto disposto dall’art. 65, comma 4 lettera b) e comma 6, del CCNL 05 dicembre 1996, come segue:
  - Dirigente con incarico di struttura complessa peso base 100;
  - Dirigente responsabile di struttura semplice peso base 85;
  - Altri Dirigenti : peso base 75;
- **Valutazione individuale** si intende la quota di incentivazione maturata dal singolo dipendente in ragione del contributo fornito all’ottenimento dei risultati gestionali (Vedi scheda di valutazione annuale gestionale – manageriale per la dirigenza e scheda di valutazione annuale per il personale dell’area del comparto);
- **Presenza dei singoli dipendenti:** il punteggio di C.d.R. viene successivamente ripartito tra i componenti dello stesso sulla base dell’effettiva presenza./assenza.

Il premio effettivo del direttore di C.d.R. viene definito solo sulla base del giudizio che il Nucleo di Valutazione formula sui risultati conseguiti dal C.d.R. corretto in ragione del fattore presenza.

### Istituzione del Premio Qualità Aziendale

A cinque anni dal conseguimento della Certificazione di Qualità, dopo un percorso di miglioramento interno che ha coinvolto tutti i livelli dell’organizzazione nel Progetto Regionale di Valutazione delle Aziende Sanitarie (applicazione di 125 standard di qualità dell’Accreditamento Joint Commission vedi punto 5.1), ritenuto abbastanza evoluto il sistema, nel 2009 la Direzione Aziendale ha deciso di istituire il Premio Qualità annuale, su proposta della Responsabile U.O. Qualità. Il Premio comporta l’attribuzione di un riconoscimento economico (finalizzato a formazione o acquisto di materiale utile) alle U.O./strutture che hanno presentato e realizzato progetti di miglioramento trasversali per ambito di applicazione e professionalità coinvolte (presentati come audit clinico-assistenziale , progetti innovativi, o gruppi di miglioramento) coerenti con gli obiettivi aziendali e con la Politica della Qualità, il cui risultato misurabile è documentato con indicatori di esito. La valutazione è effettuata da una Commissione ad hoc, composta da membri interni ed esterni (Presidente del Comitato esterno per la Valutazione del Codice Etico, di cui al punto 1.1; Presidente provinciale del Tribunale per i Diritti del Malato, di cui al punto 1.4).

Nel 2009 sono stati presentati 27 progetti, tutti ammessi alla valutazione finale (premiazione effettuata nell'aprile 2010). Per il 2010 sono stati presentati 33 progetti.

#### **1.4 Gestire i rapporti con i politici e con gli altri portatori di interesse al fine di assicurare la condivisione delle responsabilità**

Obiettivo dell'Azienda è quello di realizzare nell'ambito di un **"patto di cittadinanza"** sensibile alle reciproche esigenze, un'effettiva integrazione con le autonomie locali, le istituzioni, le forze politiche, economiche e sociali, i cittadini e le loro aggregazioni, sviluppando il senso di appartenenza dell'Azienda all'ambiente nel quale è inserita.

Il Direttore Generale mensilmente partecipa agli incontri organizzati dalla Direzione Generale sanità per linee di indirizzo e di gestione e per il monitoraggio del sistema regionale.

E' sempre stato obiettivo primario dell'Azienda (pur non rientrando nei compiti istituzionali di un'Azienda Ospedaliera ma di un'Azienda Sanitaria locale) creare e mantenere **rapporti continui con le Istituzioni territoriali**, partendo dai Sindaci dei Comuni nei quali è presente un presidio ospedaliero appartenente all'A.O. Bolognini.

Non solo, attivati dall'inizio degli anni duemila, i Consigli dei Sindaci che raggruppano tutti i Sindaci delle zone territoriali di competenza (uno per la Valle Seriana e uno per la Valle Cavallina) si riuniscono almeno 2 volte l'anno con la Direzione strategica per la condivisione e la soluzione di problemi e per evitare conflitti tra le scelte per le politiche pubbliche.

L'Azienda Ospedaliera Bolognini promuove e sostiene **relazioni con le Organizzazioni di Volontariato** attive negli Ospedali dell'Azienda e nel territorio di riferimento. Con il **Tribunale dei diritti del malato** è in atto una sorta di partnership che vede il T.D.M. collaborare con l'azienda sui temi della qualità della cura e dell'assistenza (partner per Audit Civico, componente permanente del Comitato Etico Aziendale, è interlocutore per la valutazione della Customer Satisfaction come definito dalle procedure aziendali, è componente della Commissione Premio Qualità).(Dettagli al punto 4.2)

Relazioni significative sono attive anche con alcune grandi aziende private del territorio (Banca Popolare di Bergamo, Gruppo Radici, Persico s.p.a) che hanno contribuito in modo determinante alla realizzazione e/o alla ristrutturazione di alcune importanti opere (Pronto Soccorso di Alzano, Blocco parto, Aula multimediale Ospedale di Piario, Comunità Protetta Nembro). Donazioni che testimoniano la fiducia e la valenza sociale delle attività dell'A.O. Bolognini di Seriate.

Le **organizzazioni sindacali** partecipano alla vita aziendale coerentemente con gli istituti normativi e contrattuali, ma sono coinvolti anche come portatori di interesse laddove vengano affrontate questioni di rilievo territoriale (per esempio l'Azienda ogni anno discute anche con i segretari provinciali di tutte le sigle sindacali provinciali l'impatto economico, organizzativo e produttivo delle iniziative aziendali sul territorio).

Riunioni periodiche inoltre sono organizzate con la Prefettura di Bergamo per l'eventuale gestione di emergenze presso l' aeroporto Orio al Serio.

Un aspetto che sottolinea l'attenzione dell'Azienda nei confronti dello stakeholder comunità locale è la costituzione di un **Comitato Consultivo di Garanti**, avvenuta nel 2001, i cui membri sono stati scelti nell'ambito delle comunità in cui sono inseriti gli ospedali dell'Azienda. Si tratta di un piccolo gruppo di persone (professionisti, semplici cittadini, imprenditori, qualche politico, ecc.) che – senza sovrapporsi agli organi istituzionali di controllo - affianca la Direzione dell'Azienda in regolari momenti di discussione e verifica dell'attività, spesso facendosi carico di specifiche iniziative socioculturali che vengono poi portate avanti dall'Azienda in associazione con istituzioni locali o organismi di volontariato.

Per esempio nel 2005 il Comitato dei Garanti ha favorito la creazione dell'Associazione Amici dell'Oncologia, che risponde ad alcuni bisogni di assistenza extraospedaliera dei pazienti oncologici dell'Ospedale di Alzano e ha contribuito nella realizzazione di un confortevole locale di accoglienza e di soggiorno in reparto.

Il Comitato viene convocato mediamente quattro volte l'anno.

E' attiva dal 2002 una **Convenzione** quadro con tutte le facoltà **dell'Università degli Studi di Bergamo**, rivista su richiesta dell'Università nell'agosto 2010 in seguito alla nomina del nuovo Rettore, che prevede uno scambio culturale e di competenze tecnico professionali tra l'Università stessa e l'azienda : tirocini e realizzazione di tesi degli studenti presso le nostre strutture (mediamente 15 studenti/anno), docenze di nostri professionisti nei corsi di studio, progetti formativi, collaborazione nell'organizzazione di conferenze, dibattiti e seminari, consultazione di testi scientifici, collaborazione per studi e ricerche.

L'**idea di Marketing** sviluppata dall'Azienda in questi anni è stata costruita, oltre che sulla ricerca del consenso esterno a tutti i livelli per una migliore condivisione delle responsabilità e un confronto costruttivo con tutti gli attori del sistema, anche sulla convinzione che il ruolo più incisivo in termini di comunicazione lo svolgano direttamente i professionisti della cura. Infatti dalle indagini di marketing risulta che i pazienti scelgono gli ospedali dell'Azienda Bolognini su input del Medico di famiglia o per passaparola di familiari/amici che hanno avuto un'esperienza positiva (dato che si conferma invariato negli anni).

Perciò la Direzione Strategica, attraverso la Direzione Sanitaria e le Direzioni Mediche di Ospedale, promuove incontri sul territorio tra i professionisti dell'Azienda e i medici di medicina generale, e con i pazienti stessi, in occasione di nuove procedure/tecnologie di cura introdotte in Azienda e/o della nomina di nuovi primari.

Mediamente si tengono 4 incontri l'anno. Per esempio nel 2008 i medici dell'Ospedale di Lovere hanno incontrato i colleghi del territorio di riferimento della Valle Cavallina (con accento in particolare sull'attività di senologia recentemente implementata); nel 2009 è stato il turno dell'Ospedale di Seriate per parlare di Prevenzione dell'infarto, Problemi cardiovascolari, Corretta Nutrizione e Funzionalità renale; nel 2010 ad oggi si sono svolti tre incontri, di cui uno a Piario (per presentare l'intera offerta del nuovo Ospedale, ormai assestato a un anno e mezzo dall'avvio) e due a Seriate (di cui uno relativo alla Donazione di organi, rispetto alla quale l'Ospedale di Seriate ha potenziato l'attività su specifico input regionale).

Nella logica dell'apertura all'esterno e del confronto la Direzione Aziendale è sempre stata culturalmente orientata alla **ricerca del consenso e del riconoscimento esterno**, anche attraverso la partecipazione a premi/valutazioni nazionali rivolte all'intera Azienda e/o a specifiche strutture/progetti (vedi punto 9.1).

## CRITERIO 2: Politiche e strategie

### 2.1 Raccogliere informazioni relative ai bisogni presenti e futuri dei portatori di interesse

Nell'ambito di un percorso di trasparenza e responsabilizzazione, avviato nel 2004 con gli incontri annuali di rendiconto istituzionale rivolti ai cittadini e alle altre istituzioni pubbliche del territorio, proseguito nel 2007 con la pubblicazione dei Bilanci Aziendali sul sito Intranet, che negli obiettivi della Direzione porterà nel 2011 alla predisposizione del Bilancio Sociale, si è proceduto intanto a definire **la mappa degli stakeholder** aziendali. Partendo da un censimento dei principali interlocutori, la Direzione ha individuato le principali categorie e per ciascuna di esse si è identificata la composizione, la presenza di *target* di particolare interesse, gli argomenti più rilevanti e il grado di interesse per le attività dell'Azienda e di influenza che ciascun gruppo ha sulle decisioni aziendali.

Questi aspetti sono stati valutati tenendo conto del potere decisionale, della presenza di obblighi di legge o contrattuali, della dipendenza dall'azienda, del collegamento con le strategie aziendali. La mappatura degli *stakeholder* e dei temi-chiave su cui valutare il coinvolgimento, ha permesso di evidenziare gli interlocutori che sono più rilevanti per l'azienda (pazienti, lavoratori, Regione, ASL, Amministrazioni locali, partner privati), gli interlocutori con interessi di tipo più diffuso (fornitori, comunità locale, volontariato) ed altri stakeholder i cui interessi sono rappresentati solo in modo indiretto.

Un ruolo prioritario è svolto dall'**ASL**, cui compete, per conto della Regione, la raccolta di informazioni e l'analisi dei bisogni sanitari della popolazione. L'ASL si pone dunque come destinatario di specifici flussi informativi aziendali sulla scorta dei quali effettua l'analisi dei bisogni socio-sanitari dei cittadini istituzionalmente assegnata.

Dall'analisi dei bisogni, effettuata a livello delle Direzioni Aziendali di ASL e di Aziende pubbliche e private accreditate si possono sviluppare programmi e intese operative a livello provinciale, che vengono gestite da tavoli tecnici provinciali a cui partecipano professionisti (clinici, amministrativi o tecnici) delle Aziende, a seconda delle competenze e delle aree di applicazione. Ai tavoli tecnici compete concordare percorsi/processi e predisporre documenti di riferimento. Quanto definito è poi monitorato dall'ASL, che si avvale dei suoi funzionari addetti al controllo, per effettuare verifiche anche sul campo.

In tema di continuità assistenziale per esempio è stato definito di recente a livello provinciale un percorso condiviso e integrato per le dimissioni protette, che ha coinvolto anche medici dell'area Riabilitazione e infermieri di Direzione Medica dell'azienda Bolognini, a fronte del quale la Direzione Medica dell'Ospedale di Seriate ha effettuato la revisione documentale della procedura aziendale di riferimento.

In ambito di prevenzione anche la nostra azienda svolge attività di screening mammografico (Convenzione attiva dal 2000) colon rettuale (dal 2005).L'attività di screening mammografico è stata oggetto nel maggio 2010 di una verifica da parte dell'ASL presso la Radiologia dell'Ospedale di Seriate, sulla scorta della quale è emersa l'indicazione a presidiare la formazione specifica dei medici radiologi coinvolti per garantire le competenze necessarie e gli standard richiesti. Di conseguenza è stata pianificata dall'U.O. Formazione la partecipazione a corsi tenuti in autunno in una regione vicina alla nostra.

L'Azienda svolge un ruolo di primo attore nella raccolta di informazioni quando analizza l'opportunità di avviare nuove attività/strutture, eventualmente presentando all'ASL istanza di accreditamento secondo quanto previsto dalla normativa regionale.

In questo caso l'U.O. Flussi Informativi, il Controllo di gestione e l'U.O. Gestione Risorse Umane con la collaborazione del SITRA, predispongono analisi di costi/opportunità basate su modelli di Total Quality Management per orientare le scelte della Direzione Aziendale.

Le informazioni in grado di interpretare i bisogni dei cittadini vengono raccolte sistematicamente anche attraverso le indagini periodiche di Customer satisfaction e dall'analisi sistematica dei reclami e degli encomi: l'U.O. Qualità effettua semestralmente analisi di customer satisfaction producendo report che mettono in grado i vari livelli dell'organizzazione di individuare e attuare piani di miglioramento.

Il ruolo centrale svolto dai **professionisti** nell'ambito del Marketing (vedi punto 1.4) li pone come interlocutori privilegiati anche in termini di ascolto dei bisogni: esso si traduce nella attivazione di servizi ad hoc nati da specifici bisogni rilevati sul campo.

Per esempio a partire dagli anni 2005-2006 le ostetriche e i ginecologi dell'UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di Seriate registravano un enorme afflusso di utenti soprattutto straniere per visite di controllo in corso di gravidanza fisiologica. Si tratta per lo più di cittadine indigenti che non si recano, come consuetudine nel nostro territorio, dallo specialista nello studio privato.

Per dimensionare il problema si è considerata la percentuale di parti (su un totale aziendale di oltre 3000 parti/anno) di cittadine non italiane presso le nostre strutture (Seriate: 40%; Alzano: 27%; Piario 19%).

Per ottimizzare la gestione anche in termini di tempi di attesa e di appropriatezza delle prestazioni erogate la Direzione Sanitaria, d'intesa con la Responsabile Sitra, ha deciso di attivare nel 2006 l'**ambulatorio ostetrico per la gravidanza fisiologica**, affidato alle ostetriche che vedono così valorizzate le loro competenze e potenzialità professionali. La priorità di Seriate rispetto alle altre UU.OO. di Ostetricia è stata determinata dai numeri delle utenti.

Vista la positiva esperienza nel 2009 l'ambulatorio è stato attivato anche presso l'Ospedale di Alzano. Per il 2011 è prevista l'attivazione presso l'Ospedale di Piario

Da anni veniva offerta presso l'U.O. Gastroenterologia dell'Ospedale di Seriate un'attività di assistenza post dimissione al paziente stomizzato, ciò grazie all'iniziativa personale e alle competenze del coordinatore infermieristico. La richiesta era in aumento. La Direzione Sanitaria e la Responsabile SITRA, raccogliendo anche l'input dell'Associazione italiana Stomizzati, hanno ritenuto di strutturare **ambulatori infermieristici per la gestione post-dimissione del paziente stomizzato** in tre Ospedali dell'azienda (Seriate, Alzano, Lovere e Piario), coinvolgendo alcuni Chirurghi e le Dietiste, previa attività formativa di addestramento condotta dall'infermiere esperto, che ha anche dato riconoscimento e soddisfazione personale allo stesso. Gli ambulatori sono attivi a regime dal 2009; la loro attività è monitorata attraverso indicatori di risultato:

- numero di pazienti visti rispetto ai dimessi: valore obiettivo almeno 80%; dato 2009: 84%;
- numero pazienti che non presentavano dermatiti: valore obiettivo  $\geq 80\%$ ; dato 2009: 82%.

Il progetto ha vinto il Premio Qualità Aziendale 2009.

## **2.2 Sviluppare, rivedere e aggiornare politiche e strategie tenendo in considerazione i bisogni dei portatori di interesse e le risorse disponibili**

L'attività interna di **monitoraggio delle performance dell'organizzazione** è svolta congiuntamente dall' U.O. Flussi Informativi per i dati di attività, dall'U.O. Controllo di Gestione per i dati di produttività e di costo (insieme alla Farmacia per i costi dei consumi sanitari), dall'U.O. Qualità per gli indicatori di performance qualitativa.

Una reportistica standard sulla produzione e sui costi che è evoluta affinandosi negli anni parallelamente all'evoluzione del processo di budget, viene messa mensilmente a disposizione della Direzione Strategica e del Comitato di Budget.

La direzione strategica effettua valutazioni in ordine alla coerenza con gli obiettivi aziendali e definisce eventuali interventi correttivi/integrativi che vengono presentati ai Responsabili di U.O. direttamente dalla Direzione Strategica in incontri specifici.

I piani di azione vengono poi approfonditi dal punto di vista tecnico con i Responsabili di singole U.O. e/o con le UU.OO. di ciascun Ospedale a cura del Direttore Sanitario, con il supporto del Controllo di Gestione e dei Flussi Informativi.

Per esempio nell'Agosto scorso, a seguito di dati che evidenziavano una produzione dei ricoveri in linea con l'obiettivo, ma senza margini di sicurezza rispetto al risultato finale, il Direttore Generale ha convocato tutti i Primari per condividere una linea strategica di impegno nel mantenere i livelli di attività in termini di ricoveri budget: un decremento della stessa avrebbe messo a rischio il raggiungimento dell'obiettivo di produzione contrattato con l'ASL.

Successivamente il Direttore Sanitario e i due Responsabili di Flussi Informativi e Controllo di gestione hanno effettuato incontri nei singoli Ospedali presentando i dati e l'analisi delle tendenze. La produzione dei mesi di settembre e ottobre ha fatto registrare un incremento significativo del margine di sicurezza (+ 300.000 euro).

Lo stesso approccio, basato su analisi sistematiche di dati di costo/attività e di valutazione dei bisogni e delle risorse disponibili è utilizzato per le **decisioni strategiche di forte impatto esterno**.

A titolo esemplificativo si sintetizza di seguito il percorso seguito per la **riorganizzazione dei punti nascita**, priorità aziendale in linea con le indicazioni normative, considerato che erano presenti 5 punti nascita/ 7 Ospedali e che 3/5 presentavano volumi di attività inferiori ai minimi previsti (500/anno).

Alcuni precedenti tentativi di razionalizzazione si erano sempre scontrati contro la dura ed inamovibile opposizione delle forze politiche locali e delle organizzazioni sindacali.

Da un'analisi di mercato sull'offerta dei punti nascita a livello provinciale e sulla distribuzione dei ricoveri per parto risultò che erano attivi nella Bergamasca 10 punti nascita. Di questi 4 avevano effettuato meno di 500 parti e solo uno di essi non faceva parte della nostra Azienda. Complessivamente nei nostri Ospedali erano stati effettuati 2896 parti nei confronti delle donne residenti nella Bergamasca, pari al 31,2% dei parti provinciali complessivi. A tale numero andavano aggiunte 301 donne provenienti da fuori provincia, il che portava ad un totale di 3197 parti.

Veniva a questo punto condotta un'analisi dettagliata sulle provenienze delle partorienti che afferivano alle strutture aziendali per Distretto sanitario di appartenenza, in modo da vedere la quota di mercato aziendale.

I dati mostravano che il bacino d'utenza della nostra Azienda era ben localizzata nella parte nord-orientale della Provincia di Bergamo, corrispondente ai Distretti Sanitari della Valle Seriana superiore, Lovere, Valle Seriana, Val Cavallina, Seriate e Sarnico, dove la quota di mercato assorbita era chiaramente superiore alla maggioranza assoluta. Vi era anche una certa attrazione nei confronti dei Distretti di Grumello e Bergamo, mentre le quote delle altre aree risultavano molto modeste.

Vennero condotte anche valutazioni sui costi DRG legati al parto, basati sull'esame analitico dei costi di un campione significativo di cartelle cliniche. I risultati evidenziano che per i punti nascita di Seriate ed Alzano vi era un sostanziale equilibrio fra la tariffa regionale di remunerazione nei confronti dei costi sostenuti. I punti nascita di Clusone, Lovere e Sarnico evidenziavano invece un evidente disavanzo economico. Fu stimato che il rapporto costi/ricavi per i DRG relativi al parto era di 2,3 per l'Ospedale di Sarnico, 1,9 per quello di Lovere e 1,7 per quello di Clusone.

La decisione finale fu di chiudere i punti nascita di Lovere e Sarnico, mantenendo in funzione quello di Clusone per motivi di natura sociale (l'Ospedale era situato in una vasta area di alta montagna con una situazione viaria decisamente precaria, specialmente nei

mesi invernali. Il punto nascita più vicino sarebbe risultato quello di Alzano L.do, ad oltre 30 chilometri di distanza).

Assunte le decisioni strategiche grande attenzione fu data alla comunicazione, che fu condotta in modo trasparente esplicitando nei confronti delle forze istituzionali, politiche e sindacali le motivazioni alla base della chiusura dei punti nascita di Lovere e Sarnico.

In particolare sono stati rappresentati i seguenti aspetti:

- il numero dei parti era, ampiamente inferiore ai 500 annui e ciò, a prescindere dagli aspetti normativi, avrebbe comunque condizionato in senso negativo la qualità del servizio offerto;
- l'analisi di mercato aveva dimostrato che non vi erano realistiche possibilità di incrementare tale numero di parti, in quanto la domanda sarebbe rimasta stabile anche nel medio-lungo periodo, i bacini d'utenza dei due punti nascita erano decisamente limitati e le capacità di attrazione da altre aree erano praticamente nulle;
- i costi di esercizio erano elevati, costituivano all'incirca il doppio del finanziamento regionale per gli specifici DRG ed erano destinati a crescere notevolmente per garantire gli standard di personale previsti dall'accreditamento;
- il rispetto dei requisiti dell'accreditamento avrebbe anche imposto l'adeguamento strutturale dei reparti con costi di ristrutturazione per svariati miliardi;
- la diminuzione dei punti nascita avrebbe permesso di concentrarne le risorse nei 3 rimasti in attività, consentendo un notevole miglioramento qualitativo.

La chiusura del punto nascita di Sarnico venne effettuata nel giugno 1998, mentre quella del punto nascita di Lovere nel marzo 1999.

Nella tabella che segue ci sono i dati relativi ai parti effettuati in Ospedali aziendali nel 1998 e nel 2009. E' ben evidenziabile come, nonostante la chiusura di due punti nascita, i parti risultino incrementati del 4,7%.

Ospedale	Parti anno 1998	Parti anno 2009
Seriate	1333	1743
Alzano	940	1143
ex Clusone ora Piario	371	460
Lovere	345	0
Sarnico	208	0
TOTALE	3197	3346

### 2.3 Implementare le strategie e le politiche nell'intera organizzazione

Gli obiettivi strategici ed operativi vengono tradotti nell'intera organizzazione attraverso il **sistema degli obiettivi di budget** che sono differenziati per dipartimento e per specifica Unità Operativa soprattutto per quanto riguarda gli obiettivi di qualità e i relativi standard di risultato.

Peraltro dal 2008 gli obiettivi delle U.O. di cura sono differenziati tra personale medico e personale tecnico/infermieristico. La direzione strategica ha infatti accolto l'input del SITRA a definire con maggior chiarezza le responsabilità delle due professionalità nel raggiungimento degli obiettivi di U.O. e quindi i compiti assegnati, per cui possono venir assegnati obiettivi coincidenti, ma con peso diverso o addirittura obiettivi diversificati.

### 2.4 Pianificare, attuare e rivedere le attività per la modernizzazione e l'innovazione

L'**innovazione e la modernizzazione** sono sostenute da un'azione culturale che motiva e orienta al cambiamento gli operatori.

Tale azione si è sviluppata negli anni con iniziative formative ad hoc, via via pianificate nel contesto dei Piani formativi aziendali e rivolte a tutti gli operatori dell'Azienda. Di seguito si riporta una tabella da cui si evince un investimento notevole negli anni dal 2005 al 2009 in iniziative riguardanti la riorganizzazione aziendale, nonché il miglioramento del clima e della comunicazione interna.

N. iniziative di formazione (residenziali e sul campo) effettuate	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (*)
<b>Riorganizzazione aziendale</b> (Sviluppo di una nuova cultura per la modernizzazione e l'innovazione attraverso la formazione, il benchmarking, la creazione di laboratori per l'apprendimento ...).	2	8	5	9	22	25	15	20	13	7
<b>Clima e comunicazione</b>	2	7	7	6	9	9	8	7	14	7

(\*) Dato non completo  
Sono agli atti gli elenchi delle iniziative effettuate per ogni anno.

Di pari passo con la riorganizzazione dell'azienda secondo il modello a rete è stata realizzata nel tempo l'**innovazione tecnologica**. La priorità che è stata assegnata dalla Direzione aziendale al tema dell'innovazione conferma la sensibilità rispetto al ruolo

della tecnologia nel favorire la governabilità di unità diverse, territorialmente dislocate.

Parallelamente all'infrastruttura informatica è stato sviluppato un sistema informativo integrato clinico-gestionale-amministrativo, in grado di sostenere tutti gli aspetti dell'attività produttiva e di controllo aziendale. Sono stati attivati, e tuttora vengono costantemente sviluppati, interventi di riqualificazione e valorizzazione delle risorse umane e nuove forme di comunicazione verso l'interno e l'esterno dell'azienda (Intranet/Internet, portale aziendale, ecc.).

Gli investimenti aziendali complessivi nel triennio 2008-2010 ammontano a circa 7 milioni di euro.

La responsabilità della conduzione del sistema informativo aziendale e della definizione della strategia è affidata ad un team tecnico/manageriale collocato in staff alla Direzione Generale, a testimonianza della strategicità e del ruolo trasversale rispetto a tutte le funzioni aziendali assegnato dalla Direzione al Servizio Informatico.

La politica aziendale in tema di innovazione tecnologica è presentata in dettaglio nei documenti strategici (Piano Strategico e di Organizzazione nelle varie versioni fino all'ultima del 2008) ed è oggetto di periodici aggiornamenti informativi e di valutazione con la direzione strategica e con i Responsabili amministrativi e sanitari, anche sulla scorta di specifici input regionali (progetto CrSS-SISS) o di integrazioni richieste dalle U.O./servizi per una migliore performance.

A fronte di un mercato sempre più ricco di proposte e di una maggior attitudine dei professionisti ad avvalersi di nuove tecnologie, la Direzione Aziendale ha ritenuto opportuno attivare la Commissione di Valutazione delle richieste di acquisizione di nuova tecnologia HTA (operativa dall'agosto 2010), composta da professionisti, tecnici e clinici, interni ed esterni all'Azienda.

L'implementazione del piano segue - ove applicabili - le norme di standardizzazione e interoperabilità ISO/CEN/UNI e le raccomandazioni di DigitPA, dell'Autorità per la protezione dei dati personali e degli altri Enti coinvolti.

Lo stato attuale dei servizi informatici comprende:

- **area amministrativa:** la gestione completa ed integrata di tutti gli aspetti amministrativi, contabili e finanziari, il protocollo informatizzato, la gestione delle risorse umane, il magazzino, la logistica e la gestione delle tecnologie biomedicali, il collegamento con gli Osservatori regionali per la gestione delle gare, degli acquisti e dei pagamenti;
- **area clinico-amministrativa:** la gestione della base anagrafica di riferimento, il sistema di prenotazione CUP multicanale (sportello, call center, farmacie, MMG, Internet), il sistema di accettazione di pazienti (ADT), la gestione dei flussi di rendicontazione alle Autorità regionali di controllo, il sistema di reporting interno e di controllo di gestione;

- **area sanitaria:** il sistema di order-entry dal reparto (CPOE), i sistemi verticali dipartimentali di gestione del laboratorio, radiologia/PACS, Pronto Soccorso, ambulatori, ecc. il sistema di gestione dell'attività di sala operatoria e vari applicativi verticali di gestione dei dati clinici, inclusa la gestione di reti integrate di patologia e il supporto ai servizi aziendali di telemedicina;

- **area comunicazione e interfaccia con l'utenza:** rete Intranet, portale aziendale web, piattaforma di formazione a distanza (FAD) per i corsi interni, video-conferenza tra le sedi aziendali, posta elettronica certificata, accessi via call center regionale con servizi avanzati quali le chiamate outbound e i messaggi SMS all'utente a conferma della prenotazione effettuata.

Alcune **priorità**, nell'ambito della dinamica prevista dalle linee-guida regionali per il SISS, rispondono alle specificità dell'azienda, caratterizzata da presidi distribuiti su un territorio vasto. A tal proposito un'attenzione particolare è stata rivolta:

- allo sviluppo di strumenti di integrazione per quelle funzioni aziendali che devono istituzionalmente operare in maniera coordinata (ad esempio CUP) e per i sistemi dipartimentali che interessano servizi trasversali all'intera azienda (es. laboratorio, farmacia, radiologia/PACS, Pronto Soccorso, ecc.);
- allo sviluppo di strumenti di gestione dell'informazione clinico-scientifica, quali la distribuzione di linee-guida di riferimento e protocolli EBM, la biblioteca elettronica, le procedure di qualità e di controllo dell'appropriatezza
- alle procedure di controllo degli accessi interni/esterni e di sicurezza dei dati.
- all'identificazione di sicurezza del paziente tramite braccialetto ottico e RFID

Gli **ambiti di sviluppo** avviati attualmente sono:

- gli strumenti di monitoraggio e controllo della produzione, con un sistema di indicatori di produzione e di risultato collegati ad un data-warehouse e organizzati sotto forma di cruscotti aziendali orientati alle diverse funzioni operative e di controllo (reporting e flussi informativi, ottimizzazione dei processi di reparto, gestione integrata della sala operatoria e ottimizzazione dei relativi flussi di pazienti e risorse impiegate, ecc.), con riferimenti di benchmarking intra- ed extra-aziendali;
- la costruzione per gradi dei componenti di una cartella clinica elettronica multidimensionale organizzata per processi;

La Direzione Aziendale, considerata la collocazione geografica degli Ospedali e il bacino d'utenza montano e disperso sul territorio, ha aderito fin dal 2007 ad importanti **progetti proposti dalle Regione nell'ambito della TELeMedicina Ai piccoli COMuni lombardi (TELEMACO)**.

I progetti denominati “ Telemaco ” attivi nell’Azienda presso l’ospedale di Piario e Seriate, sono due:

1. la **Tele-sorveglianza per sei mesi post dimissione per i pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva ( BPCO)**
2. La **Telesorveglianza per sei mesi post dimissione per i pazienti affetti da scompenso cardiaco**

L’obiettivo dei progetti è quello di mettere al centro del processo clinico/assistenziale il paziente , soprattutto se anziano e domiciliato nei piccoli comuni delle aree montane, evitandogli faticosi spostamenti presso le strutture sanitarie e/o contrastando i fenomeni di spopolamento dei piccoli comuni situati in zone disagiate della provincia.

In questi ultimi mesi grazie ai risultati clinico-scientifici conseguiti, il modello organizzativo di erogazione delle prestazioni di telemedicina è stato applicato anche ad altre aree e formalizzato dalla Regione Lombardia nell’area dei percorsi sperimentali denominati “ **NUOVE RETI SANITARIE** ”.

Di seguito si riporta la tabella indicante il numero dei pazienti dell’Azienda Bolognini che hanno concluso il percorso semestrale negli anni.

<b>Telesorveglianza BPCO</b>		
<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Stima Pazienti 2011</b>
5	10	15

<b>Telesorveglianza SCC</b>		
<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Stima Pazienti 2011</b>
5	8	20

Secondo i dati della casistica regionale il progetto BPCO ha permesso di raggiungere importanti risultati :

- una riduzione dei ricoveri ospedalieri

	<b>Numero</b>	<b>Per percorso</b>
Ospedalizzazioni causa pneumologica	70	0,18
Ospedalizzazioni causa NON pneumologica	47	0,12
Decessi per causa pneumologica	4	0,01
Decessi per causa NON pneumologica	6	0,02
Riacutizzazioni senza ricovero	300	0,77

Su 393 pazienti complessivi partecipanti al progetto BPCO, secondo i dati della Regione sono poche le ospedalizzazioni per causa pneumologica, ci sono state riacutizzazioni gestite senza ricovero, trattate a domicilio.

- un buon livello di soddisfazione della qualità della vita del paziente in termini di qualità percepita

<b>Domande (valutazione 1=peggiore, 5=migliore))</b>	<b>Media ± dev. St.</b>
1. In complesso come valuta il servizio?	4,7 ± 0,6
2. Ha trovato facile usare il saturimetro?	4,7 ± 0,5
3. Le è capitato di avere difficoltà a contattare il servizio?	5,0 ± 0,2
4. Com'è stato il rapporto con il suo infermiere di riferimento?	4,7 ± 0,6
5. Le indicazioni ed i suggerimenti ricevuti dalle infermiere sono stati chiari?	4,5 ± 0,6
6. E' soddisfatto del modo in cui il servizio le ha permesso di affrontare i momenti di crisi?	4,9 ± 0,4
7. Si sente più rassicurato da quando ha accesso al servizio?	4,3 ± 0,7
8. Da quando ha aderito al servizio, contatta più spesso o meno spesso il suo medico di base?	3,7 ± 0,7
9. Crede che l'accesso al servizio abbia migliorato la sua vita?	3,8 ± 0,9
10. Crede che l'accesso al servizio abbia aiutato la sua famiglia o le persone che le sono vicine?	3,8 ± 0,9

Anche relativamente al progetto scompenso, su 130 pazienti partecipanti si sono registrate poche ospedalizzazioni e pochi accessi al Pronto Soccorso; sussiste inoltre evidenza statistica che i parametri clinici al termine dei sei mesi sono migliori di quelli in ingresso.

<b>Outcome</b>	<b>Ingresso</b>	<b>Uscita</b>	<b>Differenza</b>	<b>Significatività</b>
Ejection Fraction	31,8	40,2	+8,4 (+26,5%)	p-value: 0,000
Walking Test Minnesota	351	363	+11,8 (+3,3%)	p-value: 0,052
QoL	42,5	23,5	-19,1 (-44,8%)	p-value: 0,000

Secondo la valutazione dei professionisti dell’Azienda (Cardiologi e Internisti dell’Ospedale di Piario e di Seriate) questo approccio costituisce una eccellenza da implementare nel futuro.

## CRITERIO 3: Personale

### 3.1 Pianificare , gestire e potenziare le risorse umane in modo trasparente in linea con le politiche e le strategie.

La programmazione dei fabbisogni di personale è evoluta negli anni passando dalla gestione della “ Pianta Organica “ alla gestione dei fabbisogni .

L’Aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale ha favorito questo cambiamento vincolando le direzioni alla definizione puntuale e sistematica delle necessità in termini di risorse umane in relazione alle attività documentate. Quindi non più teoriche piante organiche rigide ma fabbisogni flessibili e condizionati al livello di produzione monitorato dagli organismi regionali .

L’Azienda, nel rispetto delle diverse disposizioni normative nazionali e regionali, e considerate le misure contenute nelle leggi finanziarie che hanno pesantemente condizionato negli ultimi anni le procedure di reclutamento e assunzione di personale, ha provveduto alla programmazione del fabbisogno del personale, inizialmente con cadenza annuale, mentre l’ultimo calcolo (vedi tabella seguente) è stato effettuato, come da indicazione regionale, sul triennio 2009/2011.

Piano triennale fabbisogni	2009	2010	2011
infermieri	1008	1012	1015
Tecnici Sanitari	205	207	207
OSS	174	175	175
Ausil e tecnici	310	310	310
Comparto am.vo	204	204	204
<b>COMPARTO</b>	<b>1.908</b>	<b>1.908</b>	<b>1911</b>
Medici	340	340	340
Dirig Tec. Amm P	15	15	15
Dirig san non med	28	28	28
<b>DIRIGENTI</b>	<b>383</b>	<b>383</b>	<b>383</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2.291</b>	<b>2.291</b>	<b>2.294</b>

Il fabbisogno definito dall’Azienda e approvato da Regione Lombardia con Delibera di Giunta Regionale n. 9933 del 29/07/09 rappresenta il tetto massimo inderogabile all’interno di ognuna delle macro classi di profili professionali indicati.

Pianificare il personale significa prevedere, in termini quantitativi e qualitativi, quali saranno le necessità di personale nel medio periodo. Ciò pone evidentemente delle difficoltà, poiché è difficile – se non impossibile – fare previsioni puntuali e razionali a fronte delle evoluzioni del mercato esterno, della tecnologia, della normativa, ecc..

In questo senso, l’Azienda per pianificare e monitorare in merito al dimensionamento del proprio organico e in base alle concrete contingenze interne ed esterne ha costruito uno strumento informatico che, interrogato, risponde in tempo reale sulla situazione dell’organizzazione, come da esempio sotto riportato:

### Rapporto del personale in servizio alla data del 26.10.2010

Macroclasse di profilo	Situazione risorse PT Eff	Obiettivo al 31/12/10	Differenza Effettiva	Situazione risorse Teste
San.Comp.-Personale infermieristico	968,33	1.012,00	-43,67	1.048,00
San.Comp.-Personale tecnico sanitario	110,69	116,50	-5,81	124,00
San.Comp.-Personale vigili ispezione	1,00	1,00	0,00	1,00
San.Comp.-Personale della riabilitazione	75,52	83,50	-7,98	88,00
Tecn.Comp.-Assistenti sociali	6,89	7,50	-0,61	8,00
Amministrativo Comparto	191,74	204,00	-12,26	205,00
Tecn.Comp.-Ota/OSS	188,94	195,19	-6,25	199,00
Tecn.Comp.-altro personale	169,31	179,00	-9,70	176,00
Tecn.Comp.-Ausiliari S/A	77,89	82,31	-4,42	89,00
Tecn.Comp.-Ausiliari T/E	25,19	27,00	-1,81	27,00
<b>Totale gruppo Comparto</b>	<b>1.815,51</b>	<b>1.908,00</b>	<b>-92,49</b>	<b>1.965,00</b>
San.Comp.-Personale infermieristico	0,50	0,00	0,50	1,00
Dirigenza medica veterinaria	334,65	340,00	-8,35	334,00
Dirigenza sanitaria	26,16	28,00	-1,84	27,00
Dirigenza professionale tecnica	4,50	5,00	-0,50	5,00
Dirigenza amministrativa	7,00	10,00	-3,00	7,00
<b>Totale gruppo Dirigenza</b>	<b>369,81</b>	<b>383,00</b>	<b>-13,19</b>	<b>374,00</b>
<b>Totale generale</b>	<b>2.185,31</b>	<b>2.291,00</b>	<b>-105,69</b>	<b>2.339,00</b>

Personale di Ruolo=personale incaricato+personale di ruolo con incarico+suppersonale in sommo presso AO Bolognini

La Direzione Aziendale persegue una politica tesa alla valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso la riconversione di personale già assegnato a servizi aziendali no-core esternalizzate (lavanderia), la stabilizzazione del personale precario assunto con contratto a tempo determinato, l’introduzione di sistemi di promozione e remunerazione ad hoc, come nel caso dell’emergenza infermieristica

In questo ultimo decennio tutte le Aziende Ospedaliere soprattutto dell’Italia del Nord hanno dovuto fare i conti con il cosiddetto fenomeno della “ **emergenza infermieristica** “ ovvero con il problema legato alla carenza di risorse infermieristiche sul mercato , dovuta ad una serie di motivi che non si elencano , non ultimo la riduzione dei giovani diplomati con il passaggio dalla formazione regionale a quella Universitaria.

Negli anni in cui molte aziende usufruivano di Cooperative e Società fornitrici di servizi infermieristici esterni, l’Azienda progettava un sistema, imitato successivamente anche da altre aziende, per utilizzare sempre i propri infermieri per attività aggiuntive e remunerate ad hoc.

Il progetto denominato “ Rientri Urgenti “ prende vita nel 2000, attraverso accordi di CCIA (contrattazione collettiva integrata aziendale), si traduce in un Regolamento Aziendale e mette a disposizione una quota considerevole del fondo di produttività collettiva per remunerare il disagio dei dipendenti che, per coprire turni rimasti vacanti a seguito di assenze improvvise, venivano richiamati in servizio dall’assenza programmata per riposo o ferie.

Nel giugno 2001 il progetto è stato rivisto, riservandolo ai soli infermieri e definendo il nuovo valore del rientro urgente (euro 200,00 per giornata o turno lavorato).

Gli obiettivi erano

- Reperire personale infermieristico, “nella fase di carenza infermieristica” a seguito di scopertura di turni per improvvise assenze

- Incentivare il personale a rispondere alle chiamate rendendo appetibile il valore economico della chiamata;
- Non far ricadere sul fondo lavoro straordinario le ore maturate per rientri urgenti che si intendono quindi al di fuori del debito orario e remunerate solo attraverso il gettone per chiamata;

Questo accordo ha permesso di far fronte ad un periodo di scarse risorse infermieristiche senza incremento di costi sul bilancio dell'Azienda.

Il monitoraggio costante degli andamenti, e le modifiche nel mercato (con difficoltà di reclutamento inferiori rispetto al passato) hanno poi determinato una modifica del regolamento rientri urgenti che dal 01/01/2008 è stato così modificato :

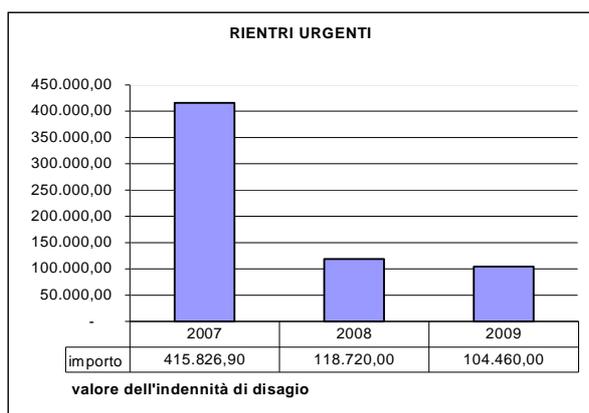
- Se il rientro viene effettuato entro le 24 ore fra la chiamata e l'inizio del turno viene riconosciuta una indennità pari a €60,00;
- Se il rientro viene effettuato fra le 24 e le 72 ore fra la chiamata e l'inizio del turno viene riconosciuta una indennità pari a €40,00;

Le ore lavorate con il rientro entrano nella banca delle ore e ne seguono il destino.

Oltre le 72 ore non vi è riconoscimento di alcuna indennità ma la modifica della turnazione mensile dovrà risultare dal prospetto turni.

Viene considerevolmente ridotto il valore economico del gettone d'indennizzo e le ore maturate vengono considerate ore straordinarie solo se effettivamente producono un incremento rispetto al dovuto a consuntivo a fine mese.

In questi anni si l'Azienda è riuscita a gestire il problema dell'emergenza infermieristica e nel contempo a contenere la spesa, come dimostra il grafico che si riporta di seguito.



La valorizzazione delle risorse professionali passa attraverso la costruzione di percorsi di carriera, chiari trasparenti e documentabili. Le regole sono quelle dettate dalle normative nazionali e dai contratti collettivi di lavoro per le specifiche Aree, oltre che dagli accordi inseriti nei contratti integrativi aziendali.

L'Azienda effettua periodicamente la **graduazione delle posizioni dirigenziali** sulla base:

1. delle articolazioni aziendali previste nel POA, in linea con quanto previsto dal D. Lgs. 502/92 e dalle leggi regionali di organizzazione;
2. dai criteri generali stabiliti dal CCNL;
3. della loro compatibilità con le risorse del fondo di posizione.

L'Azienda, attraverso il Responsabile della Gestione Risorse Umane, pianifica all'inizio di ogni anno, in considerazione degli obiettivi generali da conseguire e alle scadenze degli stessi o a nuove posizioni dirigenziali, l'attribuzione degli incarichi dirigenziali tenuto conto dell'importo dei fondi a disposizione.

L'Azienda conferisce gli incarichi dirigenziali, sulla base dell'art. 27 del CCNL come integrato dagli accordi di contrattazione decentrata a livello locale, sulla base delle tipologie e nei limiti massimi delle quantità numeriche sotto riportate:

	Livello		N. Posizioni Max Attribuibili in A.O.
RISERVATE ALL'AZIENDA	A1	Dipartimento	
	A2	Struttura complessa	50
	B1	Unità Funzionale Aziendale	8
	B2	Struttura semplice	24
GRADUAZIONE INCARICHI FRA DIRIGENTI EX 1° LIVELLO SU PROPOSTA DEL RESPONSABILE DI STRUTTURA	C1	Incarico professionale ad alta specializzazione aziendale	60
	C2	Incarico professionale ad alta specializzazione di unità operativa	65
	D1	Incarico di natura professionale + di 5 anni	80
	D2	Incarico di natura professionale - di 5 anni	75

A riguardo è predisposto un apposito Regolamento per la definizione dei criteri e delle procedure per l'affidamento e per la revoca degli incarichi dirigenziali, concordato con le organizzazioni sindacali.

L'Azienda sottopone a specifica valutazione i titolari di incarichi dirigenziali sulla base di quanto previsto dalle vigenti normative contrattuali.

L'attribuzione degli incarichi di responsabilità avviene sempre e comunque sulla base di specifiche scelte organizzative e si conforma, inoltre, ai principi della trasparenza e della certezza del diritto, precisando le modalità di affidamento delle strutture ai dirigenti e definendo per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni ed i conseguenti atti amministrativi che

impegnano l'azienda verso l'esterno, che vengono loro delegati o attribuiti e l'ambito oggettivo e soggettivo di tali attribuzioni.

In tema di valorizzazione del capitale umano, il **sistema di valutazione** dell'Azienda è attivo nella sua configurazione attuale sin dal 2002.

Gli **strumenti** utilizzati sono:

per il **COMPARTO** 13 schede di valutazione, elaborate con il contributo di gruppi di lavoro -coordinati dal Settore Valutazione e dal SITRA - composti da esponenti del SITRA, che tengono conto dei diversi profili professionali e, dunque, delle diverse specificità in termini di posizione, prestazione, potenziale. La struttura e la logica delle schede sono spiegate in un "manuale per valutati e valutatori", il cui ultimo aggiornamento risale a dicembre 2008.

I valutatori del SITRA, prevalentemente personale Coordinatore, seguono periodicamente corsi di formazione relativi alla delicata e strategica funzione di valutazione a loro attribuita.

La valutazione effettuata a cadenza annuale vede coinvolti un centinaio di valutatori (Dirigenza Medica, Non -medica, Coordinatori SITRA e Dirigenti amministrativi) e il settore valutare ogni anno lavora circa 2000 schede (predisposte, distribuite, raccolte, controllate, inserite nel programma del personale, archiviate nei fascicoli personali) per un totale di circa 18.000 documenti cartacei.

Per la **DIRIGENZA** gli strumenti utilizzati sono:

Per la **valutazione annuale** (competente il Nucleo Aziendale di Valutazione -NAV- in seconda istanza): **una scheda di valutazione articolata in 4 indicatori** (ripresi dal CCNL) uguale per tutti i dirigenti

Per la **valutazione periodica** (fine incarico, scatti per esclusività e equiparazione - fino al CCNL 1998/2001 anche triennale): **una scheda per i dirigenti NON di struttura e una per i dirigenti di struttura** (le schede si differenziano negli indicatori per la dirigenza sanitaria e APT e nei pesi attribuiti, che sono diversi per i dirigenti di struttura rispetto a quelli non di struttura).

Anche per la dirigenza è stato elaborato un manuale con le spiegazioni del sistema di valutazione e dei singoli indicatori utilizzati.

**Altri strumenti** sono stati predisposti per accompagnare valutatori e valutati nel percorso di valutazione: diario della prestazione, incontri di formazione, istruzioni specifiche sulla base di indicazioni dell'alta dirigenza.

Dal 2002, anno della sua implementazione, il sistema non ha presentato particolari criticità: è stato utilizzato per i passaggi di fascia del comparto, per erogare la retribuzione di risultato e le Risorse Aggiuntive Regionali, per costruire le graduatorie delle selezioni interne, per la riconferma degli incarichi dirigenziali, per le posizioni organizzative.

Il sistema di valutazione descritto ha consentito di NON effettuare alcuna distribuzione a pioggia della retribuzione di risultato e degli importi della produttività individuale, anticipando quanto disposto dal d.l.vo 150/2009 al quale l'Azienda si sta integralmente

adeguando. La distribuzione del fondo della produttività individuale e delle quote della retribuzione di risultato è stata effettuata parametrando gli importi su diversi fattori (presenza in servizio, raggiungimento degli obiettivi, punteggio della valutazione), realizzando di fatto una distribuzione per fasce di merito (anche in questo caso in anticipo su quanto previsto dal decreto 150/2009).

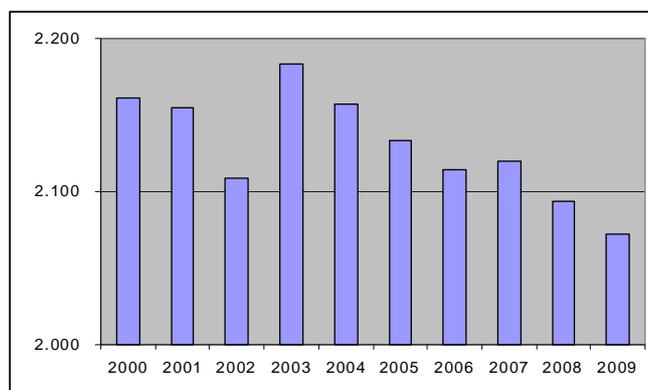


Fig. 1 dipendenti del comparto valutati nel periodo 2000/2009

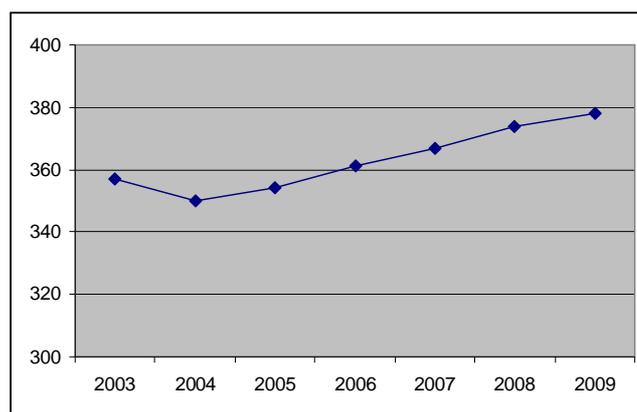


Fig. 2 dipendenti dell'area della dirigenza valutati nel periodo 2000/2009

Nel corso degli anni è aumentata la capacità di differenziare le valutazioni.

I valutatori, grazie anche all'aggiornamento e all'attività di sensibilizzazione svolta direttamente dalla Direzione Aziendale, in particolare dalla Direzione Sanitaria, hanno progressivamente maturato la consapevolezza che "differenziare" le valutazioni e considerare un range più ampio portava a aumentare il "valore" della valutazione stesso. A riguardo, a dimostrazione del progressivo differenziarsi delle valutazioni, si riportano le valutazioni dell'ultimo triennio dei Responsabili di UU.OO., suddivisi per Dipartimento (la colonna "valutati" corrisponde al nominativo criptato del dirigente valutato).

DIPARTIMENTO	2007	2008	2009	VALUTATI
CHIRURGICO	100,00	70,00	70,00	1
		60,00	55,00	2
	100,00	77,50	80,00	3
	100,00	75,00	85,00	4
	100,00	77,50	80,00	5
	80,00	75,00	80,00	6
	100,00	70,00	80,00	7
	100,00	75,00	80,00	8
	85,00	70,00	70,00	9
		70,00	80,00	10
		100,00	70,00	80,00
MATERNO INFANTILE	89,70	80,00	80,00	1
	85,00	85,00	80,00	2
	82,50	77,50	75,00	3
	60,00	70,00	70,00	4
	95,00	80,00	80,00	5
MEDICO	100,00	80,00	80,00	1
	100,00	85,00	80,00	2
	100,00	80,00	80,00	3
	100,00	85,00	82,50	4
	100,00	95,00	80,00	5
		70,00	80,00	6
	100,00	85,00	80,00	7
		85,00	80,00	8
	100,00	90,00	85,00	9
RIABILITAZIONE	100,00	90,00	80,00	1
	100,00	90,00	80,00	2
	100,00	90,00	92,50	3
EMERGENZA ACCETTAZIONE	100,00	100,00	97,50	1
	100,00	95,00	97,50	2
DEI SERVIZI	100,00	97,50	90,00	1
	100,00	95,00	85,00	2
	100,00	92,50	80,00	3
	100,00	97,50	90,00	4
FARMACIA	100,00	90,00	90,00	1
DIRETTORI DIPARTIMENTO	100,00	90,00	90,00	1
	100,00	90,00	90,00	2
	95,00	90,00	90,00	3
	100,00	90,00	90,00	4
	97,50	90,00	82,50	5
	100,00	90,00	90,00	6
	100,00	92,50	75,00	7
DIRETTORI MEDICI DI PRESIDIO	70,00	70,00	70,00	1
	100,00	90,00	90,00	2
	100,00	90,00	90,00	3
MEDIA VALUTAZIONE	96,09	83,50	82,06	
DIPARTIMENTO AMM.VO	100,00	87,50	87,50	1
	100,00	90,00	90,00	2
	100,00	87,50	87,50	3
	97,50	90,00	90,00	4
	100,00	90,00	90,00	5
MEDIA VALUTAZIONE	99,50	89,00	89,00	

Per dare una risposta adeguata alle **esigenze personali e alle problematiche dei dipendenti** l'Azienda ha definito nel contratto integrativo aziendale dell'Area del Comparto una strategia ad hoc, basata su un'analisi di genere: l'Azienda ha alle sue dipendenze 2333 dipendenti di cui 1723 donne; di queste il 53% risulta avere una età compresa tra 23 anni e 45 anni.

Solo il 9% riveste qualifiche del ruolo amministrativo ed è quindi organizzato sul turno a "giornata"; il resto risulta ricoprire qualifiche per le quali è necessario turnare sulle 12 / 24 ore.

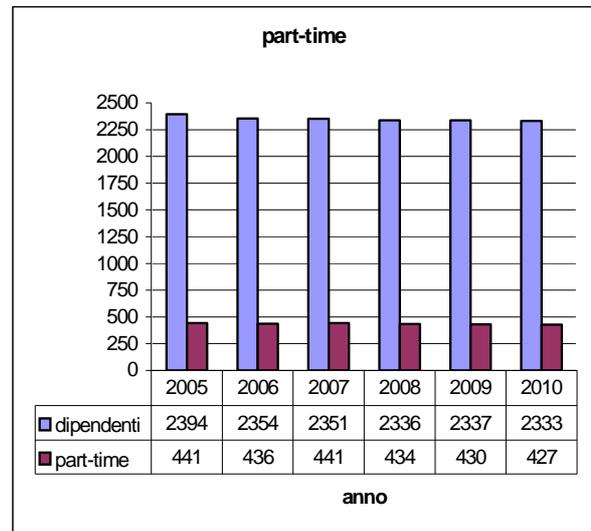
E' sorta quindi la necessità di dare risposte concrete alle esigenze personali dei dipendenti quale incentivo, soprattutto alle figure dei "professionisti" (infermieri, tecnici di laboratorio e di radiologia, ecc...), al mantenimento della scelta dell'Azienda Bolognini come datore di lavoro e disincentivare la ricerca di altre soluzioni lavorative in un mercato sbilanciato sull'offerta dei posti di lavoro per tale professionalità.

All'inizio del 2000 i dipendenti part-time erano 303 e rappresentavano l'11,96% del totale .

Dal 2001 c'è stato un costante impegno dell'azienda a modificare l'organizzazione per poter accogliere più domande possibili di **part-time** fino a raggiungere, per

molti profili ( infermieri, ostetriche ecc ) la percentuale massima del 25 % prevista dai contratti.

In questi ultimi 5 anni la situazione si è stabilizzata intorno al 18,5 % sul totale complessivo dei profili, come si può vedere nel seguente grafico.



La gestione dei part-time è regolata da un accordo contenuto nel Contratto integrativo aziendale e tradotto in regolamento che prevede di tener conto, nella formulazione della graduatoria, dei seguenti criteri di precedenza:

- Famigliari che assistono persone portatrici di handicap non inferiore al 70%, ovvero persone in particolari condizioni psico-fisiche o affette da gravi patologie, anziani non autosufficienti;
- Genitori con figli minori, in relazione al loro numero.

Le graduatorie formulate sono valide sino ad esaurimento, fermo restando l'integrazione delle stesse a fronte di nuove domande, **privilegiando il principio delle situazioni individuali evidenziate dai dipendenti e non quello** cronologico della data della domanda.

Una gestione delle risorse flessibile consente un'allocazione coerente con le necessità organizzative. Nel corso degli anni la caratteristica multi presidio dell'Azienda è stata trasformata in opportunità che ha permesso di implementare una cultura della gestione flessibile delle risorse ormai pienamente accettata anche dai dipendenti che a volte vengono " spostati " temporaneamente o definitivamente di sede per motivi organizzativi, a volte per rispondere a loro specifiche esigenze e richieste ufficiali di trasferimento.

Per meglio regolamentare queste necessità ambivalenti, a partire dall'anno 2004 l'Azienda sottoscrive con le organizzazioni sindacali dell'area del comparto l'accordo di CCIA che regola la **mobilità all'interno dell'azienda**.

Il Regolamento definisce varie tipologie di Mobilità.

In caso di mobilità *d'ufficio* vengono previsti specifici riconoscimenti (Indennità Kilometrica, Polizza Kasko, Indennità attualmente di 12 € per ogni giornata lavorativa prestata presso la nuova sede erogata).

Presidio	N° richieste in uscita			Trasf effettuati in uscita		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Seriante	58	77	80	45	63	36
Alzano	12	19	21	15	12	9
Gazzaniga	7	8	12	2	5	4
Piario	18	17	21	7	7	6
lovere	7	6	2	4	6	2

Nella tabella sopra riportata si dimostra come la mobilità intra aziendale sia una realtà consolidata e permetta di rispondere alle esigenze degli operatori contemperando contestualmente le necessità aziendali.

La valorizzazione delle professionalità passa anche attraverso la necessità di **sperimentare nuovi modelli organizzativi** tesi ad una migliore efficienza/efficacia. Tale necessità ha determinato un'evoluzione che nel 2006 ha portato il Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale (SITRA) ad avviare la sperimentazione del modello organizzativo per settori (che avrebbe sostituito il modello prevalentemente per compiti), partendo dall'U.O. di Medicina dell'Ospedale di Seriate.

In un incontro con tutto il personale infermieristico dell'U.O. venne condiviso il progetto e formati tre gruppi di lavoro con il mandato di rivedere il piano di lavoro di ogni turno impostando un modello di tipo funzionale e di aggiornare i relativi protocolli e procedure (che peraltro erano già stati precedentemente implementati prevedendo l'inserimento delle figure di supporto, OSS).

I piani iniziali avevano definito un modello organizzativo tipo piccole équipes, che tuttavia non è stato realizzato per l'impossibilità di aumentare la dotazione organica. Il piano di lavoro è stato allora rivisto, riorganizzando le attività, cercando di eliminare attività frammentate e attribuibili ad altri operatori.

L'efficacia del modello è stata testata con una indagine di clima organizzativo effettuata prima e dopo la sperimentazione, da cui in particolare emergeva che prima la percezione degli infermieri era di svolgere il 58% di attività proprie, ovvero relative esclusivamente all'assistenza infermieristica. Dopo la modifica del modello organizzativo tale percentuale è aumentata arrivando al 72%.

A quel punto la Direzione SITRA ha ritenuto di estendere gradualmente il modello ad UU.OO. del Dipartimento Medico e Chirurgico ( Ospedale Seriate: Medicina, Neurologia, Chirurgia, Ortopedia; Ospedale di Gazzaniga: Riabilitazione Generale Geriatrica e Riabilitazione Neuromotoria; Ospedale di Piario: Medicina; Ospedale di Lovere : Medicina , Chirurgia, Urologia , Ortopedia).

Nel 2009 la Regione Lombardia, con la DGR 9014 del 20 febbraio 2009, ha ritenuto opportuno agevolare, in termini organizzativi, gestionali e funzionali, l'erogazione di servizi omogenei per quanto riguarda la complessità assistenziale. Ciò ai fini di una maggiore appropriatezza dei ricoveri, oltre che razionalizzazione della rete ospedaliera regionale.

La Direzione Aziendale, effettuata un'analisi organizzativa sull'impatto del nuovo modello, sentito il Collegio di Direzione, ha ritenuto che l'evoluzione naturale del modello per settori possa essere proprio l'organizzazione per aree omogenee basata sulla durata della degenza e sulla complessità assistenziale, ed ha inviato una proposta all'ASL inerente l'accreditamento di 3 aree omogenee chirurgiche (ospedale di Lovere, ospedale di Alzano, ospedale di Seriate).

Le prime due in pratica sono una formalizzazione di una gestione per area omogenea che già era in corso da alcuni anni , la terza invece è in fase finale di progettazione.

A seguito di alcuni interventi normativi nazionali e regionali viene istituita nel 2001 una nuova figura di supporto, l' **Operatore Socio Sanitario** (di seguito denominato OSS) .

In Regione Lombardia alle figure di supporto già esistenti ( ASA e OTA ) viene data la possibilità di riqualificarsi all'interno delle Aziende. L'Azienda ha colto tempestivamente questa opportunità e negli anni 2002 e 2003 sono state attuate n. 6 edizioni del corso che hanno al termine portato alla riqualificazione di n. 130 operatori ( 95% ), inquadrati successivamente come Operatori Socio Sanitari (OSS) nella categoria Bs.

L'istituzione dell'OSS è strettamente legata al processo di valorizzazione della professione infermieristica , che da studi nazionali risultava essere impiegata per percentuali intorno al 50% in maniera impropria.

Terminata la fase formazione e riqualificazione degli operatori è stato costruito un percorso per un inserimento corretto e pianificato nelle attività assistenziali, con lo scopo di rivedere le modalità di attuazione del processo di assistenza infermieristica recuperando la peculiarità professionale dell'infermiere, ed è pertanto partito il Progetto di inserimento delle figure di supporto nel processo assistenziale. Gli operatori infermieristici hanno individuato le specifiche attività infermieristiche e quelle potenzialmente attribuibili ed assegnabili all'OSS sia per competenza che per abilità acquisita ed hanno elaborato i protocolli assistenziali relativi alle attività affidabili all'OSS che fanno parte integrante della documentazione di qualità di cui al punto 5.1.

### 3.2 Identificare, sviluppare ed utilizzare le competenze del personale allineando gli obiettivi individuali a quelli dell'organizzazione

L'adesione da parte dell'Azienda Ospedaliera al "Programma regionale di valutazione delle Aziende

Sanitarie” 2006 – 2007 (vedi punto 5.1) ha costituito l’input per:

- mappare le competenze e definire gli ambiti di autonomia dei Dirigenti medici e sanitari non medici (privilegi)
- definire le job description delle posizioni lavorative dei numerosi profili professionali afferenti al S.I.T.R.A.

Il lavoro relativo alla **mappatura delle competenze e alla definizione dei privilegi** è iniziato nell’anno 2005. Con il coordinamento del Responsabile Qualità e il supporto del Responsabile Gestione Risorse Umane sono stati attivati gruppi di lavoro per Dipartimento, nei quali i professionisti hanno condiviso una scheda standard attraverso cui sono definiti gli ambiti di autonomia organizzativa (rapporti coi familiari, compilazione della cartella clinica, sostituzione del Responsabile di U.O) e di autonomia professionale, quali le procedure che il singolo professionista è autorizzato ad eseguire (per esempio, per il chirurgo gli interventi per cui è primo operatore, per il radiologo l’esecuzione o meno di esami ad alta tecnologia, per lo psicologo i tipi di colloquio a cui è abilitato ecc). Attualmente sono in uso 7 schede standard.

Le schede sono compilate dal Responsabile gerarchico (Responsabile di UU.OO. per i professional) e firmate per presa visione dal professionista. Sono revisionate almeno ogni tre anni e fanno parte integrante del contratto di assunzione del dipendente; esse costituiscono lo strumento base per pianificare lo sviluppo delle competenze professionali attraverso l’addestramento per affiancamento in U.O. o all’esterno, presso strutture di eccellenza (vedi punto 5.3). Lo strumento “schede dei privilegi” costituisce peraltro un cardine dei programmi aziendali in tema di sicurezza del paziente e gestione del Rischio Clinico. Allo stato attuale le schede di privilegi sono predisposte e regolarmente aggiornate per ognuno dei 226 professional (dirigenti medici e sanitari non medici senza incarichi di struttura).

L’U.O. Qualità e il Settore Valutazione stanno valutando insieme ai Direttori di Dipartimento l’opportunità di correlare i criteri della scheda di valutazione annuale con la scheda dei privilegi.

Quanto alle **job description**, il lavoro di analisi e descrizione del SITRA è proceduto per gruppi di lavoro aziendali, che hanno portato a definire nell’anno 2006:

- Infermiere di degenza ordinaria per acuti
- Infermiere di degenza ordinaria per riabilitazione
- Infermiere di UU.OO. degenza diurna ( Day Hospital e Day Surgery)
- Infermiere dei servizi con attività programmata a ciclo diurno, continuo, urgenza
- Operatore Socio Sanitario di degenza e servizi
- Tecnico Sanitario di Laboratori biomedico
- Ostetrica – (revisionata nel 2007)

Nell’anno 2007

- Fisioterapista
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Infermiere Pediatrico
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Educatore professionale e Tecnico sanitario dell’educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale
- Puericultrice
- Ausiliario socio sanitario addetto ai servizi assistenziali
- Coordinatore Infermieristico, Tecnico e della Riabilitazione di U.O. di Degenza – Servizi di Diagnosi e Cura
- Responsabile Infermieristico, Tecnico e della Riabilitazione di area dipartimentale – Dipartimento di tipo funzionale
- Tecnico sanitario di neurofisiopatologia
- Ortottista – Assistente di oftalmologia
- Tecnico Audiometrista
- Logopedista
- Terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva
- Assistente sociale

Le job description,, recepite nel 2010 a livello aziendale quale documento ufficiale del sistema qualità, si sono rivelate uno strumento utile nella fase di inserimento del neoassunto e/trasferito.

Obiettivo del SITRA per il 2010 è implementare gli standard di valutazione del personale SITRA coerentemente con le job description.

In tema supporto e assistenza ai nuovi dipendenti l’Azienda ha proseguito per circa un biennio nell’inserimento del personale neoassunto come prevedeva la consuetudine di ogni sede ospedaliera. Gradualmente, attraverso l’elaborazione di una serie di documenti e recependo le norme di accreditamento e gli standard del progetto Joint Commission (vedi punto 5.1) si è provveduto ad elaborare un percorso sistematico e uniforme, specifico per le diverse figure professionali inseribili in Azienda. Ad esempio, per quanto riguarda il personale afferente al Servizio Infermieristico, inizialmente si è elaborata una scheda di valutazione, propria per le diverse figure professionali e di supporto all’assistenza, scheda utilizzabile principalmente nel periodo di prova.

Successivamente il SITRA ha elaborato una procedura all’interno della quale specificando obiettivi di inserimento a breve, medio e lungo termine, per ogni figura professionale e di supporto si è definito un percorso valutabile a cura del coordinatore e autovalutabile dal neo inserito stesso.

Detta procedura si è integrata in un più articolato percorso aziendale all’interno del quale diverse aree offrono il loro contributo nel favorire e agevolare l’inserimento. Sempre a titolo esemplificativo, il Servizio Prevenzione e Protezione presenta i principali rischi presenti in ospedale, le modalità e i dispositivi per prevenire possibili problemi, l’U.O. Personale presenta informazioni di carattere contrattuale –

amministrativo che possono agevolare il neo inserito nel conoscere meglio l'organizzazione aziendale...

Oltre ad incontri di gruppo e individuali il neoinserto può contare oggi su un supporto informatico (CD) che gli consente, in ogni momento, di reperire le informazioni necessarie.

L'Azienda ha individuato nella **formazione** un importante strumento per la valorizzazione del professionista. Il Responsabile dell'U.O. Formazione elabora annualmente il Piano formativo sulla base dei bisogni e delle proposte espressi a livello di Dipartimento, secondo l'orientamento indicato dalla Direzione Aziendale, che definisce priorità e budget dedicato (1-1,5% del Bilancio aziendale). Il Piano viene sottoposto alla valutazione del Comitato Aziendale per la Formazione (composto da professionisti dell'Azienda e da esperti esterni, tra cui il Rettore dell'Università di Bergamo) e delle Organizzazioni Sindacali e poi approvato entro la fine dell'anno precedente a quello di applicazione.

La formazione continua del personale dipendente è distinta in:

**A - Formazione e aggiornamento obbligatorio** che riguarda tutte le iniziative che rientrano nella formazione permanente orientata sia all'acquisizione di nuove conoscenze tecnico-culturali o all'affinamento di conoscenze già possedute, che all'acquisizione di competenze organizzative/gestionali/relazionali che consentano una maggiore qualità e appropriatezza dei processi produttivi.

**B- Formazione e aggiornamento facoltativo** che comprende quelle iniziative non ritenute prioritarie rispetto alle linee di indirizzo dell'anno in corso, ma per le quali si evidenzia comunque un'utilità per la crescita professionale connessa all'attività di servizio.

A partire dal 2004, il Sistema ECM Regione Lombardia ha fornito ai professionisti della salute la possibilità di approfondire le proprie conoscenze e rivalutare le competenze attraverso l'introduzione della formazione sul campo (D.G.R. VII/18576 del 05/08/04).

Questa nuova tipologia di formazione consente agli operatori sanitari di valorizzare i momenti formativi strettamente connessi all'attività lavorativa, ma richiede lo sviluppo di metodo e competenze nuove che aiutino il professionista a trasformare una pratica lavorativa in evento formativo.

Sulla scorta delle direttive regionali, la pianificazione formativa si pone l'obiettivo di valorizzare la formazione sul campo e quindi le opportunità formative effettivamente praticabili nel contesto organizzativo aziendale, aprendo una possibilità di riconoscimento nell'ambito di programmi ECM. I progetti di formazione sul campo realizzati in Azienda consistono prevalentemente in:

- attività di audit clinico per migliorare la qualità clinico-professionale e per il controllo del rischio clinico;

- definizione o revisione di protocolli relativi ai percorsi clinici di U.O. o trasversali più rilevanti (vedi punto 5.1);
- iniziative orientate ad integrare nella pratica clinica ed assistenziale i dati della letteratura scientifica, le prove di efficacia (EBM-EBN) e le Best-Practices.

Nell'ottica della sperimentazione di momenti di crescita professionale differenti da quelli tradizionali sono stati attivate **iniziative e-learning** nell'ambito del progetto "Rete telematica per la formazione a distanza (FAD) e per la gestione delle conoscenze dei professionisti della salute del programma speciale di ricerca ex art. 12/03" in collaborazione con il Consorzio Italiano per la Ricerca in Medicina (anno 2005/2006: - "Le infezioni ospedaliere": n. 75 partecipanti; - "Formazione del personale che opera in ambiti professionali direttamente connessi con l'esposizione medica /D.L.gs 187/00": n. 120 partecipanti).

### 3.3 Coinvolgere il personale attraverso lo sviluppo del dialogo e dell'empowerment

La Direzione Strategica ha sempre ritenuto elemento strategico per il successo dell'intera organizzazione il coinvolgimento e l'ascolto del personale, al punto di strutturarlo attraverso **l'attuazione dell'indagine di clima e della indagine di soddisfazione degli operatori interni**. Le indagini sono effettuate dall'U.O. Qualità, in collaborazione con il Responsabile Gestione Risorse Umane e si rivolgono a tutti i dipendenti dell'Azienda.

L'indagine di clima è finalizzata alla valutazione del clima organizzativo e del benessere dei dipendenti.

L'indagine di soddisfazione degli operatori interni indaga il grado di soddisfazione dei Responsabili di Unità Operativa (Primari) e dei Coordinatori Infermieristici (Caposala) verso le UU.OO. sanitarie, tecniche e amministrative di supporto; indaga inoltre la soddisfazione reciproca tra i Responsabili delle strutture di supporto principalmente in termini di comunicazione e collaborazione.

Gli strumenti di indagine (Questionario di clima e Questionario di Soddisfazione degli operatori interni) sono stati definiti in fase iniziale sulla scorta del lavoro di focus group interni, cui partecipano, oltre al Responsabile Qualità e Responsabile Gestione Risorse Umane, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e rappresentanti dei professionisti (medici, personale SITRA, amministrativi e tecnici) e uno psicologo esperto. Di volta in volta il gruppo rivede il questionario sulla scorta di eventuali criticità di comprensione rilevate o lo integra in base all'input della Direzione Strategica o alle modifiche dell'assetto organizzativo.

L'indagine di soddisfazione degli operatori interni si svolge ogni due anni (2003,2005,2007,2009) e si alterna all'indagine di clima (2004, 2008 e 2010 in corso).

I risultati delle indagini vengono elaborati dal gruppo di lavoro per la predisposizione di un report da sottoporre alla valutazione della Direzione Strategica e del

Responsabile Gestione Risorse Umane, sulla scorta del quale la Direzione stabilisce le linee di indirizzo per il miglioramento.

Per quanto concerne l'indagine di clima, una relazione sintetica sui risultati e il conseguente indirizzo della Direzione viene inviata a tutti i dipendenti insieme allo stipendio.

Per quanto riguarda la soddisfazione degli operatori interni, ogni U.O. di supporto riceve il report di dettaglio, in cui sono evidenziati gli ambiti di forza e quelli valutati come critici, confrontati rispetto al loro andamento nel tempo; sulla scorta del report definisce azioni/progetti di miglioramento specifici.

La realizzazione di azioni di miglioramento è oggetto di verifica nel contesto delle verifiche della qualità; l'efficacia delle stesse trova riscontro nei risultati dell'indagine successiva.

Nell'anno 2006 la Direzione Aziendale ha deciso di includere i progetti di miglioramenti definiti sulla scorta dell'indagine 2005 tra i progetti obiettivo aziendali destinatari di Risorse Aggiuntive Regionali; l'attribuzione del corrispettivo economico è avvenuta dietro riscontro effettivo del miglioramento atteso nei risultati del questionario somministrato nel 2007.

L'empowerment del personale avviene anche attraverso la consultazione dei rappresentanti del personale.

La Direzione Strategica ritiene infatti che **i rapporti con le Organizzazioni sindacali** rappresentano uno strumento indispensabile per la corretta gestione e valorizzazione della risorsa umana.

A tal fine l'Azienda assicura la tempestiva e corretta applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) e attua la fase di contrattazione aziendale integrativa nella quale sono regolate tutte le materie e gli istituti ad essa demandati dal C.C.N.L.

Più in generale, non solo la contrattazione ma tutto il sistema di relazioni sindacali a livello decentrato nelle sue diverse forme, informative, partecipative e contrattuali ha il compito di rendere trasparente e partecipato il processo di cambiamento organizzativo.

La caratteristica delle Relazioni Sindacali Aziendali nell'Azienda è data dalla frequenza degli incontri al tavolo della trattativa sindacale (15 nel 2007, 22 nel 2008, 12 nel 2009) con particolare riguardo all'area del "comparto".

L'assoluta snellezza delle delegazioni trattante dell'Azienda individuata nella figura del Responsabile delle risorse Umane, assistito di volta in volta dai responsabili degli uffici coinvolti negli argomenti all'ordine del giorno, rende possibile soddisfare le frequenti richieste avanzate dai rappresentanti sindacali, siano essi Responsabili territoriali o Rappresentanti Sindacali Unitari; ben al di là delle materie proprie della contrattazione.

La disponibilità della Delegazione Trattante Aziendale rende fluide le relazioni sindacali in ordine al capitolo dell'informazione.

I rappresentanti sindacali oltre al coinvolgimento sistematico derivante dall'assidua frequenza delle riunioni trovano nel rappresentante delegato dell'Azienda l'interlocutore competente (ed assistito) per le problematiche relative all'organizzazione del personale, materia quest'ultima particolarmente a cuore della R.S.U. aziendale.

Il sistema delle relazioni sindacali interne all'Azienda ha come obiettivo quello di contemperare il miglioramento delle condizioni di lavoro e della crescita professionale dei dipendenti nell'organizzazione del lavoro e migliorare in termini quali/quantitativi l'offerta dei servizi e delle prestazioni erogate alla collettività allo scopo di incrementare e mantenerne elevata l'efficienza e l'efficacia e la necessità di avere un sistema di relazioni sindacali stabile.

## CRITERIO 4: Partnership e risorse

### 4.1 Sviluppare e implementare relazioni con i partner chiave

Tra i partner di cui al punto 2.1 la Direzione Aziendale ha individuato partner privati che si sono rivelati strategici nel tempo.

L' Azienda Bolognini infatti presentava al suo nascere criticità (vedi la presentazione) tali da imporre scelte organizzative e programmatiche decisamente radicali. In particolare la necessità di conseguire l'equilibrio economico ha portato la Direzione Aziendale alla scelta di affidare a privati la gestione di presidi o di "pezzi" di attività che appesantivano la gestione caratteristica dell'azienda, il suo conto economico e non presentavano, oggettivamente, alcuna possibilità di sviluppo dato il contesto di risorse limitate disponibili.

Una prima esperienza positiva, utilizzando lo strumento della sperimentazione gestionale, formalmente autorizzato da Regione Lombardia in attuazione di quanto previsto dall'art.9bis del Decreto legislativo n.502/92, è stata avviata presso l'Ospedale di Sarnico nel gennaio 2002.

Sulla scorta dei risultati conseguiti, la Direzione Strategica ha attivato e completato altre tre rilevanti iniziative di partenariato pubblico – privato.

Tutte e quattro le sperimentazioni sono state oggetto di concertazione con le organizzazioni sindacali che a loro volta hanno portato ai tavoli negoziali le istanze dei professionisti delle strutture coinvolte e sono state approvate dalla Regione Lombardia con provvedimenti formali.

I progetti attuati hanno riguardato:

- la realizzazione di un centro di riabilitazione polifunzionale multizonale presso l'ospedale Faccanoni di Sarnico
- il potenziamento dell'ospedale S. Isidoro di Trescore Balneario;
- il potenziamento e la gestione dei servizi di nefrologia e dialisi dell'Azienda;
- la creazione e la gestione di un Centro di eccellenza per la cura dei malati di Alzheimer presso l'ospedale Briolini di Gazzaniga.

Si tratta di iniziative innovative, rispetto alle quali l'Azienda Bolognini si colloca in posizione di assoluto rilievo all'interno del sistema lombardo.

### SARNICO

Già nel 1996 il Comune di Sarnico e l'allora Azienda USSL n.12 di Bergamo avevano ipotizzato di realizzare un reparto di riabilitazione all'interno dell'ospedale di Sarnico e di connotare stabilmente in tal senso il presidio (dotato al tempo dei servizi e delle specialità di base).

Nel Piano Strategico Triennale 1999 –2001 l'azienda pianificava l'espansione a regime da 90 posti presenti nel presidio a complessivi 124 posti a regime, concentrando l'incremento nei posti di quelle che un

tempo venivano definite riabilitazione (da 22 a 69 posti) e lungodegenza (da 10 a 30 posti).

La sperimentazione ha avuto concreto avvio con l'accreditamento del partner privato Fondazione Centro italiano Studi e ricerche per la prevenzione della patologia da lavoro e sport di Milano, avvenuto il 1.1.2002.

### TRESCORE BALNEARIO

L'Ospedale di Trescore Balneario, già oggetto di precedenti interventi riorganizzativi, nel 2000 disponeva di complessivi 77 posti letto, di cui 73 ordinari (41 di medicina generale e 32 di riabilitazione) e 4 di day hospital (tutti di medicina generale); al suo interno erano attivi anche un day hospital oncologico, il servizio di NPI, il CAL, il servizio di radiologia e un punto prelievi (che non hanno formato oggetto della sperimentazione, che ha invece incluso, oltre che l'attività di degenza, l'attività ambulatoriale erogata nel poliambulatorio operante all'interno della struttura).

In linea con il Piano Strategico, che evidenziava la necessità di accentuare la vocazione riabilitativa dell'Ospedale, in particolare per quelle attività al tempo definite di lungodegenza e, a seguire, di riabilitazione generale-geriatrica e di mantenimento.

Il progetto, che prevedeva la partecipazione della Fondazione Europea di ricerca Biomedica - FERB Onlus (individuata direttamente quale soggetto privato), è stato avviato il 12 maggio 2003.

L'accordo prevedeva che l'associante corrispondesse ad AO Bolognini un canone d'ingresso di € 200.000, un canone annuo incondizionato di € 620.000,00 per tutta la durata della sperimentazione, nonché una partecipazione agli utili determinata sulla base di una formula. Il partner privato doveva inoltre effettuare investimenti per circa € 2.269.000,00.

### SERVIZIO NEFROLOGIA E DIALISI

All'interno dell'Azienda operavano una Unità Operativa Nefrologia dotata di n.10 posti letto ed ubicata all'interno del Presidio di Seriate nonché 6 Centri Assistenza Limitata (CAL) ubicati rispettivamente nei presidi di Seriate (n.12 posti tecnici), Gazzaniga (6 posti tecnici), Trescore Balneario (11 posti tecnici), Sarnico (5 posti tecnici), Piario (7 posti tecnici) e Lovere (da attivare).

Sotto il profilo economico la gestione di questi servizi e dell'Unità Operativa rappresentava una delle maggiori componenti del disavanzo (a cui "contribuivano" nella misura di €321.169,00).

Inoltre gli studi epidemiologici evidenziavano nella provincia di Bergamo un numero di pazienti in trattamento dialitico superiore rispetto alla media regionale (nel 2001 si avevano 752 pazienti contro una media di 679).

Per queste ragioni è stato definito il progetto, che si proponeva di ampliare l'offerta di posti tecnici con un aumento complessivo dell'offerta pari a n.13 posti tecnici (come si evince dalla tabella di seguito riportata):

		2004	obiettivo
<b>Seriata</b>	C.D.O.	12	12
<b>Gazzaniga</b>	CAL	6	7
<b>Trescore Balneario</b>	SOD	11	12
<b>Sarnico</b>	CAL	5	5
<b>Piario</b>	CAL	7	9
<b>Lovere</b>	CAL	0	9

La sperimentazione è effettivamente partita in data 16.7.2004 con l'accreditamento dell'Ente gestore privato (Fondazione Orizzonte Onlus di Vaiano Cremasco).

Il partner privato doveva corrispondere ad AO Bolognini il 50% degli eventuali utili ed effettuare investimenti per circa €350.000,00.

### CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CURA DEI MALATI DI ALZHEIMER

Come tanti ospedali dotati delle specialità di base, anche l'Ospedale di Gazzaniga, ubicato nella media valle Seriana, è stato oggetto di un percorso di riconversione che lo ha portato ad assumere una connotazione tipicamente riabilitativa, con articolazioni nelle attività di riabilitazione motoria, cardiovascolare e respiratoria.. In considerazione della notevole disponibilità strutturale del presidio, dell'opportunità, offerta dal Piano Socio-Sanitario regionale 2002 – 2004, di costituire una rete delle strutture riabilitative e della domanda del territorio (completamente sprovvisto di strutture di questo tipo), la Direzione Aziendale ha ritenuto di avvalersi della possibilità offerte per creare (senza esborso economico e senza la necessità di acquisire l'indispensabile know-how specialistico) il nuovo Centro specialistico dotato di n. 22 posti letto (con l'obiettivo di attivare n.50 posti letto a regime), finalizzato ad assicurare l'assistenza e la cura ai malati di Alzheimer nonché la diagnostica differenziale delle demenze senili e la valutazione polifunzionale delle demenze in genere, in modo da determinare gli interventi più adeguati al singolo caso (anche attraverso lo studio delle compatibilità farmacoterapeutiche).

Il progetto ha avuto concreto avvio nel mese di giugno 2005, con l'accreditamento dell'Ente privato gestore (FERB Onlus di Milano).

### LA FORMULA GIURIDICA ADOTTATA

Dal punto di vista giuridico, tutte le iniziative di partenariato pubblico-privato attuate dall'Azienda ospedaliera Bolognini hanno utilizzato l'istituto dell'associazione in partecipazione, costituita per la durata di tre anni (rinnovabile) che ha visto AO Bolognini nella veste di associato e il partner privato nella veste di associante.

Come noto, il contratto di associazione in partecipazione è disciplinato dagli articoli 2459 e seguenti del codice civile e lo schema negoziale prevede che una parte (associante) attribuisca ad un'altra (associata) una partecipazione agli utili della sua

impresa o di uno o più affari verso il corrispettivo di un determinato apporto (negoziato giuridico a prestazioni corrispettive).

Secondo la giurisprudenza prevalente tale apporto può essere di natura patrimoniale ma può anche consistere nell'apporto di lavoro ovvero avere contenuto misto (capitale/lavoro).

Altra caratteristica rilevante del contratto è quella per cui, ai sensi dell'art.2553, "salvo patto contrario, l'associato partecipa alle perdite nella stessa misura in cui partecipa agli utili"; non viene quindi preclusa la possibilità, sfruttata da A.O. Bolognini, di pattuire la completa esclusione dalle perdite, trasferendo integralmente il rischio d'impresa in capo al partner privato, a cui per contro compete, in qualità di associante ex art. 2552 la gestione dell'impresa o dell'affare.

Nel caso specifico gli obblighi dei due soggetti interessati sono i seguenti:

ASSOCIATO	ASSOCIANTE
<b>A.O. BOLOGNINI</b>	<b>Partner privato</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferimento delle strutture in cui viene erogata l'attività (Fabbricati)</li> <li>• Conferimento di beni mobili e di attrezzature</li> <li>• Apporto di personale dipendente attraverso l'istituto del comando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riconoscimento all'A.O. Bolognini della partecipazione agli utili</li> <li>• Esclusione dell'A.O. Bolognini dalle eventuali perdite</li> </ul>

### DOPO LA SPERIMENTAZIONE

Pensate come un tentativo di affrancarsi dai rigidi schemi organizzativi propri del servizio sanitario, le sperimentazioni sono state percepite dagli attori (ossia dalle aziende deputate ad erogare i servizi sul territorio) quali strumenti utili ad assicurare, in via principale, risorse economiche necessarie a favorire l'ammodernamento tecnologico e strutturale dell'offerta e ad acquisire elementi di efficienza gestionale.

Attraverso di esse l'Azienda ha ammodernato le strutture coinvolte sia sotto il profilo edilizio che tecnologico, ha incrementato l'offerta, ha ridotto i costi ed incrementato i ricavi.

Da un punto di vista strettamente economico i rapporti di partenariato con soggetti privati, che si sono tutti consolidati attraverso la stipula di contratti di associazione in partecipazione con partner privati individuati con formale procedura concorsuale ad

evidenza pubblica, hanno prodotto per l'azienda risultati inaspettati.

Se nella fase di sperimentazione vera e propria hanno comportato sostanzialmente una riduzione dei costi che gravavano sul conto economico aziendale per le attività interessate, senza apportare di fatto un significativo incremento delle entrate, nella fase di consolidamento hanno garantito un apporto di entrate certe assolutamente significativo, pari ad € 2.240.000,00 a titolo di canone annuo, come si evince dalla seguente tabella:

struttura	corrente in	oggetto	Maxicanone Ingresso una tantum	Canone annuo a regime non rivalutato ISTAT
F.E.R.B. ONLUS MILANO	TRESCORE BALNEARIO	canone incondizionato	0	980.000,00
HABILITA - Casa di cura CISERANO DI ZINGONIA	SARNICO	canone incondizionato	0	400.000,00
F.E.R.B. ONLUS MILANO per HALZHEIMER	GAZZANIGA	canone incondizionato	500.000,00	140.000,00
NEPHROCARE	Servizi di Nefrologia e Dialisi	canone incondizionato	0	720.000,00

Va inoltre segnalato che gli accordi stipulati a regime prevedono anche entrate variabili legate alla partecipazione agli eventuali utili di gestione.

A livello patrimoniale gli investimenti effettuati, specialmente quelli comportanti l'ammodernamento e l'adeguamento degli immobili, hanno determinato e determineranno, alla scadenza dei termini contrattuali previsti, un significativo incremento di valore per l'azienda. Questo risultato sarebbe stato oggettivamente non perseguibile da parte dell'azienda in assenza di adeguati investimenti, di fatto impossibili con risorse proprie ed in assenza di ulteriori finanziamenti dedicati di provenienza regionale o statale..

Il contratto di associazione in partecipazione ha assicurato la totale esclusione dell'Azienda da rischi economici correlati ad eventuali perdite di gestione, interamente addossate al gestore privato.

Rispetto al rischio clinico collegato alla qualità delle prestazioni erogate dal gestore privato, ferme restando le difficoltà a misurare ex ante questo aspetto, va ricordato che l'esperienza di A.O. Bolognini è stata caratterizzata dall'utilizzo di personale in larga parte già addetto alle attività oggetto di sperimentazione e che l'azienda, al di là degli aspetti contrattuali specifici, ha intessuto con i gestori privati una molteplicità di rapporti convenzionali attraverso ai quali è riuscita ad assicurare una sostanziale continuità di servizio ed a sfruttare le innovazioni apportate dal privato.

Significativa, in tal senso, la valutazione 2009 di Joint Commission International nel contesto del programma regionale di Valutazione delle Aziende Sanitarie di cui al punto 5.1, che su 146 standard valutati rispetto alla sperimentazione all'ospedale di Trescore ha evidenziato per 105 di questi l'obiettivo totalmente raggiunto, per 41 parzialmente raggiunto e per nessuno standard il mancato raggiungimento.

Per la Nefrologia e Dialisi, su 150 elementi misurati, ha evidenziato per 145 il completo raggiungimento degli obiettivi e per 5 il parziale raggiungimento.

Sotto il profilo occupazionale, grazie allo strumento giuridico utilizzato, A.O. Bolognini ha conferito tutto il personale originariamente assegnato alle attività la cui gestione è stata assegnata al partner privato, conservando in capo al medesimo il trattamento contrattuale in essere ma sgravandosi dei relativi costi, interamente a carico dell'associante.

## 4.2 Sviluppare e implementare relazioni con i cittadini/clienti

Dal 2007 la Direzione Strategica, ha affidato in particolare all'U.O. Marketing e Comunicazione e all'Ufficio Relazioni con il Pubblico la funzione di proporre e coordinare **Piani annuali di Comunicazione** interna ed esterna. Per quanto riguarda la comunicazione esterna il Piano prevede esplicitamente il coinvolgimento dei cittadini a due livelli: diretto e indiretto (tramite associazioni di rappresentanza)

E' a sistema da anni la realizzazione di indagini semestrali di **soddisfazione dell'utenza** effettuate tramite questionari ad hoc, differenziati per i vari servizi (ricoveri, ambulatori, front-office) oltre a questionari annuali specifici per tipologia di utenti (questionario per il Dipartimento di Salute Mentale, per il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, Questionario per le pazienti non italiane di Ostetricia e Ginecologia). I risultati vengono elaborati dall'U.R.P., che produce report sintetici per la Direzione Aziendale, report di dettaglio per Ospedale e per Unità Operativa, in modo da consentire ad ogni livello organizzativo l'individuazione e l'attivazione di attività di miglioramento. I questionari per i ricoverati, per i pazienti ambulatoriali e per il front office sono strutturati secondo le indicazioni regionali, il che consente un benchmarking interessante (vedi punto 6.1.), e sono ogni volta integrati con quesiti di interesse specifico aziendale definiti dall'URP su indicazione della Direzione Strategica (per esempio nel 2008 e 2010 indagine su canali informativi prevalenti utilizzati dagli utenti), del Tribunale dei Diritti del Malato e/o con leU.O. tecnico/amministrative per criticità particolari (per esempio Logistica Alberghiera per vitto e pulizie).

**La raccolta di suggerimenti, reclami ed encomi** è promossa presso spazi dedicati in ogni Ospedale: box URP presso ognuna delle cinque Direzioni Mediche, strutturati a partire dal 2005, a cui si è aggiunto nel 2007 il **Punto Informativo** presso l'Ospedale di Seriate (ospedale di riferimento), attivo dalle 7.30 alle 15.30 presso l'ingresso dell'Ospedale.

L'apertura di questo punto informativo è stata richiesta dall'URP e dalla Direzione medica dell'Ospedale di Seriate con l'obiettivo di accogliere e informare al meglio gli utenti che accedono quotidianamente per l'attività di prenotazione, ritiro referti, visite ambulatoriali e esami di laboratorio (almeno 1000 cittadini al giorno), anche in seguito ai lavori di

ampliamento strutturale che avevano reso necessario nuovi percorsi interni.

L'orario di apertura attuale è stato definito nell'ottobre del 2009 sulla scorta delle rilevazioni dei flussi per intervalli orari (meno di 15 utenti/die nell'arco orario 15.30/17.00 secondo una rilevazione 2009).

Le risorse dedicate al punto informativo sono state individuate dal Responsabile Gestione Risorse Umane con l'obiettivo di garantire le competenze richieste e la ricollocazione di risorse interne disponibili (una amministrativa proveniente dal CUP con limitazioni all'uso del computer, una operatrice del servizio interno di guardaroba lavanderia, che è stato esternalizzato nel 2009, opportunamente addestrata attraverso un periodo di affiancamento e supervisione), il che ha garantito professionalità e valorizzazione e soddisfazione dei due dipendenti (vedi politiche risorse umane punto 3.1).

Il punto informativo risponde ai bisogni informativi attualmente di circa 350 utenti/die (250/die nel 2007). Alla gestione del Punto Informativo collaborano con presenza attiva i volontari ospedalieri dell'AVO italiana, che effettuavano attività di accoglienza già a partire dal 2005 (vedi Audit Civico TDM 2004, al punto 6.2).

I suggerimenti/reclami vengono gestiti attraverso gruppi di lavoro/indagini interne, con l'individuazione di criticità eventuali e l'attivazione di azioni correttive specifiche; la risposta all'utente è inviata entro 15 giorni lavorativi. Un report annuale sintetico per la Direzione e uno di dettaglio per i singoli Ospedali consente analisi sistematiche ed eventuali interventi correttivi di sistema. (vedi punto 6.2).

L'Azienda sostiene **relazioni con le Organizzazioni di Volontariato** attive negli Ospedali dell'Azienda e nel territorio di riferimento, in particolare con i componenti della Direzione Provinciale del Tribunale dei diritti del malato di Bergamo, che sono stati formalmente individuati dalla Direzione (PG Gestione segnalazioni, reclami ed encomi rev 5 del maggio 2009) quali partner privilegiati dell'Azienda per la formulazione all'URP di proposte di miglioramento della qualità dei servizi anche in termini di umanizzazione e di soddisfazione e per la progettazione e attuazione di rilevazioni della qualità percepita, nonché l'aggiornamento periodico della Carta dei Servizi.

In particolare l'Azienda ha promosso un'intesa col TDM per l'attuazione sistematica dell'**Audit Civico**, strumento per eccellenza di verifica esterna da parte degli utenti e di confronto rispetto agli standard attesi (dettagli e risultati al punto 6.2).

Per assicurare una politica attiva e trasparente di informazione ai cittadini circa l'organizzazione, i processi, le responsabilità e i risultati aziendali, la Direzione Aziendale ha affidato all'U.R.P. e all'U.O. Marketing e Comunicazione l'obiettivo di riprogettare il sito **Internet Aziendale** (come da Piano di Comunicazione 2008) per una consultazione più agevole, maggior completezza e migliore interattività. Avvalendosi della consulenza tecnica del Servizio Informatico e del supporto di una società esterna

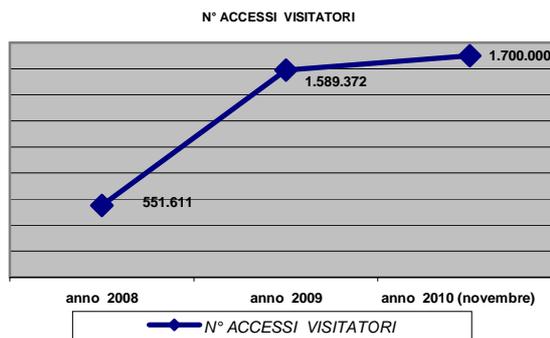
esperta, hanno attivato a riguardo un team di lavoro dedicato (Direzione Sanitaria, U.O. Qualità, referenti URP di ogni Ospedale, Responsabile U.O. Affari Generali e del Territorio, Referente CUP, rappresentante del Tribunale per i diritti del malato) che ha impostato la navigazione secondo il punto di vista dell'utente, nel quale trovano rilievo, tra gli altri, l'albo pretorio on line, bandi gare e appalti, concorsi e avvisi pubblici, costi unitari dei dispositivi medici, i bilanci aziendali, i contratti integrativi aziendali, nonché la sezione trasparenza valutazione e merito come richiesto dal Decreto legislativo 150/2009 (curriculum, presenze e retribuzioni dei dirigenti) implementata dal luglio 2009. Si riporta di seguito l'home page.



Una tecnologia semplice e leggera consente all'U.O. Qualità e dell'U.O. Marketing e Comunicazione l'aggiornamento in tempo reale.

Il sito è consultabile e valutabile all'indirizzo [www.bolognini.bg.it](http://www.bolognini.bg.it)

Gli accessi al sito sono in incremento, con un picco registrato nel 2009 che da evidenza di una maggior utilizzazione.



Anche la realizzazione della **Carta dei Servizi** si inserisce in questa filosofia: non è solo il frutto di un obbligo di legge, ma rappresenta la volontà di creare un Ospedale vicino al paziente e attento a soddisfarne i bisogni informativi. Il documento "Carta dei servizi", come prevista dalla normativa nazionale, è stato realizzato dal Nucleo Permanente della Carta in una prima edizione nel 1999, alla nascita dell'Azienda; revisionata nel 2002 e poi nel 2005, dal 2006 è aggiornata almeno annualmente (dal 2009 semestralmente); la revisione attuale è la numero 16 del 23 settembre 2010.

In particolare nel 2008, in occasione della riprogettazione del Sito Internet, il Nucleo ha rivalutato l'opportunità di produrre un documento cartaceo, concludendo, a fronte di un'analisi costo/beneficio, che sarebbe stato più opportuno:

- mantenere una versione elettronica aggiornata da pubblicare sul sito e rendere disponibile in versione cartacea all'utenza richiedente presso le Direzioni Mediche/referenti URP di Ospedale e il Punto Informativo (in effetti le richieste di consultazione del cartaceo sono inferiori a 10/anno)
- continuare ad implementare strumenti cartacei informativi di dettaglio (circa 50 pieghevoli di reparto/servizio, uno per ciascuna U.O., documenti/modulistica del CUP e dei Poliambulatori che vengono consegnati regolarmente agli utenti).
- provvedere alla traduzione multilingue del materiale informativo specifico per abbattere le barriere linguistiche.

A riguardo di quest'ultimo punto l'indicazione è stata recepita dall'URP e ricondotta tra gli interventi previsti dal Progetto "Ospedale Multiculturale", sviluppato nel contesto della Rete HPH, a cui l'Azienda aderisce e che è valso un riconoscimento particolare all'azienda da parte della Regione Lombardia (vedi punto 9.1).

#### 4.3 Gestire le risorse finanziarie

L'Azienda attua il processo di Programmazione Annuale. In questo modo ottiene:

- il rispetto dei bilanci preventivi approvati;
- il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario;
- il contenimento della spesa e della domanda all'interno delle risorse economiche assegnate;
- il contenimento del tasso di crescita dei costi di produzione compatibile con l'equilibrio di sistema regionale-nazionale.

Quanto sopra è possibile attraverso la piena integrazione del **Bilancio preventivo** con i **budget delle singole unità organizzative aziendali** (ricependo le regole di governo deliberate dalla Regione per ogni esercizio) e tramite il costante monitoraggio dell'andamento aziendale complessivo e la rendicontazione periodica a livello delle singole unità organizzative.

Al fine di procedere alla compilazione del bilancio di previsione avviene la contrattazione e assegnazione del budget trasversale di spesa ad ogni centro ordinatore di spesa (U.O.C. Approvvigionamenti, U.O.C. Risorse Tecniche, U.O.C. Farmacia, U.O.S. Sistema Informatico, U.O.S. Affari Legali, U.O.C. AA-GG Territorio, U.O.S. Formazione). In particolare, ad ognuno dei centri ordinatori di spesa è inviata la richiesta di compilare il budget annuale trimestralizzato preventivo per l'anno  $n+1$ . Sulla scheda che devono compilare sono riportati i risultati delle voci di costo/ricavi (spaccati in alcuni casi anche per centro di costo), afferenti le attività del servizio medesimo, al 3°

trimestre dell'anno  $n$  con la proiezione al 31/12/ $n$ . Sono poi riportate quattro colonne, una per ogni trimestre dell'anno  $n+1$ , ove indicare la previsione. Il prospetto compilato deve essere restituito entro i primi quindici giorni dell'anno  $n+1$ .

Sulla base dei dati così raccolti, l'Uoc Ragioneria procede all'assemblamento degli stessi e ne verifica la compatibilità con il livello di produzione, di contributi e di entrate proprie previste per l'anno  $n+1$ .

Nel caso le previsioni di spesa dei centri ordinatori risultino d'importo superiore all'ammontare complessivo dei ricavi previsti, la direzione strategica procede ad un'analisi delle diverse schede di budget al fine di individuare possibili riduzioni di spesa (ovvero maggiori entrate proprie) che possano portare l'Azienda al pareggio economico di bilancio.

A quadratura del bilancio di previsione avvenuta, ogni centro ordinativo di spesa riceve la propria scheda budget per l'anno  $n+1$ , che rappresenta il limite massimo di spesa autorizzata.

Il monitoraggio del mantenimento dell'equilibrio economico è effettuato periodicamente tramite lo strumento del **Conto Economico Trimestrale (CET)**. Il responsabile dell'Uoc Ragioneria invia, dai 15 ai 10 giorni prima il termine per la presentazione del CET in Regione Lombardia (entro 15 del mese successivo al trimestre di riferimento, quindi entro il 15 aprile  $n$ , 15 luglio  $n$ , 15 ottobre  $n$ , 15 gennaio  $n+1$ ), ad ogni centro ordinatore di spesa la scheda budget, di cui al bilancio preventivo, nella quale le previsioni trimestralizzate sono confrontate con le risultanze emergenti dalla contabilità (alimentate dalle fatture realmente ricevute), con l'invito di restituire le stesse indicando il livello di spesa al trimestre in analisi e la proiezione della spesa a chiudere l'intero anno, il tutto accompagnata da una relazione o da annotazioni nelle quali siano indicati i motivi per i quali ci sono (se esistono) variazioni rispetto alle previsioni in origine effettuate.

Nel caso di palese superamento dei tetti di spesa previsti nel budget assegnato ai centri ordinatori di spesa, sia a livello consuntivo trimestrale, sia a livello di previsione a chiudere, ogni centro ordinatore di spesa deve illustrare le modalità operative che intende porre in essere al fine di rientrare nelle limite delle risorse assegnate a budget.

Nel caso in cui nella redazione del CET emerga uno squilibrio economico al trimestre in esame ovvero in prechiusura sull'anno  $n+1$ , è delegata alla direzione strategica dell'Azienda la scelta della strategia operativa da seguire (richiesta di maggiori di contributi regionale, intensificazione di certe attività sanitarie maggiormente remunerative, chiusura di reparti non remunerativi, etc.).

Una volta definita la strategia operativa, ad ogni centro ordinatore di spesa è restituita la propria scheda budget con la rettifiche o integrazioni emerse in sede di redazione del conto economico trimestrale, e gli importi

n essa indicati costituiscono il nuovo limite massimo di spesa autorizzata per l'esercizio in esame.

Ogni centro ordinatore di spesa effettua mensilmente **processi di valutazione dei consumi** rispetto agli obiettivi assegnati annualmente e analisi di costo/beneficio. A titolo esemplificativo si riporta di seguito la valutazione dei consumi e dei costi dei dispositivi medici per CND effettuata dall'U.O. Farmacia.

Negli anni lo strumento del budget è passato dal "finanziamento storico" a un meccanismo più complesso che tiene conto, oltre che del volume e della complessità della attività svolta, del benchmarking interno. In particolare all'interno dei dipartimenti a cui afferiscono UU.OO. omogenee (chirurgie generali, ortopedie, ostetricie-ginecologie, ..) attraverso anche lo sviluppo di logiche competitive si è valutato l'impatto economico delle scelte operate nell'ambito dei beni sanitari.

Le **analisi sui consumi** vengono elaborate attraverso il raggruppamento per classi omogenee (es: classificazione ATC per i farmaci, classificazione CND per i Dispositivi Medici) fornendo i relativi report, per UU.OO. e per dipartimento. L'elaborazione di tali report viene discussa a livello dipartimentale ed approfondita fino al dettaglio del singolo prodotto per le classi di maggiore criticità.

La classificazione dei farmaci per ATC e per principio attivo, ha storicamente consentito analisi puntuali dei consumi e dei costi. Diversamente per i DM, tali analisi sono solo di recente introduzione nella nostra realtà.

Ciò che ha reso possibile tali valutazioni, è la classificazione nazionale dei DM per CND che classifica i DM per distretto di utilizzo, per metodica clinica di utilizzo e per criteri specifici.

Dall'analisi dei report i Responsabili di Unità Operativa e i Direttori di Dipartimento individuano gli ambiti di miglioramento specifici e attuano azioni correttive nell'ottica del miglioramento continuo.

La scelta del tipo di pacemaker da impiantare è stata "orientata" non solo da valutazioni cliniche, ma anche da analisi ad hoc sui costi. La **figura 1** rappresenta un confronto tra i consumi di pacemaker bicamerali con sensore rispetto a quelli senza sensore nei 4 trimestri del 2009 e nei primi 3 trimestri del 2010. Come si può notare, dopo aver avviato, nel rispetto della clinica del paziente, il percorso di ottimizzazione di utilizzo dei PM senza sensore vs quelli con sensore (punto indicato nelle figure dalle frecce rosse), i consumi dei due tipi di pacemaker si sono quasi eguagliati.

La **figura 2** mostra i valori normalizzati all'impianto ipotetico di cento pacemaker per trimestre; con questa asserzione, considerate le percentuali di consumo rilevate nella nostra A.O, si può notare un risparmio nei trimestri del 2010 pari a circa 30.000 € a trimestre.

Per l'implementazione del progetto negli anni è risultata vincente l'orientamento teso al recupero della componente collaborativa fra professionisti dove non esiste un controllatore e un controllato, ma gruppi di lavoro multidisciplinari che lavorano per uno stesso obiettivo.

La Commissione HTA, di recente costituzione nella nostra Azienda, è lo strumento attraverso cui non solo valutare i consumi ma per pianificare, e gestire in modo più funzionale l'assistenza ai cittadini.

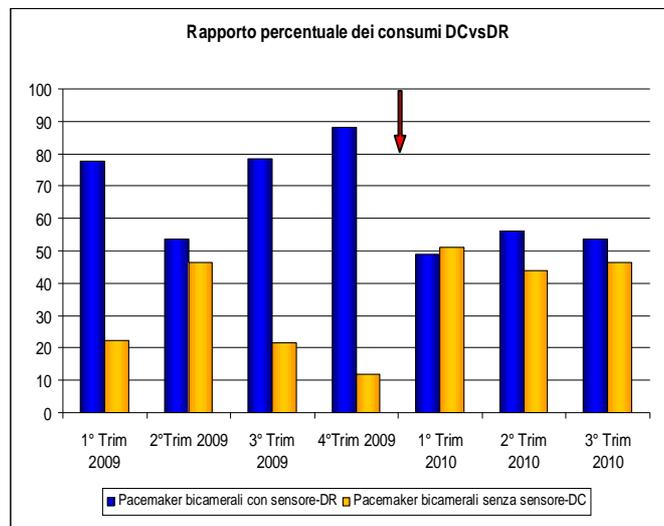


Figura 1

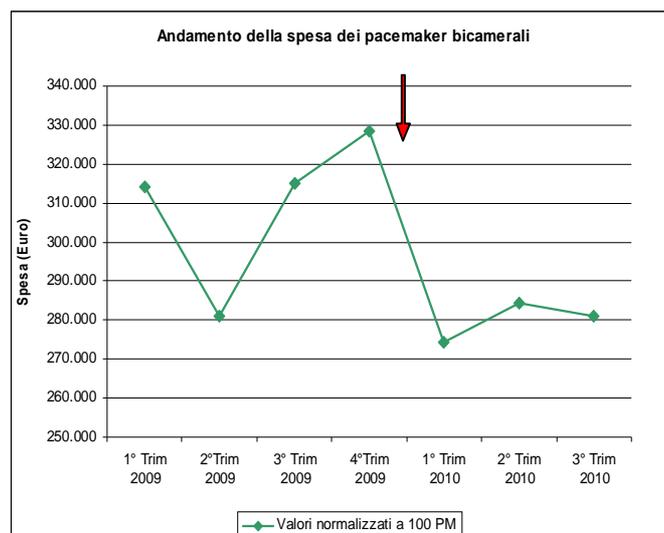


Figura 2

L'Azienda ha avviato sin dal 2000 il **processo di budget** delle singole unità organizzative e nel corso degli anni, grazie anche alle linee guida emanate dalla Regione Lombardia, ha perfezionato tale processo. Particolare attenzione è stata posta alle **unità organizzative finali sanitarie (centri di Responsabilità=Cdr)**, ossia a quelle unità direttamente coinvolte nell'erogazione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali (**reparti**: medicina, chirurgia, ortopedia... e **servizi**: radiologia, laboratorio) a favore dei pazienti/utenti.

A **livello aziendale** il budget è uno strumento di programmazione annuale per la definizione degli obiettivi e per l'allocazione delle risorse, ossia è l'insieme delle previsioni riguardanti la qualità e la quantità di prestazioni/servizi da erogare per rispondere

ai bisogni di salute e delle previsioni delle risorse necessarie per lo svolgimento di tali programmi nel pieno rispetto del vincolo dalle risorse assegnate all'Azienda dalla Regione Lombardia.

A livello di **singola unità organizzativa** il budget è uno strumento di responsabilizzazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse da utilizzare, di razionalizzazione nell'impiego delle risorse, di coordinamento delle attività aziendali perché favorisce l'integrazione tra i vari attori del processo, di motivazione professionale in quanto collegato al sistema premiante.

Al fine di assolvere efficacemente a tali funzioni è necessario che gli elementi di negoziazione siano riferiti a **variabili specifiche, misurabili** con indicatori qualitativi e quantitativi, a fattori produttivi **governabili** dai centri di responsabilità. I fattori non controllabili devono essere ricondotti alle unità amministrative che ne seguono l'approvvigionamento e la gestione di tali risorse (Budget trasversale).

Per l'attivazione del processo a livello di singola unità organizzativa fondamentale è l'esistenza di un accurato sistema, parallelo alla contabilità generale, di **contabilità analitica**, ossia di una rilevazione sistemica, dettagliata, informatizzata e periodica dei costi e ricavi per centri di costo, allineata alla contabilità generale.

A titolo di esempio si riportano di seguito alcuni obiettivi negoziati per l'anno 2010 con le unità:

**categoria obiettivo: A) ATTIVITA'**

- livello di attività di ricovero
- livello di attività ambulatoriale

**categoria obiettivo: B) COSTO**

- valore del budget dei consumi sanitari a disposizione
- % di somministrazione di farmaci a brevetto scaduto
- richiesta di prestazioni di laboratorio e di radiologia per pazienti ricoverati (misurabili, in quanto attivato un capillare sistema di rilevazione delle prestazioni intermedie e del loro prezzo di trasferimento)

**categoria obiettivo: C) QUALITA'**

- Corretta compilazione della Cartella Clinica
- Revisione e aggiornamento dei Protocolli clinico assistenziali

**4.4 Gestire le informazioni e la conoscenza**

L'informazione interna e la conoscenza sono presidiate, dagli strumenti di cui al punto 1.2. In particolare la rete Intranet aziendale (attualmente oltre 1000 postazioni operatore) costituisce la via di informazione privilegiata anche in termini di fruibilità. Vi sono pubblicate non sole le informazioni quotidiane, ma, tra l'altro, i piani di Organizzazione e di Comunicazione vigenti, gli atti aziendali, tutti i documenti del sistema qualità (vedi

punto 5.1), la modulistica interna in uso, la reportistica della Qualità relativa a cartella clinica (vedi punto 5.1), customer satisfaction e reclami (di cui al punto 4.2) e, dal 2010, i rapporti di verifiche esterne (per esempio verifica Joint Commission del novembre 2009).

Secondo la logica della cascata informativa è strutturato un passaggio bidirezionale di informazioni dalla Direzione Aziendale a tutti i dipendenti, passando per i Responsabili e i coordinatori infermieristici di U.O./Servizi sanitari e i responsabili amministrativi (vedi punto 1.1). Tale cascata è oggetto di verifica sia nel contesto delle verifiche interne della qualità (a partire dagli anni 2004-2005, Certificazione ISO, tramite interviste agli operatori e presa visione di verbali di riunione con firma dei presenti) che in termini di richiesta di riscontro scritto e firmato (verbali di U.O. con firma degli operatori) a comunicazioni relative a progetti obiettivo specifici (di cui al sistema premiante punto 1.3) e obiettivi di budget.

In particolare l'Azienda ha dato mandato al Controllo di gestione di elaborare una adeguata reportistica economica e sanitaria al fine di razionalizzare il flusso delle informazioni e di predisporre report sintetici, di immediata lettura, facilmente accessibili al destinatario finale individuabile a più livelli - Responsabili Unità Organizzative e Direzione strategica - per la **gestione e la valutazione delle proprie performance**.

La fruibilità della reportistica è confermata dalle valutazioni positive emerse nell'indagine di soddisfazione degli operatori interni, anno 2009 (di cui al punto 3.3). Di seguito due esempi di reportistica economica e sanitaria in uso:

Scheda dati di attività			
P. O. di Seriate U. O. Medicina Generale Resp. le Dett.			
INDICATORI DI ATTIVITA'			
DEGENZA ORDINARIA	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Forti letto	39	40	42
Numero dimessi	936	1.083	983
Giornate di degenza dimessi	13.330	13.655	13.072
% ricoverazione per letto	31,4%	30,9%	30,4%
Degenza media (da ricoveramento di Barba)	33,7	31,6	31,2
Numero ERG medici	872	1.000	956
Numero ERG medici 0 - 1 giorno esec TransfDived	41	50	37
Numero ERG medici 2-3 gg (Scelta > 10)	22	30	28
Numero ERG chirurgici	34	63	37
Numero ERG chirurgici 0 - 1 giorno	0	0	0
% ERG medici	96,2%	94,2%	94,2%
% ERG chirurgici	3,8%	5,8%	5,8%
% ERG 0 - 1 giorno medici e chirurgici	4,3%	4,6%	3,8%
% giornate oltre soglia**	24,8%	25,3%	21,7%
Valore Medio generale (ex Barba)	3,473	3,483	3,563
Fase medio generale *	1,14	1,12	1,13
DAY HOSPITAL	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Forti letto	2	2	2
Numero dimessi	9	17	7
Giornate di degenza dimessi	76	93	37
Numero ERG medici	9	17	7
% ERG medici	100,0%	100,0%	100,0%
Numero ERG chirurgici	0	0	0
% ERG chirurgici	0,0%	0,0%	0,0%
Valore Medio generale (ex Barba)	3,353	3,59	3,67
ATTIVITA' AMBULATORIALE	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Numero prestazioni per estero del Reparto	3.912	4.088	3.823
Numero prestazioni per estero del C.A.D.	8.219	8.312	8.483
RISULTATI ECONOMICI			
PRODUTTIVITA'	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Entrate ordinarie	3.148.096	3.756.112	3.600.024
Day Hospital	12.296	16.307	2.349
Attività ambulatoriale per estero Reparto	117.715	124.993	108.166
Attività ambulatoriale per estero del C.A.D.	100.099	105.039	115.249
<b>TOTALE</b>	<b>3.478.106</b>	<b>4.002.451</b>	<b>3.825.788</b>

**Sezione 1: Consumi Sanitari**

Consumi Sanitari FAR Mensili	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2010 fino al mese: 06	Progressivo 2009 fino al mese: 06	% 10/09	Budget annuale 2010	% di utilizzo	Differenza
MEDICINA	13.004	9.895	13.188	12.837	13.619	9.562	72.915	77.127	94,6	85.500	84	13.485
PRESIDI CHR. E MAT. SANITARIO	4.602	4.638	6.740	5.159	6.873	4.164	32.182	42.249	76,2	77.999	42	44.988
MATERIALE DIAGNOSTICO	414	331	552	749	414	386	2.247	2.859	78,6	5.444	52	2.597
ALTRO	872	749	1.006	887	831	755	5.102	4.250	83,3	9.516	54	4.414
<b>Tot. Consumi San. FAR</b>	<b>18.891</b>	<b>15.523</b>	<b>21.484</b>	<b>19.633</b>	<b>21.737</b>	<b>14.868</b>	<b>112.146</b>	<b>126.475</b>	<b>91,1</b>	<b>177.549</b>	<b>63</b>	<b>65.404</b>
2009	22.167	16.216	21.479	26.114	16.722	23.778						126.475

Consumi Sanitari ECO Mensili	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2010 fino al mese: 06	Progressivo 2009 fino al mese: 06	% 10/09	Budget annuale 2010	% di utilizzo	Differenza
PRESIDI CHR. E MAT. SANITARIO	140	368	279	153	130	113	1.182	595	198,5			
STRUMENTARIO CHIRURGICO												
<b>Tot. Consumi San. ECO</b>	<b>140</b>	<b>368</b>	<b>279</b>	<b>153</b>	<b>130</b>	<b>113</b>	<b>1.182</b>	<b>1.149</b>	<b>2,8</b>			
2009	26	158	626	106	121	112						1.149

Totale Consumi Sanitari 2010	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2010 fino al mese: 06	Progressivo 2009 fino al mese: 06	% 10/09
Totale Consumi Sanitari 2010	19.031	15.890	21.772	19.785	21.867	14.982	113.328	127.624	88,9
Totale Consumi Sanitari 2009	22.192	16.374	22.106	26.220	16.842	23.890			

File F Mensile	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2010 fino al mese: 06	Budget Annuale 2010	% di utilizzo	Differenza
Senza tetto	7.390	9.330	10.294	9.758	13.945	8.834	58.750			
<b>Tot. File F</b>	<b>7.390</b>	<b>9.330</b>	<b>10.294</b>	<b>9.758</b>	<b>13.945</b>	<b>8.834</b>	<b>58.750</b>			

BREVIETTO SCADUTO	DOSSIER	% BS	% BS OBT
DOSSIER	5.691		
<b>DOSSIER TOTALI</b>	<b>12.380</b>	<b>46</b>	

**Sezione 2: Produzione** Valori Anno 2009 storizzati

Ricoveri Mensili 2010	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2010 fino al mese: 06	% 10/09	Obiettivo 2010	% prg sul obiettivo
budget	314.545	196.938	306.457	253.046	289.806	235.605	1.578.396	-6,5	2.935.140	54
extra_budget	34.820	36.321	10.232	38.960	18.450	46.845	185.527	-7,8	415.666	45
<b>Tot. Ricoveri</b>	<b>349.364</b>	<b>233.259</b>	<b>316.689</b>	<b>292.006</b>	<b>288.255</b>	<b>282.549</b>	<b>1.763.923</b>	<b>-6,7</b>	<b>3.350.806</b>	

Ricoveri Mensili Tariffe 2009	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2009 fino al mese: 06
budget	303.617	232.260	334.399	219.738	305.461	214.212	1.608.879
extra_budget	33.665	36.561	15.483	19.823	17.295	40.460	201.251
<b>Tot. Ricoveri</b>	<b>337.282</b>	<b>268.821</b>	<b>349.882</b>	<b>239.561</b>	<b>322.756</b>	<b>254.672</b>	<b>1.810.130</b>

Prestazioni Ambulatoriali Mensili 2010	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2010 fino al mese: 06	% 10/09	Obiettivo 2010	% prg sul obiettivo
EXT Importo	17.363	19.776	24.671	20.287	22.991	19.709	124.798	-3,8	302.684	41
EXT Quantità	871	987	1.200	1.003	1.099	971	6.131	1,2		

Prestazioni Ambulatoriali Mensili Tariffe 2009	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Progressivo 2009 fino al mese: 06
EXT Importo	19.970	21.582	24.505	21.737	21.212	20.718	129.724
EXT Quantità	942	989	1.124	1.009	1.002	990	6.056

**4.5 Gestire la tecnologia**

Fin dal 1998 la volontà della Direzione Strategica Aziendale è stata quella di confluire in un unico servizio centrale, il Servizio di Ingegneria Clinica (SIC), le responsabilità e le competenze riguardanti le apparecchiature biomediche, responsabilità che prima afferriva in modo autonomo ai vari uffici tecnici dislocati per ciascun ospedale, con l'obiettivo di:

- Migliorare l'efficienza e contenere la spesa
- Informazione e formazione del personale referente UU.OO.
- riduzione dei tempi di risoluzione dei guasti
- garanzia della pianificazione delle operazioni di sicurezza elettrica, manutenzione preventiva, controllo qualità delle tecnologie

Nel 1999, il SIC ha adottato una politica di estensione dei contratti di assistenza tecnica a tutte le apparecchiature di alta e media tecnologia dell'azienda, sulla base dell'esperienza maturata nella precedente ex U.S.S.L., consentendo di ridurre i tempi di attivazione della richiesta di intervento con conseguente miglioramento della risposta alla risoluzione dei guasti. Nel 2004 la Direzione Strategia Aziendale in accordo con il referente del SIC, individua la soluzione dell'affidamento in Global Service, della gestione della manutenzione delle tecnologie biomediche, la soluzione più adatta e efficace a risolvere le complesse e articolate problematiche afferenti alle tecnologie.

L'attivazione di una gara con specifici requisiti di qualità (organizzazione del servizio, tempi di risposta rapidi per la risoluzione di guasti, muletti presenti presso le strutture aziendali, numero e qualifica dei tecnici) ha portato all'aggiudicazione ad Società/Ati con performance migliori e rispondenti alle aspettative dell'azienda ospedaliera.

Nel 2004 - 2009 il Servizio, in seguito ad un'analisi delle attività interne, ha realizzato alcuni importanti strumenti di gestione, come l'inserimento del software gestionale delle biotecnologie (SI3C), la pubblicazione in intranet delle procedure e informazioni SIC e delle informazioni sulla sicurezza e sul corretto utilizzo delle tecnologie ("alerts" nazionali ed internazionali, segnalazioni di incidenti, compatibilità tra prodotti, corsi di formazione, manuali d'uso), pervenendo anche ad una revisione organizzativa che è stata orientata al miglioramento del servizio, sotto l'input della Certificazione di Qualità ISO 9000 e in termini di azioni di miglioramento rispetto ai giudizi espressi da Primari e Coordinatori Infermieristici tramite il questionario sulla soddisfazione con domande specifiche sul SIC.

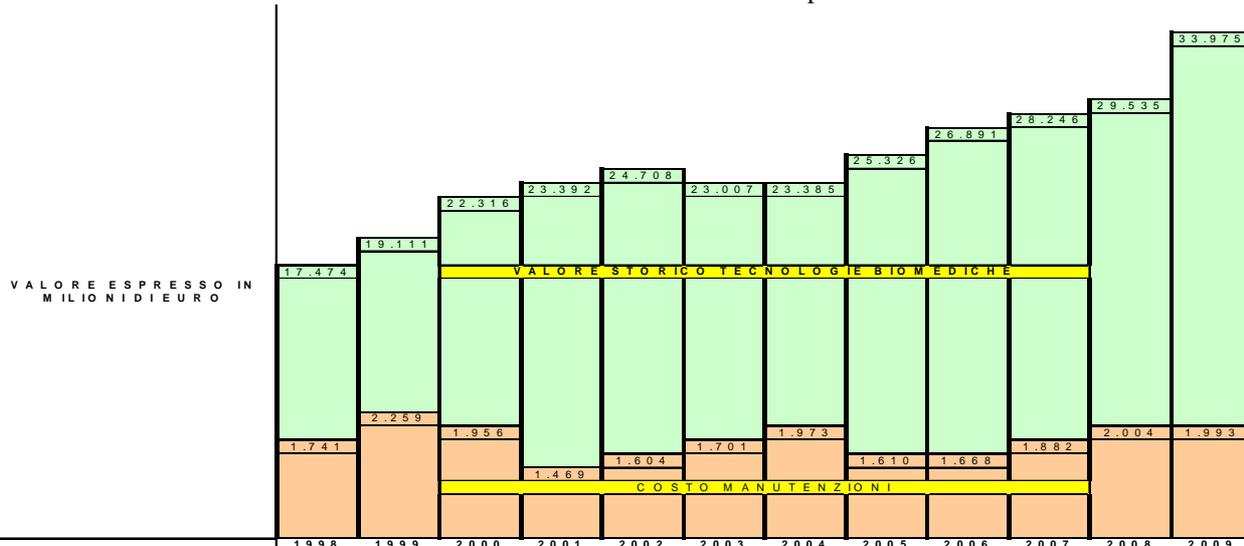
Nell'anno in corso si sono concluse le trattative per l'affidamento del nuovo servizio di Global Service, con un capitolato tecnico migliorato dal punto di vista tecnico e qualitativo sulla scorta dell'esperienza, con l'obiettivo economico di ridurre ulteriormente i costi di esercizio, inserire maggior personale a disposizione per la manutenzione e non ultimo per importanza, accentrare la sede del servizio Global Service presso l'ospedale di Seriate, ospedale di riferimento dell'Azienda, dove sono concentrate per numero e tipologia, il maggior numero di apparecchiature.

**GRAFICO "TEMPI INTERVENTO"**



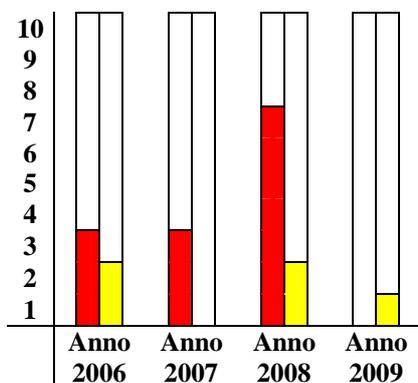
Tempi medi di risoluzione intervento per anno. In alto sono indicati gli interventi complessivi svolti in un anno

## GRAFICO SPESA MANUTENZIONI



paziente con possibilità di recuperare lo storico del paziente

## GRAFICO "NON CONFORMITA'"



In rosso sono evidenziate le NC attribuite al SIC, in giallo quelle attribuite alle UU.OO.

Anche per quanto riguarda gli investimenti in tecnologie l'Azienda ha avviato un percorso virtuoso sin dal 1998, avendo ereditato una situazione tecnologica obsoleta e molto diversificata,

L'orientamento della Direzione Strategica Aziendale è stato quello di attivare percorsi dove la collaborazione con il personale medico, il personale infermieristico, il referente del SIC, potesse portare alla realizzazione di progetti di investimenti e acquisizioni, in linea con lo sviluppo tecnologico e le risorse rese disponibili dall'Azienda Ospedaliera stessa.

Alcuni progetti rilevanti realizzati attraverso il coinvolgimento del personale medico, personale infermieristico, Servizio Prevenzione e Sicurezza, Direzioni mediche, sono stati:

- La messa in rete di tutti gli elettrocardiografi ubicati presso le UU.OO. aziendali con refertazione immediata in caso di urgenza attraverso MUSE, il personale medico afferente al servizio di U.C.C. legge in tempo reale il tracciato, database e archivio per

- La messa in rete dei defibrillatori ubicati presso le UU.OO. aziendali, PS, in collaborazione con il 118 della provincia di Bergamo
- La messa in rete della U.O. di Rianimazione di Seriate e la T.I. di Piario
- L'allestimento di tutte le camere di degenza dell'azienda ospedaliera, arredi ed inserimento di letti a movimentazione elettrica, per un miglior confort della utenza ricoverata e del personale infermieristico.

Inoltre:

- Realizzazione del Blocco Q del nuovo Ospedale di Seriate
- L'apertura del nuovo Ospedale di Piario

realizzati nel 2008/2009 e dotati di tecnologie e sistemi medicali d'avanguardia. Questi ospedali infatti sono sede di importanti e innovativi progetti tra i quali:

- il laboratorio unificato
- RIS-PACS
- Sale Operatorie multimediali e integrate con i sistemi medicali
- MUSE gestione tracciati di cardiologia
- rete di apparecchiature di laboratorio per l'emergenza-urgenza

Tali progetti nati con l'apertura dei nuovi ospedali sono stati estesi a tutta la rete ospedaliera negli anni 2009/2010

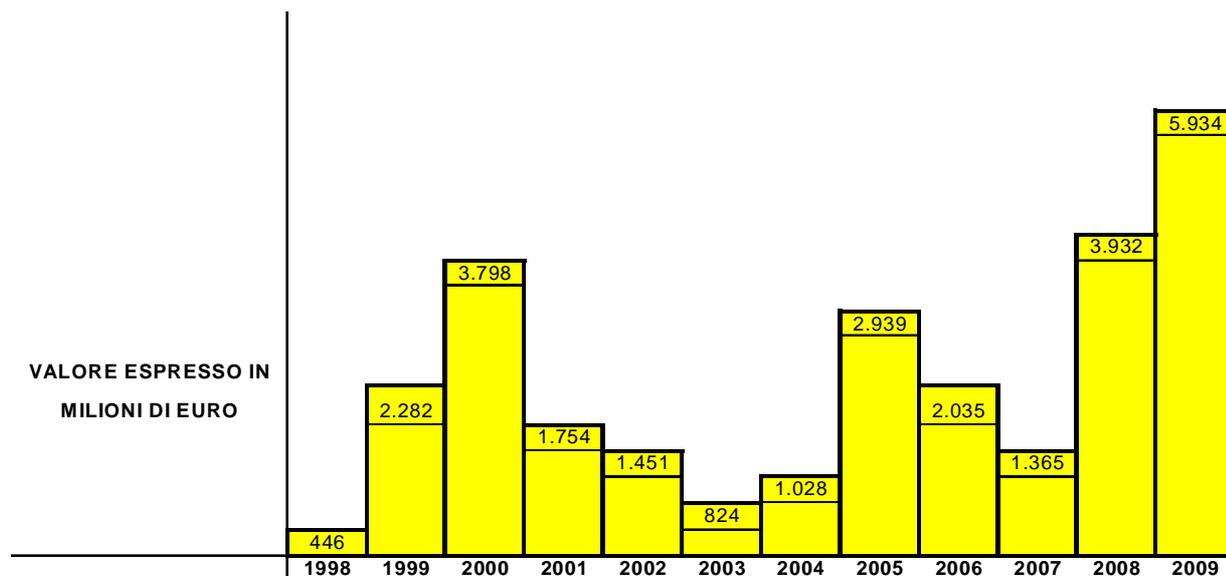


GRAFICO DEGLI INVESTIMENTI

#### 4.6 Gestire le infrastrutture

L'Azienda Ospedaliera "Bolognini" è nata dall'aggregazione di più strutture indipendenti, territorialmente distribuite su diversi edifici. Questa particolarità costituiva un punto di forza, con l'utente vicino ad una struttura sanitaria anche se di piccole dimensioni, e di debolezza per la presenza di 7 ospedali per acuti.

Ponendo l'utente al centro della mission sono stati intensificati i rapporti con il territorio per definire congiuntamente la riorganizzazione strutturale al fine di poter erogare servizi migliori a costi inferiori. Con una pianificazione condivisa, con le istituzioni locali, l'Azienda Ospedaliera si è trasformata ed attualmente dispone di 4 ospedali per acuti e 3 ospedali riabilitativi gestiti in modo innovativo, bilanciando così efficacia ed efficienza delle strutture con le aspettative dell'utenza caratterizzata da una forte appartenenza territoriale.

Continuando ad assicurare una comoda accessibilità alle strutture - nei pressi delle strutture ospedaliere sono state predisposte adeguate fermate del trasporto pubblico- si è ottenuto un salto di qualità nei servizi offerti e nell'economicità della loro gestione, un punto di debolezza si è così trasformato in un punto di forza.

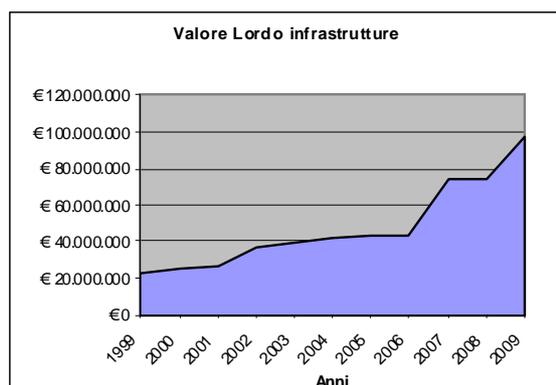
Cambiamenti che hanno permesso la modernizzazione delle strutture, che ha portato una innovazione tecnologica degli edifici e delle attrezzature tecniche - ambedue gestite dal servizio Risorse tecniche - con il conseguente miglioramento della efficienza delle stesse tramite l'introduzione di nuove tecnologie improntate al risparmio energetico come l'impianto di cogenerazione della centrale termica di Seriate, il collegamento ad una rete esterna di teleriscaldamento ad Alzano L.do, le reti di teleriscaldamento di Seriate che serve utenze esterne, le nuove unità di trattamento dell'aria, la realizzazione delle isole ecologiche e la gestione notturna delle lampade e del riscaldamento.

Modernizzazione che ha portato inoltre, in presenza di strutture in parte molto vecchie, alla totale eliminazione di barriere architettoniche favorendo un comodo l'utilizzo da parte di qualsiasi tipo di utenza, con l'installazione di idonei ascensori/rampe, segnaletica specifica e prevedendo all'interno delle strutture un numero sufficiente di posti auto riservati agli utenti con difficoltà motorie.

Al fine di garantire un servizio di qualità il Servizio preposto alla gestione delle strutture ed impianti tecnologici ha sviluppato un sistema per la verifica continua dello stato degli edifici principalmente tramite riunioni settimanali tra tutti gli operatori interessati che siano a conoscenza dello stato dei singoli presidi. In particolare l'effettiva efficienza è controllata attraverso una manutenzione programmata assicurata in via prioritaria da ditte esterne con contratti di tipo full-risk, con verifiche periodiche basate non sul numero delle prestazioni fornite ma sui risultati.

Tutte le strutture sono accreditate e dotate delle certificazioni previste per l'utilizzo -certificato prevenzione incendi, certificato energetico, agibilità e certificati degli impianti- ed in stretta collaborazione con il Servizio Prevenzione e del nucleo interno di controllo sono effettuate periodiche visite di controllo dello stato di efficienza delle strutture, garantendo un alto grado di sicurezza e confort lavorativo.

Per rendere l'evidenza degli effettivi investimenti attuati, si veda la tabella che segue:



## CRITERIO 5

### 5.1 Identificare, progettare, gestire e migliorare i processi su base sistematica

L'Azienda ha proceduto alla **mappatura e riesame dei processi**, sia di quelli "core" (cura e assistenza) che di quelli gestionali e di supporto fin dal 2001, quando è stata avviata la Certificazione di Qualità ISO 9000.

La mappatura è proceduta parallelamente al processo di riesame e riprogettazione, che ha coinvolto in primis la Direzione Strategica, gli uffici di staff e tecnico-amministrativi, per una precisa scelta di avvalersi della Certificazione quale strumento di riorganizzazione dei percorsi, di integrazione delle attività e di definizione chiare delle responsabilità. Innanzitutto quindi si sono messi a sistema i processi di supporto tecnico-amministrativi, per consentire ai clienti interni, che svolgono le attività "core" (UU.OO. di ricovero), di procedere nella erogazione delle attività di cura e assistenza con tempestività, efficienza e appropriatezza.

Il processo di Certificazione si è completato in tre fasi: 2001: processi della Direzione Strategica, degli Uffici di staff e delle U.O. Tecnico Amministrative; 2003: estensione a Dipartimento Medico e Dipartimento dei Servizi; 2005: completamento con Certificazione dell'intera Azienda. Fondamentale è stata la formazione di una rete di referenti della qualità (attualmente 164), sia medici, che infermieri che tecnici e amministrativi. L'analisi e la riprogettazione ha coinvolto tutti i livelli organizzativi dell'Azienda. Con il coordinamento dell'U.O. Qualità, sono stati attivati gruppi di lavoro per ciascuna U.O. (con lo scopo di coinvolgere capillarmente gli operatori), gruppi di lavoro trasversali per professionalità (medici, infermieri, tecnici, amministrativi), a livello inter UU.OO. (per esempio per la gestione dei pazienti ambulatoriali), di Ospedale (per esempio per la gestione dei trasferimenti interni ed esterni), di Dipartimento (per i percorsi di cura e assistenza) a livello aziendale (per esempio per la Gestione della Cartella Clinica).

I processi e il campo di applicazione della Certificazione sono descritti nel **Manuale della Qualità** (attualmente in revisione 7 del 2010), che viene rivisto periodicamente dal Responsabile dell'U.O. Qualità e approvato dal Direttore Generale, sulla scorta di cambiamenti dell'assetto organizzativo o di evoluzioni del sistema qualità stesso.

Per esempio, il Manuale è stato aggiornato nel 2009, a fronte delle modifiche organizzative introdotte dal POA del 2008 e della scelta di integrazione delle politiche della qualità con altri programmi di miglioramento, quali il Progetto Regionale di valutazione delle Aziende Sanitarie (Progetto Joint Commission). Tale programma è stato proposto da Regione Lombardia alle Aziende a partire dal 2005 e prevede: il rispetto di circa 125 standard di qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza, mutuati dal set di standard internazionali per l'Accreditamento Joint Commission International; la valutazione delle performance economiche effettuata direttamente da Regione Lombardia sulla scorta dei flussi informativi coi dati di produzione e costo inviati da ciascuna azienda ospedaliera (vedi punto 9.1).

Il **Progetto Joint Commission** ha modificato l'approccio dell'Azienda alla Qualità, focalizzandola sulla dimensione "sicurezza del paziente nella cura e nell'assistenza" che andava ad aggiungersi ad efficienza, efficacia, economicità, soddisfazione del paziente, accentuando la logica dell'approccio per risultati piuttosto che per processi e concentrandosi sui percorsi più strettamente clinico-assistenziali (per esempio preparazione e somministrazione farmaci, sicurezza del paziente in chirurgia e anestesia, pianificazione delle cure e dell'assistenza). A riguardo si veda il report della verifica svolta dagli ispettori esterni Joint Commission nel 2009 rispetto al grado di conformità agli standard previsti (vedi punto 9.1)

Ogni processo organizzativo è descritto in un **documento strutturato**, in cui si definiscono Attività e Responsabilità. Si tratta delle procedure generali (attualmente 46) per i processi aziendali trasversali, delle procedure specifiche (attualmente 114) per i processi specifici di UU.OO./Servizio, dei Protocolli Medico Assistenziali (per i percorsi di cura e assistenza), dei Protocolli organizzativi-igienico-sanitari (relativi a processi sanitari di supporto che coinvolgono trasversalmente strutture di supporto, per esempio la Farmacia, l'UO. Igiene, il Laboratorio, e le UU.OO. di cura).

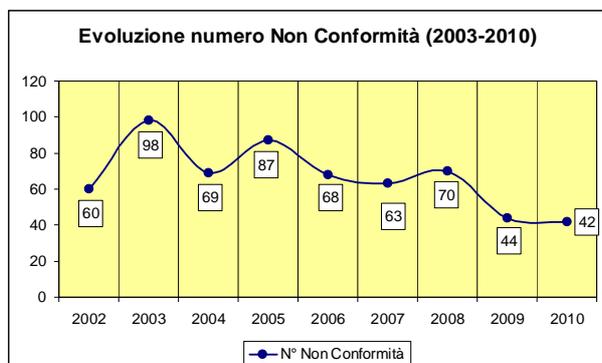
Tutti questi documenti vengono gestiti e revisionati periodicamente secondo quanto previsto dalla Procedura Generale "Guida alla preparazione e all'emissione della documentazione gestita con il Sistema Qualità" (attualmente in revisione 4 del 2008). Fino al 2007 sono stati diffusi all'interno con un sistema cartaceo che si è rivelato nel tempo di gestione laboriosa e soprattutto non garantiva la presenza presso le singole UU.OO. dei documenti nella loro versione aggiornata (come peraltro verificato nel contesto delle verifiche interne della qualità). Pertanto, su richiesta in particolare dei referenti qualità, con il supporto del Servizio Informatico nel 2007 l'U.O. Qualità ha reso disponibile la documentazione in versione elettronica sul sito Intranet aziendale. Ciò ha raccolto il riscontro positivo degli operatori e durante le verifiche interne successive si è potuto verificare il superamento della criticità.

La **conformità ai processi** è monitorata attraverso verifiche interne della qualità (almeno una per ogni U.O. fino al 2008, cioè circa 60 verifiche/anno svolte da 56 ispettori interni formati ad hoc con corsi dedicati e tramite l'affiancamento) ed esterne (ente di Certificazione) e da un sistema di registrazione delle anomalie (disservizi con impatto minimo e anomalie clinico assistenziali senza conseguenze sul paziente) e delle Non Conformità (NC di processo e eventi sentinella, cioè eventi clinico assistenziali con conseguenze sul paziente).

Le **anomalie** vengono riesaminate ogni sei mesi da ogni U.O. (Primario, Caposala e referenti Qualità) per attivare eventuali azioni correttive/di miglioramento, comunicate nella loro pianificazione e realizzazione all'U.O. Qualità tramite il Rapporto semestrale (come

da procedura Generale “Riesame della Direzione” attualmente in revisione) e in sede di verifica ispettiva interna.

Le **Non Conformità organizzative** vengono gestite immediatamente con una decisione operativa o con la pianificazione di un’attività preventiva/correttiva. Si riportano qui sotto i dati relativi alle NC registrate nel corso degli anni .



Per ciascuna NC è pianificata una Azione correttiva (come da elenco elettronico dell’U.O. Qualità). Il processo di chiusura delle NC con la realizzazione delle Azioni pianificate è sotto il controllo esterno dell’Ente di Certificazione ISO 9000, che solo a fronte di questo riscontro conferma annualmente la validità del Certificato.

Per ciascun **evento sentinella** è immediata l’attivazione da parte del Direttore Medico di Ospedale di Gruppi di Miglioramento coinvolgenti varie professionalità che svolgono una root causes analysis per definire piani di intervento preventivi.

Negli anni 2008 2009, 2010 sono stati segnalati rispettivamente 2, 16, 22 eventi sentinella e sono stati attivati i relativi gruppi di miglioramento. L’U.O. Qualità monitora l’effettiva realizzazione delle azioni preventive definite.

L’intero processo è meglio descritto nella PG “Gestione anomalie, NC ed eventi significativi” (attualmente vigente in revisione 8 dell’aprile 2009). La procedura infatti è stata revisionata nel 2008 a seguito dell’istituzione dei flussi ministeriali rispetto agli eventi sentinella e alle indicazioni Regionali in tema di Risk Management.

Annualmente la Qualità predispone report complessivi sull’andamento delle verifiche interne e delle anomalie/Non conformità per la Direzione Strategica e per il Collegio di Direzione. Questi report, insieme a report specifici (customer satisfaction, reclami, cartella clinica) supportano il riesame direzionale a livello del vertice dell’organizzazione, il cui output consiste in indirizzi strategico gestionali riportati per il sistema qualità ( riportati nella Politica della Qualità annuale) e declinati in :

- obiettivi aziendali per l’anno successivo (che diventano quindi obiettivi di budget per le singole U.O.)

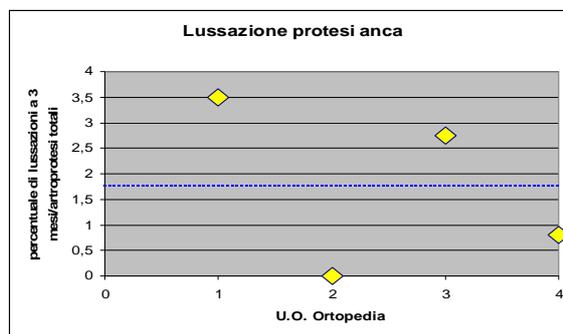
- nella definizione di nuovi standard a cui tendere (per esempio nel caso della qualità percepita o della corretta compilazione della cartella)

Un sistema di **indicatori di risultato** declinato per i diversi livelli organizzativi e i diversi processi consente di monitorare la conformità agli obiettivi e agli standard fissati. A riguardo si veda a titolo esemplificativo al punto 9.2 per la cartella clinica e il consenso informato, al punto 6.1 per la customer satisfaction, al punto 9.1 per i riscontri esterni circa i risultati complessivi dell’organizzazione.

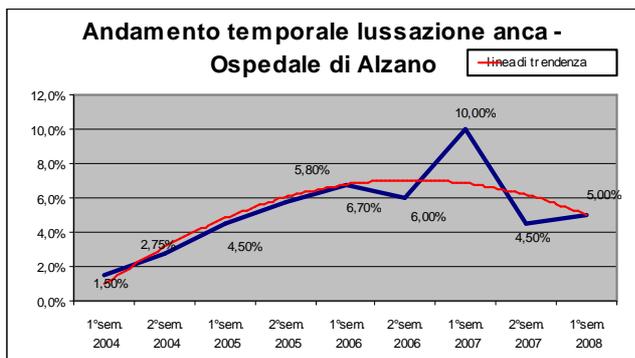
In questo caso lo sforzo dell’organizzazione intera è quello di passare da misure di output a misure di esito , di non facile applicazione quando si parla di salute. Dal 2006 l’Azienda partecipa ad un programma regionale (“Progetto di valutazione dell’efficacia Ospedaliera”) di **valutazione di indicatori di outcome** (mortalità, rientri entro 45 giorni per la stessa patologia), che sono calcolati incrociando i dati SDO e confrontati, per ciascuna Azienda, con la media regionale. I nostri risultati erano in linea con quelli della media regionale per tutti gli Ospedali ad eccezione di quello di Alzano nel 2007, che però è rientrato nella media regionale l’anno successivo, 2008.

I professionisti dell’Azienda hanno definito alcuni **indicatori di qualità delle cure** e i relativi standard in logica dipartimentale, per esempio le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia monitorano la lussazione dell’anca a tre mesi dopo intervento di protesi, i chirurghi misurano le infezioni delle ferite nel postoperatorio e, dal 2010, i rientri in sala operatoria entro 72 ore per complicanze post intervento.

I dati clinici vengono confrontati in termini di benchmarking tra le varie strutture. A titolo esemplificativo si riporta il posizionamento delle quattro UU.OO. di ortopedia rispetto alla lussazione a tre mesi dalla protesi d’anca, in confronto alla media Aziendale (riga azzurra).



Viene effettuata anche un’analisi rispetto all’ andamento temporale. A titolo esemplificativo si riporta l’andamento dell’U.O. dell’Ospedale Alzano.



## 5.2 Sviluppare ed erogare servizi e prodotti orientati al cittadino cliente

Anche per quanto riguarda l'area dei servizi di front office rivolti agli utenti (CUP, Accoglienza, Sportelli amministrativi) a fronte del peculiare assetto strutturale ed organizzativo, la Direzione Aziendale si è orientata verso soluzioni organizzative che presentassero la necessaria "flessibilità" e rispondessero alle "diversità" dell'utenza del territorio e alle richieste di cittadini e/o categorie specifiche di utenti.

Individuati i punti di erogazione, organizzati gli sportelli (orari di apertura ed accessibilità) e messa in rete l'attività (per esempio nel 2002 è stato attivato il Centro Unico di Prenotazione Aziendale) si è dovuto tener conto anche delle articolazioni più periferiche, introducendo modalità di gestione dei servizi amministrativi che oltre che facilitare l'utenza tenessero conto del necessario raccordo con i servizi amministrativi centrali. Così, ad esempio, per il pagamento ticket da parte degli utenti che afferiscono al Poliambulatorio di Vilminore (Alta Valle Seriana), mancando il collegamento alla rete informatica aziendale, è stato previsto il bollettino di c/c postale o bancario che evita all'utente di doversi recare allo sportello CUP più vicino (Ospedale di Piario) e contemporaneamente permette ai preposti che operano nella sede centrale di verificare l'avvenuto pagamento.

Negli ultimi anni dal 2007 ad oggi la Responsabile dell'U.O. Affari Generali e del Territorio, a cui è stata attribuita la Responsabilità del CUP e degli uffici amministrativi di front-office per favorirne una gestione più integrata, in collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e le Direzioni mediche ha riesaminato il percorso di accoglienza sin dal primo momento dell'ingresso dell'utente nelle strutture dell'azienda secondo alcuni principi cardine, quali la centralità dell'utente/cliente, parità di trattamento, la libertà di scelta a prescindere dalla sede, sburocrazizzazione dei processi allo sportello al fine di ridurre il numero di accessi dell'utente/cliente nella struttura (obiettivo di Regione Lombardia).

In termini documentali si è proceduto ad una revisione delle Procedure Generali del CUP e dei protocolli di Direzione Medica, nonché alla predisposizione di informativa ad hoc per gli utenti esterni.

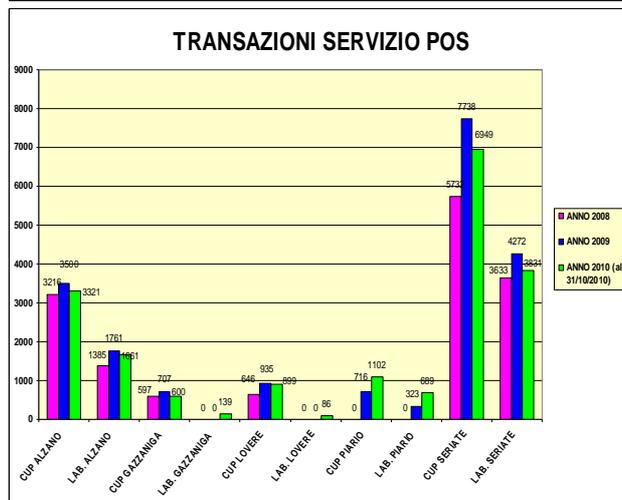
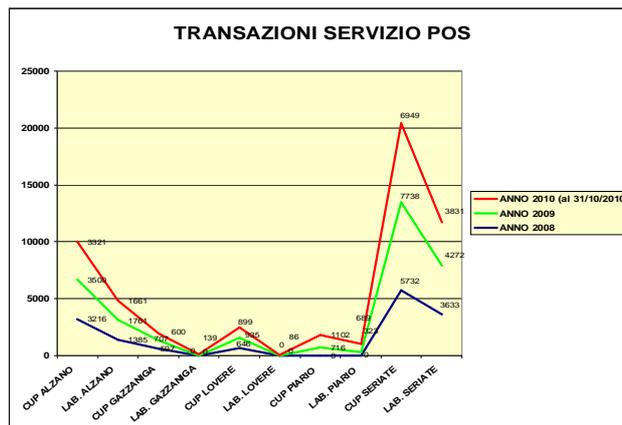
Per esempio il 1° di Agosto del 2008 si è attivato un **sistema di prenotazione a distanza** a favore di soggetti non udenti, in collaborazione con l'ASL di Bergamo,

su input del Presidente dell'ENS (Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza dei Sordi).

Dal giugno 2008 è stata uniformata la modalità di **consegna dei referti/documenti per gli utenti esterni** (diagnostica strumentale, cardiologia, oculistica, cartelle cliniche, esami di laboratorio, etc.). Prima il processo era gestito da ogni singola UU.OO. che produceva il referto e la consegna di documentazione clinica era in capo alla Direzione Medica di Ospedale. Attualmente l'attività di consegna è accentrata presso gli sportelli dei CUP aziendali, in una fascia oraria dedicata.

Inoltre è stato adottato un modulo unico per la richiesta di copie di documentazione sanitaria che ha sostituito tutta la modulistica precedentemente in uso nelle strutture aziendali.

Nell'anno 2007, anche su suggerimenti dell'utenza pervenuti all'URP e direttamente agli operatori degli sportelli CUP, si è proceduto all'attivazione del **servizio di pagamento tramite bancomat** e si è concluso nell'aprile dell'anno 2008 con l'attivazione del servizio di pagamento anche tramite carta di credito. Il grafico sottostante monitora la numerosità dei pagamenti POS, che sono attesi in ulteriore incremento per l'anno 2011.



Facendo seguito ai risultati delle indagini di soddisfazioni dei pazienti (in cui l'ambito di soddisfazione degli utenti per la fase di prenotazione allo sportello era risultata quella con i minori giudizi

positivi rispetto alle altre aeree indagate) e ai reclami pervenuti all'URP circa i lunghi tempi di attesa allo sportello CUP presso l'Ospedale di Seriate, la Direzione Aziendale ha deciso di attivare un piano di miglioramento, raccogliendo peraltro l'input della Regione Lombardia a riguardo. Nel 2007 è stato acquistato e attivato presso l'ospedale Bolognini di Seriate un **taglia-code dinamico**, nel quale sono state impostate le tipologie di code (Prenotazione/Pagamento; Ritiro Referti), che consente agli operatori di variare l'accesso agli sportelli in base al numero degli utenti e non alla prestazione richiesta. Tale sistema consente peraltro la elaborazione statistica dei dati relativi all'attività.

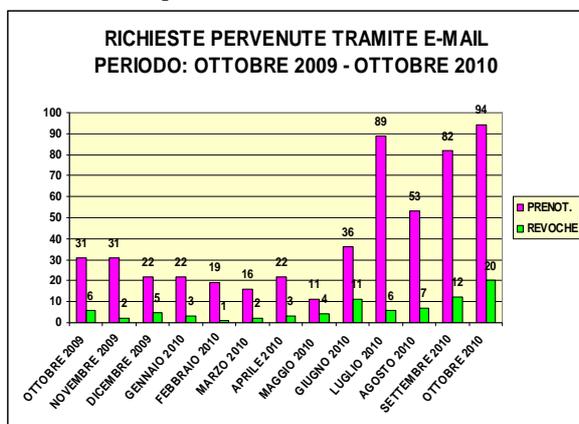
L'analisi di una settimana campione nel triennio 2008-2010 sull'ospedale Bolognini di Seriate consente di rilevare una costante riduzione del tempo massimo e medio di attesa agli sportelli.

Sulla base di questa positiva esperienza l'Azienda ha avviato un processo ancor più innovativo e all'avanguardia nel corso del 2010 presso il nuovo CUP dell'ospedale di Alzano Lombardo, attraverso l'attivazione di un sistema taglia-code che, in tempo reale, consente di monitorare l'attività degli sportelli e dei servizi attivi (Prenotazione/Pagamento; Ritiro Referti).

Per facilitare l'accesso all'organizzazione con modalità alternative alla presentazione diretta o telefonica, raccogliendo anche l'input del Comitato di Valutazione del Codice Etico Comportamentale, che nella verifica del gennaio 2009 svolta presso il CUP di Seriate rispetto ai principi aziendali "Soddisfazione dell'utente" ed "Efficienza" aveva suggerito di prevedere modalità aggiuntive di gestione dell'accesso degli utenti che tenessero conto dell'evolvere della tecnologia della comunicazione, è stato attivato un servizio di prenotazione via mail:

collegandosi al ns. sito internet il cittadino ha la possibilità di compilare direttamente i moduli predisposti per le prenotazioni e di inoltrarli all'indirizzo e-mail dedicato. La conferma della prenotazione avviene entro il giorno successivo.

L'utilizzo di questo canale innovativo è in corso di



implementazione ed è atteso in crescita. I numeri attualmente non sono alti, in linea con le aspettative dell'Azienda rispetto alla tipologia dei propri utenti, che

preferiscono rivolgersi direttamente allo sportello (percentuale di prenotazioni telefoniche rispetto alle prenotazioni allo sportello = 17% ).

Per verificare il giudizio degli utenti rispetto a questa tipologia di servizio e raccogliere eventuali suggerimenti è loro richiesto di compilare e restituire per via elettronica un brevissimo questionario. Degli utenti che hanno compilato il questionario nel periodo ottobre-gennaio 2010, 24/27 hanno espresso giudizi positivi, 2/27 hanno espresso giudizio negativo e 1/27 giudizio neutro.

La **comunicazione elettronica** è un canale implementato anche nella gestione dei reclami e dei suggerimenti degli utenti e delle richieste di informazioni. In particolare dal 2008, quando è stata reso disponibile sul sito Internet Aziendale l'apposita sezione per l'URP, la percentuale dei contatti via mail da parte degli utenti è incrementata del 100%.

### 5.3. Innovare i processi coinvolgendo i cittadini/clienti

Ad integrazione di quanto descritto al punto 5.1 e 5.2 in termini di coinvolgimento dei portatori di interesse nella gestione per processi e nella progettazione di nuovi servizi, si segnala che per le peculiarità dell'Azienda l'attività di apprendimento da altre strutture innovative si applica a due livelli:

- **livello professionale:** addestramento di medici presso altre strutture sanitarie di eccellenza per l'apprendimento di pratiche professionali specifiche; l'attività di addestramento è pianificata a livello Dipartimentale sulla scorta delle competenze dei singoli e degli obiettivi trattamento in base alla tipologia di prestazioni erogate e/da erogare (per esempio, formazione ad hoc di chirurghi per interventi di video laparoscopia).

- **livello tecnologico:** visite presso altre strutture d'eccellenza per la valutazione e il confronto rispetto all'introduzione in Azienda di nuove tecnologie; per esempio nel 2007 visita del Direttore di Dipartimento dei Servizi (che comprende le Radiologie dell'Azienda) e del Responsabile del Servizio Informatico presso Aziende extraregionali per l'acquisizione del sistema di trasmissione e gestione delle immagini RIS-PACS; nel 2009 visita del Direttore Sanitario e del Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza (che è responsabile delle Sale operatorie) presso l'Azienda Ospedaliera di Lodi per il sistema di cartella anestesologica informatizzata

- **livello organizzativo:** visita dei Coordinatori infermieristici del Dipartimento Medico presso l'azienda Ospedaliera di Lecco (2005) per il modello organizzativo per settori e dei coordinatori infermieristici del Dipartimento Chirurgico presso l'AUSLL di Firenze (2009) per il modello organizzativo per aree omogenee (vedi punto.....)

Questi processi di innovazione e sperimentazione sono sostenuti da idonee risorse messe a disposizione, per esempio, nel contesto del Piano Formativo.

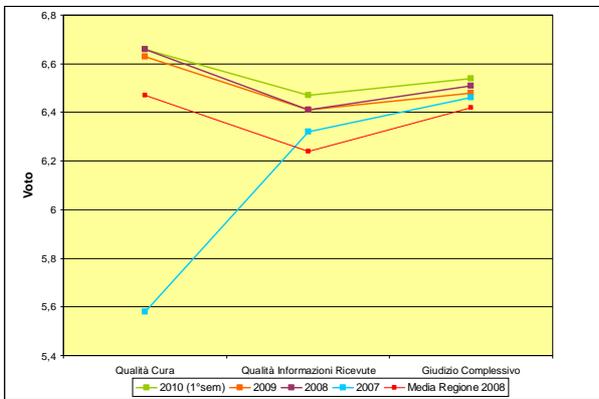
**CRITERIO 6 : Risultati orientati al cittadino cliente**

**6.1 I risultati della misurazione della soddisfazione del cittadino cliente**

L’Azienda conduce regolarmente indagini di soddisfazione degli utenti esterni, ricoverati e ambulatoriali.

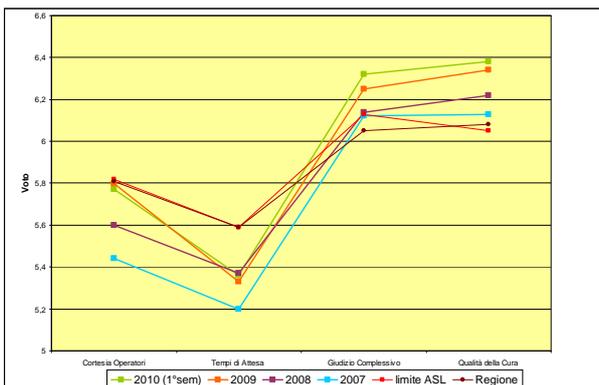
Per quanto concerne la soddisfazione dei pazienti ricoverati si riporta nel grafico sottostante l’andamento negli anni 2007-2010 del giudizio espresso rispetto a qualità della cura e dell’assistenza, qualità della relazione comunicativa con i medici e gli infermieri, giudizio complessivo sull’Ospedale.

Tenuto conto che il massimo del giudizio attribuibile è 7, si può osservare un costante innalzamento della qualità percepita e un posizionamento dell’azienda ampiamente sopra la media regionale.

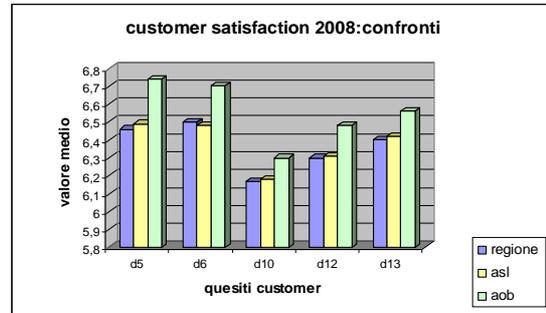


Per quanto concerne la soddisfazione dei pazienti ambulatoriali si riporta nel grafico sottostante l’andamento negli anni 2007-2010 del giudizio espresso rispetto a cortesia degli operatori, rispetto dell’orario dell’appuntamento, giudizio complessivo e qualità della cura/assistenza.

Tenuto conto che il massimo del giudizio attribuibile è 7, si può osservare una soddisfazione in generale inferiore a quella espressa da pazienti ricoverati, un incremento della cortesia fino al raggiungimento della media regionale nel 2009-2010. Emerge una criticità nel rispetto dell’orario di visita, che rimane invariata negli anni. Il giudizio complessivo e la qualità della cura sono sempre risultati in incremento, su valori superiori alla media regionale.

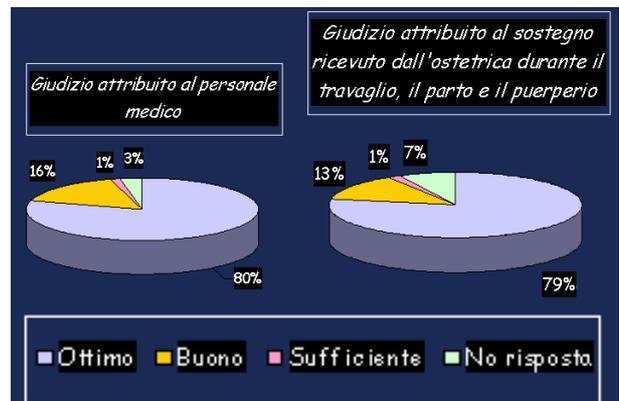


In una logica di benchmarking a livello regionale, nell’anno 2008 l’Azienda si è confrontata con i valori medi a livello della Regione Lombardia e dell’ASL. L’azienda si è posizionata sopra la media per tutti i quesiti dell’indagine. Si riportano negli istogrammi le percentuali relative a due quesiti legati all’attività “core” e tre quesiti che esprimono la valutazione complessiva della qualità percepita.



- d 5:** assistenza infermieristica
- d 6:** assistenza medica
- d10:** organizzazione generale
- d12:** soddisfazione del ricovero
- d13:** consiglierebbe ad altri la struttura?

L’Azienda conduce anche analisi specifiche di valutazione della soddisfazioni di segmenti particolari degli utenti. Per esempio nel 2007, nel contesto del progetto “Ospedale Multiculturale” approvato dalla Direzione Aziendale tra i progetti della rete HPH (rete internazionale degli Ospedali per la promozione della salute per gli anni 2005-2007) è stata condotta un’indagine di soddisfazione delle utenti non italiane presso le tre UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, attraverso un questionario redatto in 11 lingue. I dati evidenziano, tra l’altro, la persistenza di problemi legati alla comunicazione con il personale sanitario, come si può leggere nel diagramma a torta che segue.





Sulla scorta di questi dati la Direzione Aziendale ha ritenuto di mantenere attivo il Servizio di mediazione e Interpretariato, attivato nel contesto del progetto di cui sopra.

Di seguito si riportano i dati relativi alle richieste di intervento da parte di tutte le UU.OO. di ricovero e cura.

2006-2007: 121 interventi

2008: 109

2009: 167

2010 (ad ottobre): 109

E' in programma per il 2011 la ripetizione del Questionario

## 6.2 Gli indicatori di orientamento al cittadino utente

Nel 2004 l'azienda ha aderito all'Audit Civico Nazionale "Valutazione dell'Attività delle Aziende sanitarie realizzata dai cittadini" che ha coinvolto 32 Strutture sanitarie in Italia, tra cui l'Azienda Bolognini con gli Ospedali di Seriate, Alzano e Gazzaniga.

Dall'elaborazione complessiva dei dati nazionali presentati a Roma in data 28/06/05 il TDM ha effettuato una valutazione comparativa (benchmarking) delle "performance" aziendali da cui emerge un'immagine complessiva dell'Azienda sicuramente positiva e dimostrante un buon orientamento al cittadino.

In particolare a livello nazionale l'Azienda si è posizionata in area alta per quanto concerne il supporto ai malati e alle famiglie, la tutela dei diritti degli utenti e la sicurezza delle strutture e degli impianti, nell'area medio alta per l'area accessibilità, informazione, confort alberghiero, gestione del dolore, e nell'area bassa per relazioni sociali (visite permesse solo per 3 ore sia nei giorni feriali che festivi e carenza di confort alberghiero) e istituti di partecipazione degli utenti al SSN.

Di conseguenza la Direzione Strategica ha individuato alcuni ambiti di miglioramento. In particolare rispetto alla carenza di confort alberghiero presso l'Ospedale di Seriate alcuni limiti logistico strutturali sono stati superati con la costruzione del nuovo Ospedale concluso nel 2007 e si è deciso di implementare la partecipazione dei cittadini utenti proprio attraverso il

canale dell'Audit Civico. Infatti nel 2007 l'Ufa di diabetologia ha partecipato all'Audit Civico "Un percorso integrato per il paziente con il diabete" (vedi Rapporto nazionale di Cittadinanza Attiva ricevuto nel dicembre 2007). Il rapporto non consente un'analisi di dettaglio, in quanto sono presenti dati aggregati a livello nazionale.

Dal 2008 le quattro UU.OO. di Chirurgia dell'Azienda partecipano all'Audit Nazionale "Carta della Qualità in chirurgia" che prevede la conformità a 54 standard rispetto ad accoglienza, informazione, organizzazione, consenso informato, sicurezza e igiene, innovazioni; da una prima valutazione 2008 è stata riscontrata la conformità a 45/54 standard a Lovere, a 49/54 ad Alzano, a 48/54 a Clusone (ora Piario) e a 44/54 a Seriate. Uno degli ambiti critici risultava la chiarezza dei percorsi in termini di segnaletica. A riguardo l'Area Risorse Tecniche, di concerto con l'URP, ha rivisto i percorsi e la Direzione Aziendale ha deciso di investire in nuovi progetti di segnaletica completati nel 2009 per Seriate e Piario, nel 2010 per Alzano.

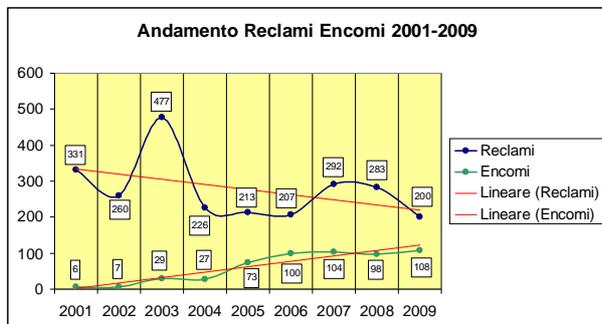
Nel 2009 il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ha partecipato all'Audit Civico Nazionale nell'Area della Salute Mentale, a cui hanno aderito 99 Centri di Salute Mentale.

Dal rapporto Nazionale del TDM ricevuto nel settembre 2010 si evince il buon posizionamento della Azienda Bolognini, sostenuto da risultati di dettaglio riportati nella tabella seguente, da cui si evidenzia il posizionamento dell'azienda nella fascia alta per 9 fattori. E' in corso la valutazione del report da parte della Direzione strategica, del Direttore del dipartimento di Salute Mentale e dell'URP per individuare i piani correttivi rispetto ai due fattori critici.

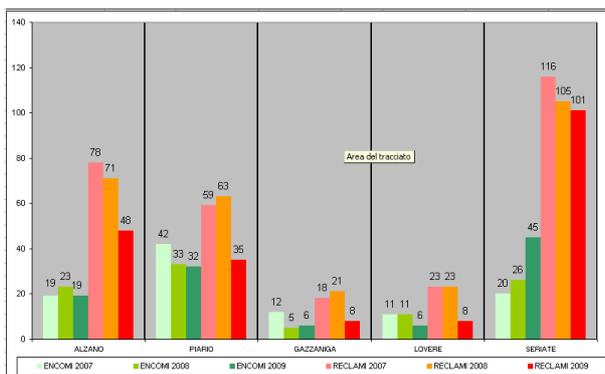
Classificazione	Punteggio
<b>Eccellente</b>	91-100
<b>Buono</b>	81-90
<b>Discreto</b>	61-80
<b>Mediocre</b>	41-60
<b>Scadente</b>	21-40
<b>Pessimo</b>	Fino a 20

#	Fattore	DSM	SPDC	CSM
1	Accessibilità	90	75	74
2	Integrazione tra i servizi	79	67	70
3	Confort		89	76
4	Sicurezza dei pazienti	100	100	17
5	Continuità assistenziale	64	98	89
6	Miglioramento della qualità e formazione del personale	100	100	96
7	Informazione e comunicazione	96	91	100
8	Personalizzazione delle cure, privacy e umanizzazione	71	82	76
9	Rapporti con le famiglie	36	100	40
10	Rapporti con la comunità	86	75	86

In tema di gestione di segnalazioni degli utenti si riporta il grafico da cui si evince l'andamento temporale a livello aziendale: gli encomi mostrano una tendenza in salita e i reclami mostrano una tendenza in calo. Il picco del 2003 è legato all'apertura del CUP telefonico centralizzato e ad una prima fisiologica fase di assestamento.



Questo grafico consente una valutazione di dettaglio dell'andamento dei reclami ed encomi, a livello di ogni singolo Ospedale: si nota un netto calo dei reclami negli Ospedali più piccoli.



L'utenza dell'Azienda è rappresentata per almeno il 10% a livello complessivo aziendale da utenti di nazionalità non italiana, con picchi presso le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia. Pertanto a partire dal 2005, è stato prodotto Materiale informativo tradotto in almeno quattro lingue base: ad oggi risultano tradotti in almeno 4 lingue circa 50 documenti informativi/preparazione agli esami, soprattutto dell'area materno infantile.

In termini di coinvolgimento dei cittadini si riportano i dati relativi all'indagine svolta nel 2008 e ripetuta nel 2010 circa le fonti di informazione a cui si rivolgono i cittadini per informazioni rispetto alle strutture/prestazioni aziendali: l'accesso alle informazioni via web passa dallo 0.15 allo 0.5; la Carta dei Servizi risulta consultata nel 2008 dal 3,25% degli intervistati e nel 2010 dal 4% dei pazienti; rimangono costanti le percentuali relative alla consultazione del medico di base (45%) e al passaparola (30%).

## CRITERIO 7 : Risultati relativi al personale

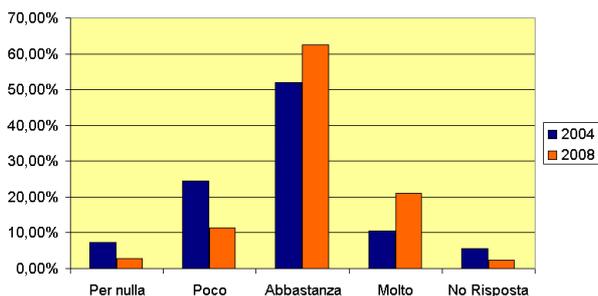
### 7.1 I risultati della misurazione della soddisfazione e della motivazione del personale

Attraverso l'indagine di clima di cui al punto 3.3 vengono esaminati i risultati relativi alla soddisfazione nei confronti della dirigenza e del sistema di gestione aziendale.

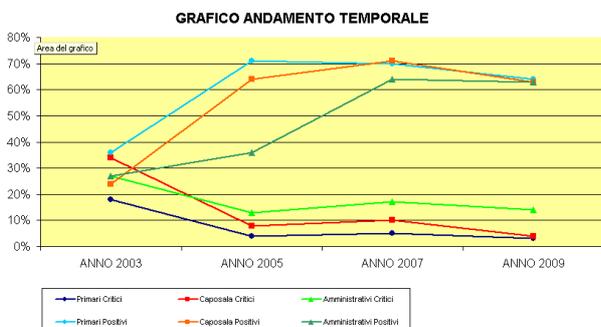
A titolo esemplificativo si riportano i risultati del quesito "Consiglierebbe i nostri Ospedali ad altre persone?", ritenuto significativo della soddisfazione complessiva degli operatori. Nella tabella ci sono le percentuali per singola categoria professionale nelle due rilevazioni effettuate.

Categoria Professionale	Anno	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	No Risposta
Dirigente Medico	2004	0,00%	19,44%	42,59%	17,59%	11,11%
	2008	4,76%	7,14%	57,14%	28,57%	2,38%
Tecnico / Sanitario	2004	5,56%	27,78%	49,89%	10,00%	7,78%
	2008	5,88%	5,88%	64,71%	20,59%	2,94%
Operatore Tecnico Amministrativo 2004	2004	5,38%	20,54%	58,04%	8,04%	8,04%
	2008	4,35%	19,57%	47,83%	23,91%	4,35%
ASA/OTA/OSS	2004	3,95%	26,32%	46,05%	19,74%	3,95%
	2008	9,38%	15,63%	53,13%	21,88%	0,00%
Infermiere 2004	2004	12,50%	26,92%	53,53%	7,05%	3,27%
	2008	2,56%	11,97%	66,67%	15,38%	3,42%
Valori Aziendali	2004	7,28%	24,53%	52,02%	10,51%	5,66%
	2008	2,77%	11,46%	62,45%	20,95%	2,37%

Nel grafico i risultati sono aggregati a livello aziendale per tutte le categorie professionali: si può evincere un miglioramento nel giudizio, la cui tendenza potrà essere confermata dall'indagine in corso quest'anno.



In riferimento all'indagine di soddisfazione degli operatori interni si evince un miglioramento nel tempo dei giudizi espressi da Primari e Caposala e Responsabili amministrativi nei confronti delle UU.OO. di supporto, in particolare il salto di qualità effettuato nel 2005 è mantenuto costante negli anni a seguire. Infatti a fronte di un minimo calo dei giudizi estremamente positivi nel 2009 si osserva anche un calo dei giudizi fortemente critici.



In particolare per migliorare le condizioni lavorative sul posto di lavoro, l'azienda ha condotto nel corso degli anni specifiche valutazioni di rischio in merito al problema delle aggressioni fisiche e dello stress

correlato al lavoro, che hanno portato alla identificazione di azioni di miglioramento per affrontare correttamente conflitti, rimostranze e/o problemi personali; l'azienda ha promosso le iniziative delle commissioni e gruppi di lavoro interni appositamente formati per la gestione del rischio aggressione e del rischio stress ed ha avviato percorsi di formazione del personale più coinvolto e con mansioni di coordinamento. (es. corso "Applicazione nella pratica clinica delle linee guida per la prevenzione e trattamento dei pazienti con rischio autolesivo-eterolesivo e con anomalie comportamentali")

### 7.2 Gli indicatori di risultato del personale

#### ASSENTEISMO

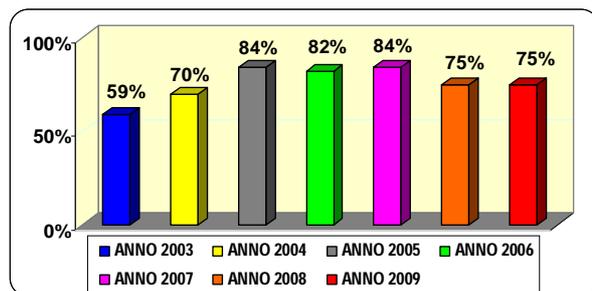
Un indicatore indiretto della soddisfazione degli operatori relativamente al clima organizzativo e agli strumenti di valorizzazione messi in campo dalla direzione aziendale è sicuramente il livello di assenteismo prodotto dagli stessi.

Percentuale di assenza per malattia distinta per profili:

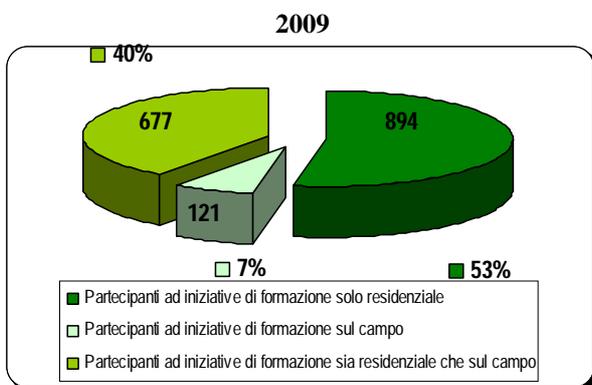
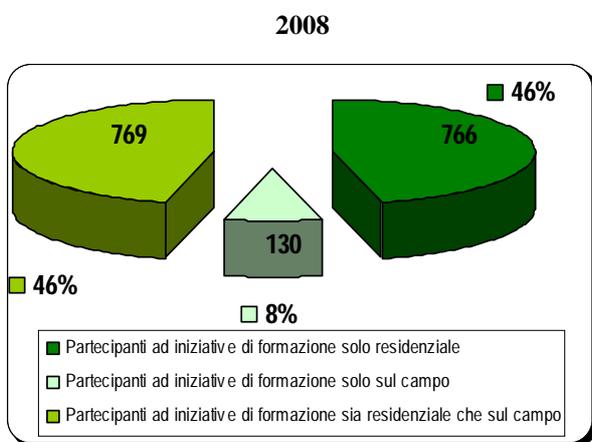
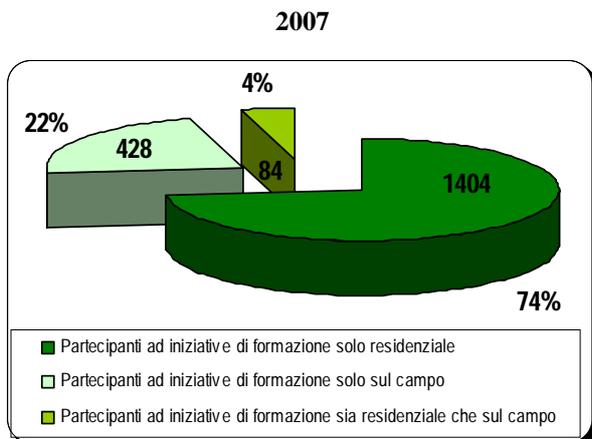
Descrizione Profili	2007 % assenza	2008 % assenza	2009 % assenza
Amministrativo Comparto	3,19	3,35	2,99
Dirigenza amministrativa	0,95	0,69	0,67
Dirigenza medica veterinaria	2,00	1,85	1,67
Dirigenza professionale tecnica	2,76	0,35	0,00
Dirigenza sanitaria	1,63	1,37	0,80
San.Comp.-Personale della riabilitazione	2,92	2,37	2,52
San.Comp.-Personale infermieristico	3,21	3,67	2,90
San.Comp.-Personale tecnico sanitario	2,88	3,44	2,77
San.Comp.-Personale vigil.ispezione	0,00	0,00	0,00
Tecn.Comp.-altro personale	4,92	4,46	4,25
Tecn.Comp.-Assistenti sociali	2,39	4,53	1,35
<b>MEDIA</b>	<b>2,44</b>	<b>2,37</b>	<b>1,81</b>

I dati aziendali dell'ultimo triennio dimostrano non solo una percentuale molto bassa sia se considerata per profilo che complessiva aziendale, ma soprattutto in continuo e netto decremento nel corso degli anni.

Con riferimento all'attività di Formazione si riporta nel grafico seguente la percentuale degli operatori che hanno partecipato negli anni ad iniziative di formazione aziendale.



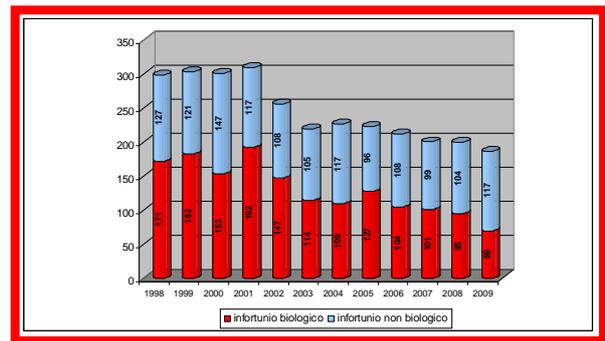
Dal confronto dei 3 grafici che seguono si evince l'incremento negli anni (dal 2007 al 2009) della partecipazione degli operatori a iniziative di formazione sul campo.



I corsi di formazione ed informazione sulla salute e sicurezza sul lavoro hanno pochi, se non addirittura nessuno, indicatori di risultato oggettivamente misurabili.

Generalmente ci si basa sull'andamento infortunistico ed incidentale.

Dalla **figura** si può vedere come l'andamento del fenomeno infortunistico dal 2000 ad oggi sia in lenta ma costante diminuzione



## CRITERIO 8: Risultati relativi alla società

### 8.1 I risultati sociali percepiti dai portatori di interesse

In termini di impatto economico l'Azienda risulta essere la prima azienda in Valle Seriana per numero di addetti: 1061, per un importo complessivo di fatturato annuo pari a 81 milioni di euro (Stipendi distribuiti annui : 24 milioni di euro).

L'Azienda partecipa al Patto sottoscritto da Cgil, Cisl, Uil, Confindustria Bergamo e Imprese&Territorio per il rilancio produttivo e occupazionale della valle.

Il pagamento verso i fornitori di "beni e servizi non sanitari" del Servizio Sanitario Regionale a 90 giorni data protocollo/registrazione della fattura.

L'attenzione dell'Azienda prestata ai **servizi energetici** si è concretizzata negli anni introducendo, in vari step, varie tecnologie volte alla riduzione degli sprechi e all'ottimizzazione dell'efficienza dei servizi, nonché al rispetto dell'ambiente.

La prima operazione in tal senso è stata avviata alla fine del 2002 sottoscrivendo una convenzione di 9 anni con la società Dalkia per fornire energia calorica al presidio ospedaliero Pesenti Fenaroli di Alzano L.do tramite una rete di teleriscaldamento.

La convenzione, tuttora attiva, prevede lo sfruttamento del calore di scarto della centrale di cogenerazione della Cartiera Pigna per il riscaldamento e produzione di acqua calda sanitaria della struttura ospedaliera.

La fornitura si è concretizzata tramite l'installazione, nella centrale termica, di 2 scambiatori di calore con una potenza calorica di 1400 kW cadauno. Questa scelta ha permesso di sospendere la produzione di calore da parte delle due caldaie esistenti riducendo i costi di produzione e le emissioni inquinanti in atmosfera.

Sempre nel 2002 si sono poste le basi per la stipula di una seconda convenzione inerente il servizio per la costruzione e gestione ventennale della centrale degli impianti tecnologici del presidio ospedaliero di Seriate.

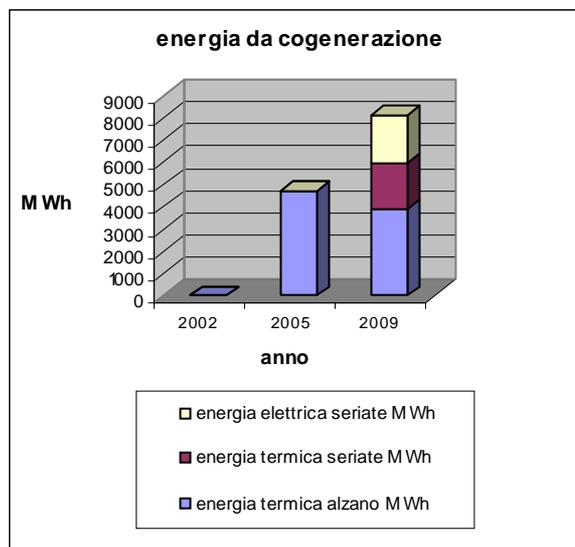
La convenzione, sottoscritta nel giugno del 2003, prevede la costruzione della centrale in 3 fasi seguendo la realizzazione e ristrutturazione in più lotti del nuovo ospedale di Seriate (lavori ancora in corso). Il progetto della centrale prevede l'installazione nella 1° e 3° fase di due gruppi di cogenerazione per la produzione congiunta di energia elettrica ed energia termica.

Ad oggi, avendo completato solo 2 delle 3 fasi, risulta funzionante dal 2006 un gruppo di cogenerazione in grado di fornire una potenza elettrica pari a 526kW e una potenza termica di 600kW.

Nel 2008, tramite un impianto di teleriscaldamento, parte del calore generato dalla centrale termica del presidio ospedaliero Bolognini di Seriate viene utilizzato per il riscaldamento e l'acqua sanitaria da 270 unità abitative costruite in prossimità del nosocomio, ottimizzando così il funzionamento della stessa centrale e riducendo le emissioni in atmosfera altrimenti

generate da tanti piccoli impianti a rendimento termico inferiore.

Nella **figura** si può apprezzare l'incremento continuo dell'utilizzo intelligente di energia proveniente da impianti di cogenerazione.



Relativamente all'immagine che i media hanno della Azienda si riporta l'andamento della presenza sulla stampa locale a partire dall'anno 2000 fino ad oggi.



### 8.2 Gli indicatori della performance sociale dell'organizzazione

Negli anni sono stati siglati una serie di protocolli d'intesa con associazioni e organizzazioni a favore di cittadini socialmente svantaggiati:

- con l'Associazione In Oltre per accessi preferenziali ai pronto soccorso da parte di Disabili, bambini e anziani.
- con ASL di Bergamo per pazienti non udenti
- con l'Associazione "Difendere la vita con Maria" : seppellimento spoglie dei bambini che per aborto naturale o non, non sono venuti alla luce
- con l'associazione "Dutur Claun", animazione e giochi nei reparti di pediatria dell'Azienda.
- con l'associazione "Amici dell'oncologia" per l'assistenza ai pazienti oncologici

- scuola in ospedale, per tutti i bimbi ricoverati presso il reparto di pediatria, è a disposizione una maestra dell'istituto comprensorio "Aldo Moro" di Seriate per lezioni e approfondimenti tematici.

L'Azienda sostiene progetti di sviluppo internazionale, come il Progetto di collaborazione internazionale tra l'ospedale di Seriate e l'Associazione Pax Mondo per accogliere medici e infermieri ghanesi (totale circa 25 persone) presso le strutture dell'azienda per stage formativi.

Sul fronte del sostegno ai valori della partecipazione alla vita civile l'Azienda si è impegnata nel settore del Servizio Civile Regionale e nazionale.

Nell'anno 2004 (anno di avvio del servizio volontario civile) è stato il primo ente ad essere accreditato dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile come ente di seconda classe in Lombardia.

Il riconoscimento è giunto dopo che l'Azienda ha dimostrato di possedere i requisiti strutturali ed organizzativi, nonché di avere adeguate competenze e risorse specificamente destinate al Servizio Civile Nazionale per poter accogliere e seguire, con impegno e professionalità, i giovani interessati a svolgere un anno di servizio civile volontario presso le sue strutture. Nella tabella sottostante si riepilogano gli indicatori di risultato a partire dal 2004 ad oggi.

Anno	Progetti presentati e approvati	Volontari richiesti	Volontari selezionati	Ore lavorate	FTE (Full time equivalent)	Corrispettivi erogati dallo Stato (in euro)
2004	7	46	46	64.400	43	239.016
2005	2	8	8	11.200	7	41.568
2006	9	74	47	65.800	44	244.212
2007	9	45	28	39.200	26	145.488
2008	3	20	12	16.800	11	62.352
2009	5	31	26	36.400	24	135.096
2010	11	43	25	35.000	23	129.900
<b>Totale</b>	<b>46</b>	<b>267</b>	<b>192</b>	<b>268.800</b>	<b>179</b>	<b>997.632</b>

L'adesione dell'Azienda alla rete degli Ospedali per la Promozione della salute sin dal settembre 2004 impegna l'Azienda nell'ambito della prevenzione e dell'educazione alla salute in particolare per l'area della prevenzione delle malattie da tabagismo (Progetto "Ospedali liberi dal fumo") e del sovrappeso e obesità (Progetto corretti stili di vita - I dipendenti dell'azienda contro sovrappeso e obesità).

E' una peculiarità del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda aver avviato contatti con tutte e 124 le Amministrazioni Comunali, attraverso incontri con i Sindaci stessi, gli Assessori ai Servizi Sociali e le Assistenti Sociali comunali. Quest'ultima iniziativa, intrapresa anni or sono in alcune zone, è stata recentemente estesa a tutto il territorio allo scopo sia di coordinare gli interventi della psichiatria con quelli dei vari servizi sociali in una logica di economicità ed efficacia, sia di rappresentare le dimensioni del

problema e le criticità della psichiatria territoriale a partire dai singoli casi.

Il DSM ha inoltre cercato di far crescere un volontariato dedicato alle problematiche della salute mentale sia attraverso incontri di sensibilizzazione, eventi di richiamo, corsi di formazione ad hoc, sia collaborando con i volontari al momento della presentazione e dell'inserimento del paziente nel gruppo e successivamente seguendo il percorso di volontari e pazienti e delle sue eventuali criticità.

Da questo impegno, che sta cercando di allargarsi a tutte le zone dell'esteso e variegato territorio su cui insiste l'Azienda, sono già nate tre Associazioni di volontariato ed una attiva collaborazione con il Club Alpino Italiano.

Il Direttore Sanitario aziendale coordina dal 2009, per conto dell'ASL di Bergamo, tavoli tecnici di professionisti per la definizione di percorsi comuni e condivisi tra tutte le strutture sanitarie del territorio, definiti sulla scorta delle evidenze scientifiche e delle best practices. La scelta del Direttore Sanitario dell'Azienda Bolognini è stata determinata dalla esperienza maturata in Azienda circa l'integrazione dei percorsi clinico assistenziali già realizzati in Azienda nella logica dipartimentale secondo il modello degli Ospedali in rete.

Ad oggi si sono conclusi: i lavori dei tavoli dei gastroenterologi per la definizione di modalità di accesso, preparazione e assistenza post esame per gli esami di endoscopia digestiva; i lavori del tavolo dei radiologi per la definizione di accesso, preparazione ed erogazione di tutte le prestazioni diagnostiche radiologiche. Sono in fase di chiusura: il tavolo tecnico di patologia clinica per la preparazione dei pazienti ai prelievi ed altri esami di laboratorio e anatomia patologica e le modalità di esecuzione degli esami stessi; il tavolo tecnico dei chirurghi e anestesisti per la preparazione dei pazienti da sottoporre agli interventi di bassa complessità assistenziale (ambulatoriali/day surgery).

## Criterion 9 Results relative to key performance

### 9.1 External results: output and out as referred to objectives

The Company has achieved all the objectives of the balance sheet and, with respect to the company objectives assigned annually by the Region Lombardia to the General Director, it is positioned in the high range (percentages of achievement of the Objectives over 90%) with respect to the Regional Sanitary Enterprises.

In the field of **valuation** of sanitary enterprises in the Region Lombardia has activated a process of valuation under the **economic** profile according to a model of analysis elaborated by **Joint Commission** (Project of valuation of Sanitary Enterprises).

The model is based on the calculation of the deviation between the **effective cost** supported by each hospital public and the **expected cost (cost standard)**, in relation to the activity provided by each company (the model uses the data of each company from the regional data warehouse in which confluence of the flows of activity, general accounting and analytical accounting according to the modalities of collection provided).

Annually each company is informed of the result of its **economic performance**.

It is represented by the following trend of the last five years available, where it evidences the **good result** obtained by our company that is always placed among the **top three Lombardy companies**.

Studio Joint Commission	2004	2005	2006	2007	2008
costo atteso gestione caratteristica	138.203	149.195	153.090	142.313	160.770
costo effettivo gestione caratteristica	132.773	138.428	141.443	144.203	160.808
% differenza costo atteso/costo effettivo	0,00%	7,78%	8,23%	-1,31%	-0,02%
% scostamento aziendale dalla Media regionale costo atteso / costo effettivo	-3,21%	-4,06%	-5,93%	-7,60%	-6,86%
<b>Posizione nella classifica delle aziende lombarde sanitarie</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Always under the economic profile the Region Lombardia has activated the monitoring of the costs of some services not core such as the food service, cleaning, laundry, hardware and software.

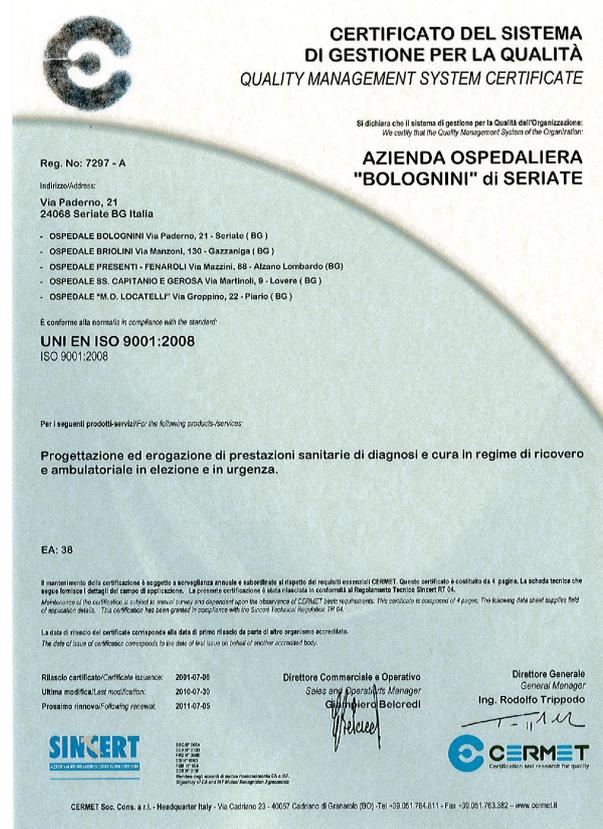
It reports the following overall score obtained by the Company in relation to the services object of monitoring, evidencing the gradual improvement of the company position in the last three evaluations and underlining that the model of evaluation does not distinguish between single companies and those multipresidential (such as ours, for which it is necessarily the duplication of some functions).

	Virtuosità Complessiva				posizione vs rilevazione precedente
	score	range	posizione	range	
1° semestre 2009	29,00	18,50 - 50,67	27	1-33	
2° semestre 2009	32,40	15,07 - 50,60	23	1-33	↑
1° semestre 2010	43,65	22,51 - 63,56	18	1-32	↑

An investigation by the Agency for regional sanitary services that has compiled a «classification» of 102 hospital companies of the peninsula for the **2002** (the first year after the implementation of the stability plan of August 2001) the Company is classified in the second position for the annual cost of a bed; among the first positions also in terms of average daily costs of hospitalization.

A **Sole 24 Ore** research of 2006 places Bolognini among the companies with the least care and most efficient in Italy. A bed won among 87 hospital companies and 616 Italian hospitals. In particular the average cost per bed that in Serrate is the result of 113.391 euro, the lowest in Italy, lower than 38% compared to the national average which is 183.29. The attention to the patient is confirmed by the number of nurses that in the Company are 3,68 per doctor (in Lombardia 2,74; in Italy 2,35)

The result of the Quality ISO 9001 certification process is represented by the certificate of 2010 which is reported below.



L'Azienda si è posizionata tra le prime a livello nazionale, secondo gli indicatori del Progetto SIVEAS "Sistema di Valutazione della Performance della Sanità" Italiana condotto dal Ministero della Salute nell'anno 2010 su dati 2008, pubblicata sul sito del Ministero della Salute stesso.

I processi clinico assistenziali sono risultati conformi agli standard Joint Commission in percentuale elevata, come da report della verifica 2009.

PROGETTO JOINT COMMISSION			
Report della visita novembre 2009			
CONFORMITA' AGLI STANDARD			
Ospedale	Elementi Valutati	Valutazione Complessiva	Percentuale Conformità
Alzano	137	117,5 / 137	86%
Seriate	164	131,75 / 164	80%
Gazzaniga	112	95,5 / 112	85%
Lovere	134	106,5 / 134	79%
Piario	215	201,5 / 215	94%
AZIENDA programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente, monitoraggio manageriale e clinico, gestione risorse umane, formazione, gestione delle comunicazioni interne e delle informazioni	72	59 / 72	82%

L'attenzione alle specificità di genere è attestata dalla attribuzione da parte di O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, di due bollini rosa all'Ospedale di Seriate e a quello di Alzano Lombardo e uno all'Ospedale di Piario fin dal 2007, anno di istituzione del premio.

Risultati della partecipazione a competizioni e premi per la qualità:

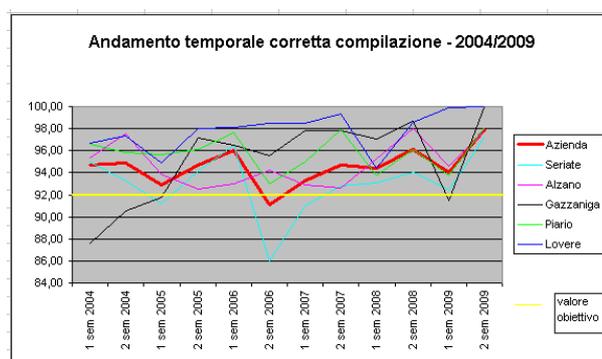
- Premio economico di Regione Lombardia per progetti della rete HPH (Ospedali per la promozione della salute) : premio di 600 euro al progetto "Ospedale Multiculturale" (anno 2007)
- Riconoscimento di 5.000 euro per il progetto "I dipendenti dell'Azienda contro sovrappeso, obesità , abitudine al fumo (anno 2009);
- Progetto di applicazione della metodologia Fmeca in sala operatoria presso l'ospedale di Clusone (ora Piario) ha ottenuto il terzo posto per il Premio istituito dal Coordinamento Caposala della Regione Emilia Romagna alla Fiera Internazionale della Salute – Exposanità 2008;
- La scuola del reparto di Pediatria dell'ospedale di Seriate ha vinto il concorso nazionale «Una pubblica amministrazione da favola» indetto dall'Associazione italiana della comunicazione pubblica e dalla Fondazione Mostra internazionale d'illustrazione per l'infanzia di Sarmede, in provincia di Treviso (anno 2009);
- Progetto "Il controllo della Cartella clinica per la sicurezza del paziente" finalista al Premio The Golden Project conferito da Regione Lombardia (febbraio 2010);
- Poster relativo alla gestione dell'ambulatorio per i pazienti stomizzati è stato premiato al XXV° Corso in Stomatoterapia dell'AIOSS (Congresso Nazionale degli Stomatoterapisti) a Montesilvano (ottobre 2010)

## 9.2 I risultati interni

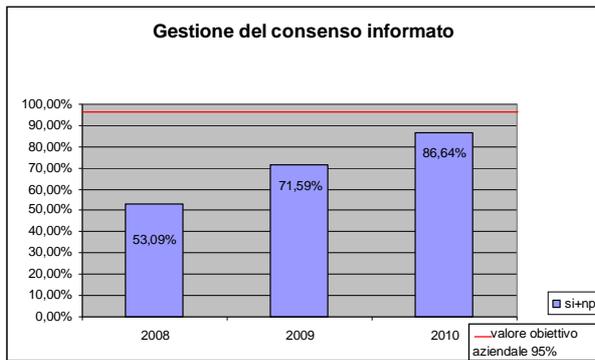
La produzione aziendale sia per l'attività ambulatoriale che per l'attività di ricovero è in calo, il linea ogni anno con le previsioni definite in sede di contrattazione ASL/Azienda, contribuendo all'equilibrio del sistema.

La performance aziendale in termini di appropriatezza della codifica delle prestazioni di ricovero, verificata dai Nuclei di Controllo dell'ASL (tramite l'analisi delle cartelle cliniche e delle Schede di Dimissione Ospedaliera) è risultata negli anni conforme all'atteso: l'Azienda non ha mai avuto sanzioni economiche in quanto il numero delle Cartelle cliniche ricodificate dall'ASL con valore economico negativo è sempre stato inferiore alla soglia del 5% del totale delle cartelle esaminate, oltre la quale scatta la sanzione.

La qualità e completezza della cartella clinica è monitorata semestralmente con una check list ad hoc, che viene aggiornata conformemente alla normativa regionale (per esempio l'ultima DGR del Febbraio 2009) e ha recepito gli standard di qualità stabiliti dal Progetto di valutazione delle Aziende sanitarie. Si riporta il grafico relativo all'andamento aziendale complessivo nel tempo e al benchmarking tra gli Ospedali, da cui si evince che nel secondo semestre 2009 tutti gli ospedali dell'Azienda sono ampiamente sopra lo standard obiettivo che la Direzione Sanitaria ha determinato (percentuale di anomalie <= 8%).



La performance aziendale relativa al processo di gestione del Consenso Informato viene monitorata dal 2008 con controlli annuali, utilizzando una check list regionale. Il consenso informato è infatti individuato come un'area strategica che ha priorità di intervento per il Risk Management. Si riporta l'andamento aziendale in termini percentuali di conformità agli standard della check list: l'obiettivo aziendale (anomalie <= 5%) non è ancora raggiunto, ma è evidente il progressivo miglioramento.



Nell'ambito del risk management si riporta il risultato aggiornato al Luglio 2010 rispetto all'applicazione in azienda delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente.

<b>RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI</b>	<b>recepita?</b>	<b>se sì, con quali modalità, strumenti, azioni?</b>	<b>a che livello?</b>	<b>se "altro" specificare</b>
<b>1</b> corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - kcl - ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	si	gruppo di lavoro multiprofessionale per protocollo d'uso delle soluzioni concentrate di potassio FAR PT LOG 014; PG 7.5 016 Gestione clinica del Farmaco	Azienda	
<b>2</b> prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	si	Gruppo di lavoro dei professionisti per protocollo Conteggio Garze e strumenti	Dipartimento	Dipartimento Chirurgico, Dipartimento Emergenza Urgenza;
<b>3</b> corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	si	Gruppo di lavoro dei professionisti per Protocollo corretta identificazione del paziente	Azienda	
<b>4</b> prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	si	Gruppo di lavoro per PT su agiti auto ed eterolesivi	Dipartimento	Dipartimento salute mentale
<b>5</b> prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ab0	si	PT per l'utilizzo pratico degli emocomponenti; sistema sicurezza in ambito trasfusionale per riconoscimento del paziente con braccialetto dotato di microchip	Azienda	
<b>6</b> prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	si	Formazione ostetriche e medici; PT diagnostico terapeutico; linee guida assistenziali al percorso nascita;	Dipartimento	Dipartimento materno infantile
<b>7</b> prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	si	Corsi di formazione per operatori; Procedura PG 7.5 016 Gestione clinica del Farmaco; adozione codice colore per farmaci ad alto rischio in area emergenza urgenza	Azienda	
<b>8</b> prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	si	Formazione per operatori SPDC e Pronto Soccorso con retraining periodico	Azienda	
<b>9</b> prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	si	Corsi di formazione per operatori; Procedure del Servizio Ingegneria per manutenzione preventiva e verifiche qualità; Protocolli specifici di U.O. per verifiche periodiche (quotidiana/settimanale) del corretto funzionamento delle apparecchiature	Azienda	
<b>10</b> prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	in parte	Formazione per professionisti oncologia	Azienda	
<b>11</b> Prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	si	PT gestione trasferimenti/trasporti urgenti e non urgenti intra ed extra ospedalieri; PT controlli ambulanze; PT specifici di U.O. controllo termoculle	Presidio	Tutti i presidi dell'Azienda