

Azienda per l'Assistenza Sanitaria

n. 5 "Friuli Occidentale"

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone

PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

EX "AZIENDA OSPEDALIERA S.MARIA DEGLI ANGELI DI PORDENONE"

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Presidente: dott. Cesarino Zago

Pordenone,

RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI RELATIVO AL CICLO DELLA PERFORMANCE – ANNO 2014

PREMESSA

Ai sensi dell'art 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009 l'OIV "*monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso*".

Gli ambiti analizzati sono i seguenti:

A . *Performance* organizzativa

- 1) approvazione PAO
- 2) assegnazione del budget ai centri di responsabilità;
- 3) monitoraggio degli obiettivi;
- 4) valutazione finale dei risultati raggiunti

B . *Performance* individuale

C . Processo di attuazione del ciclo della *performance*- Struttura Tecnica Permanente (STP)

D . Infrastruttura di supporto

E . Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto *degli obblighi di pubblicazione*

F . Definizione e gestione degli standard di qualità

G . Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV .

Per effetto delle disposizioni di cui alla L.R. 16 ottobre 2014 n. 17 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" a decorrere dall'1.1.2015 è stata istituita l'AAS n. 5 "Friuli Occidentale" con contestuale soppressione dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" di Pordenone e dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale".

Nel presente documento, oltre a relazionare sul processo di misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale relativa all'anno 2014 dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" e all'avvio del ciclo della performance 2015 dell'AAS n. 5 "Friuli Occidentale", si dà conto dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dalla Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni", e dal Dlgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

La relazione assume quale riferimento gli ambiti indicati nella delibera n. 23/2013 dell'ANAC "Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio e alla Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni".

A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Nell'anno 2014 con decreto del Direttore Generale n.165 del 8/7/2014, l'Azienda Ospedaliera ha approvato e redatto il Piano della Performance 2014-2016 nel rispetto dei principi individuati dalla deliberazione n.112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza, e l'integrità delle amministrazioni "Struttura e modalità di redazione del Piano della performance" (articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150).

La performance è un concetto introdotto dal citato D.Lgs 150/09 che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo d'individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Nell'Azienda, la performance va misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice dipartimentale, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Le fasi del processo relativo alla performance organizzativa posso così essere riassunte:

- 1) approvazione PAO
- 2) avvio della programmazione per budget con le diverse articolazioni aziendali;
- 3) monitoraggio degli obiettivi;
- 4) valutazione finale dei risultati raggiunti.

1) Livelli di programmazione e pianificazione

Si riporta sinteticamente l'articolazione del processo di programmazione e controllo del SSR come disciplinato dalla L.R. n. 49/1996 e dalla L.R. n. 23/2004 e smi.

Nell'ambito degli obiettivi fissati dal Piano sanitario e sociosanitario regionale e dalle linee annuali di gestione emanate dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale 49/1996, il Direttore generale dell'Azienda, in coerenza con il suo mandato, predispone la proposta di PAO/PAL, che deve essere condivisa a livello di Area Vasta, e la presenta alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale al fine di acquisirne il parere obbligatorio prima della negoziazione con la Direzione Centrale Salute.

Il Piano attuativo ospedaliero (PAO) e il Piano attuativo locale (PAL) sono lo strumento attraverso il quale vengono esplicitate le strategie aziendali.

Assume la denominazione di PAO il complesso degli atti di programmazione triennale e annuale previsti dagli articoli dal 13 al 20 della legge regionale 49/1996, come da ultimo modificata dalla legge n. 23/2004, relativi al programma e bilancio pluriennali di previsione e al programma e bilancio preventivo annuali.

Il programma annuale esplicita a livello di Azienda e di struttura operativa le scelte frutto del processo di programmazione annuale. Il programma annuale evidenzia a livello di Azienda e di struttura operativa:

- a) obiettivi annuali e politiche gestionali;
- b) interventi su: struttura organizzativa, processi operativi e direzionali, risorse;
- c) dinamiche del personale;
- d) investimenti da effettuare nell'anno, loro valutazione e modalità di finanziamento.

Sulla base delle Linee annuali per la gestione del SSR, DGR n.2305/2013 e delle Indicazioni Metodologiche ed Operative per la Redazione dei Piani attuativi locali (PAL) e dei Piani attuativi ospedalieri (PAO) 2014, l'Azienda ha adottato il PAO 2014 con deliberazione n. 306 del 27/12/2013.

2) Percorso di budget

Il percorso di budget, che funge da guida e da strumento di controllo di gestione per l'Azienda, ed è riferito all'esercizio corrente, evidenzia gli obiettivi operativi assegnati ai diversi responsabili, sulla base delle risorse umane tecniche, strumentali e finanziarie disponibili, a seguito del percorso di predisposizione del PAO, per il loro raggiungimento.

L'AOSMA adotta il sistema di budget quale strumento che consente l'attribuzione di obiettivi e di risorse ai centri di responsabilità (in sede di programmazione) e la verifica dei risultati (in sede di rendicontazione). Il budget non è quindi solo un indicatore economico bensì un misuratore di attività (sia in termini di volumi che per quanto attiene di qualità).

I budget sono negoziati con i singoli Dipartimenti e Strutture aziendali e vengono mensilmente monitorati dalla funzione di controllo di gestione.

Nell'articolazione organizzativa dell'Azienda vengono identificate due diverse tipologie di Centro di responsabilità: Centri di responsabilità di attività (coincidenti con i dipartimenti, le strutture complesse e le strutture semplici dipartimentali) sia in ambito sanitario che amministrativo/tecnico e Centri di responsabilità di risorsa (uffici/servizi amministrativi).

a) Centro di responsabilità di attività

Sono le articolazioni aziendali deputate allo svolgimento dei servizi istituzionali caratteristici dell'Azienda ospedaliera (in particolare le attività sanitarie).

Tali strutture sono responsabili dell'efficacia ed efficienza delle attività produttive, hanno autonomia e responsabilità relativamente all'utilizzo e all'organizzazione delle risorse assegnate (personale, beni e servizi), esclusa qualsiasi forma di discrezionalità relativa alle modalità di acquisizione delle stesse.

b) Centro di responsabilità di risorsa

Sono le articolazioni aziendali deputate a gestire l'acquisizione delle risorse necessarie all'espletamento delle attività istituzionali (in particolare gli uffici amministrativi).

Tali strutture sono responsabili del processo di acquisizione delle risorse che dovranno essere utilizzate dai centri di attività e dai vincoli gestionali di cui alle linee per la gestione del SSR,

I responsabili dei Centri di risorsa devono curare la previsione della quantità e della qualità, l'acquisizione al migliore rapporto qualità/prezzo, la razionalizzazione, lo sviluppo e la dismissione delle risorse di competenza, senza interferire sulle modalità di utilizzo di questi fattori che spettano ai responsabili dei Centri di attività, fatte salve le indicazioni derivanti dalla ragionevolezza e dal buon andamento amministrativo.

Salva la competenza del Dipartimento per i Servizi Condivisi/EGAS, i responsabili dei Centri di risorsa, nel rispetto della normativa vigente e nei limiti della programmazione regionale e aziendale e del budget annualmente determinato, acquisiscono le risorse di regola tramite procedure (opere, forniture, servizi) ovvero concorsi/avvisi pubblici (personale), adottando i relativi atti in forma di determinazione (Regolamento aziendale di attuazione della legge n. 241/1990).

Il totale di costi previsti per i centri di attività e di risorsa dovrà trovare corrispondenza nel totale del budget previsto a livello generale d'Azienda nel conto economico preventivo. Le risorse utilizzate da più unità operative, sono affidate alla responsabilità del Direttore dello stesso Dipartimento.

A ciascun Centro di responsabilità viene annualmente attribuito, previa negoziazione, un budget specifico (di attività e/o di risorsa) e le connesse responsabilità di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La scheda di budget contiene, in particolare, gli obiettivi da realizzare in un determinato arco temporale (anno solare), le risorse da impiegare e le attività da compiere, ed individua opportuni indicatori utili a verificare il grado di realizzazione degli obiettivi stessi.

La scheda Budget dei Centri di responsabilità di attività/risorsa è articolata in obiettivi di attività, economici, obiettivi regionali (contenuti nel PAO) e obiettivi aziendali.

Collegato alla scheda di budget è il sistema premiate di valutazione del personale.

Esempio scheda di budget assegnata alla Strutture Aziendali

DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE - direttore dr.

SCHEDA OBIETTIVI DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE

Budget 2014

OBIETTIVO	ATTIVITA' PREVISTE	INDICATORE	RISULTATI ATTESI	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
TEMPI D'ATTESA INTERVENTI					
Rispetto Interventi	TA Rispetto dei Tempi di attesa come da indicazioni regionali per gli interventi soggetti a monitoraggio	Rispetto dei Tempi di attesa come da indicazioni regionali per gli interventi di: - Emorroidectomia e ernia inguinale - Tumore mammella, colon, polmone, prostata, rene e vescica, - Endoarteriectomia carotidea:	Rispetto Tempi d'attesa come da indicazioni reg. II - Emorroidectomia e ernia inguinale: 180gg - Tumore mammella, colon, polmone, prostata, rene e vescica, 30gg - Endoarteriectomia carotidea: 60 gg	10 (ai tempi degli interventi riportati nella scheda dell' Urologia	10
TEMPI D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI					
Contenimento del TA e garanzia del volumi	Rispetto dei Tempi di attesa come da indicazioni regionali per le prestazioni ambulatoriali:	Garanzia di 1) flessibilità nella gestione delle agende definite 2) erogazione dei volumi minimi per le seguenti prestazioni - Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici -ecocolordopplergrafia degli arti inferiori: Esofagogastroduodenoscopia Esofagogastroduodenoscopia con biopsia Colonscopia con endoscopio flessibile Sigmoidoscopia Visita generale gastro: Visita urologica Ecografia addome superiore	2) Garanzia dei seguenti volumi minimi di prestazione - Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici : 220 -ecocolordopplergrafia degli arti inferiori: 130+270+160 Esofagogastroduodenoscopia 30+70+670 Esofagogastroduodenoscopia con biopsia 680+500+950 Colonscopia con endoscopio flessibile 400+450+950 Sigmoidoscopia 50+200 Visita generale gastro: 680 Visita urologica 400+400+2800 Ecografia addome superiore 220	10 (ai volumi delle prestazioni riportate nella scheda dell' Urologia)	10

CONSUMI					
Contenimento spesa per beni di consumo	Attivazione di iniziative finalizzate ad un più efficiente utilizzo delle risorse	Spesa dei beni consumo < = al budget assegnato	Rispetto del Budget assegnato	20	20
OBIETTIVI AZIENDALI					
Accreditamento aziendale di eccellenza sedi di S.Vito e Spillimbergo	Sviluppo di politiche e procedure aziendali coerenti con gli standard Joint Commission	Presenza di politiche e procedure aziendali	Proseguimento delle azioni propedeutiche allo sviluppo di politiche e procedure aziendali coerenti con gli standard Joint Commission	5	5
Rischio clinico	Miglioramento degli indicatori relativi alla documentazione sanitaria e alle attività di riduzione del rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> -Valutazione completa del dolore all'ingresso -Completezza del Foglio Unico di Terapia nei primi 7gg. -Corretta identificazione del paziente (tramite doppio identificativo) -completezza consenso per l'intervento chirurgico -completezza scheda sicurezza sala operatorie 	<ul style="list-style-type: none"> -Valutazione completa del dolore >= 90% (std regionale) -Completezza FUT > 70% (std regionale) -Identificazione corretta del paziente : - miglioramento rispetto l'anno precedente - completezza > 90%(std regionale) -completezza > 70%(std regionale) 	10	25
Rischio clinico	Attuazione di iniziative/azioni di miglioramento sulla scorta dell'attività di rischio clinico e/o di segnalazioni dell'utenza	Definizione di protocollo operativo per la gestione dei pazienti chirurgici tra le diverse sedi (hub and spoke)	Riorganizzazione attività	25	10
Decreto Balduzzi	Volumi ed esiti: Interventi chirurgici per Colectomia laparoscopica maggiori di 100 Interventi /anno	Chirurgia 1 PN e Chirurgia 2 PN > di 100 Interventi all'anno.	Elaborazione di una proposta entro il 30 settembre 2014	10	10
Decreto Balduzzi	Volumi ed esiti: Interventi chirurgici per CA mammella maggiori di 100 Interventi /anno	Chirurgia 2 PN > 100 Interventi/anno.	Elaborazione di una proposta entro il 30 settembre 2014	10	10
				100	100

OBIETTIVI GESTIONALI				
Fruizione dei congedi ordinari	Programmazione fruizione da parte del personale della struttura di almeno 30 gg di congedo ordinario	Fruizione di almeno 30 gg congedo ordinario + (per urologia chirurgia 2 e gastro) 15 gg di rischi radiologico	Fruizione almeno di 30 gg di congedo ordinario + (per urologia chirurgia 2 e gastro) 15 gg di rischio radiologico per il personale delle strutture.	5
Formazione	Partecipazione ad eventi formativi sia del personale con obbligo ECM che non	Acquisizione di 15 crediti formativi per personale con obbligo ECM e partecipazione ad almeno un evento formativo per il 50% del personale senza obbligo ECM	Acquisizione in media di 15 crediti formativi personale struttura con obbligo ECM. Per il personale non ECM, partecipazione ad almeno un evento formativo per il 50% del personale di struttura	5
Incontri periodici con i collaboratori per il monitoraggio degli obiettivi di budget	Comunicazione, condivisione e monitoraggio obiettivi 2014 con i collaboratori	Svolgimento di almeno 2 Incontri	Indire e verbalizzare almeno 2 incontri all'anno (compreso quello di presentazione degli obiettivi)	5
				15

100=115 solo per Direttore

OBIETTIVI SPECIFICI			
Progetto	Attività	Indicatori di risultato	RISULTATI CONSEGUITI
Copertura turni per continuità assistenziale	Garantire la continuità assistenziale senza copertura del turn over (per AA2, AA1, Degenza Breve, Chirurgia SP)	Eccedenze orarie validate e rendicontate dal coordinatore	

Il Direttore Dipartimento

Valutazione del personale

Gli accordi integrativi aziendali definiscono le modalità erogazione delle retribuzione di risultato e del premio per la qualità delle prestazioni individuali (ai sensi e per gli effetti dei cui all'art. 4 del CCNL 3.11.2005 e s.m. e i.) e distribuzione delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) siglati per la Dirigenza Medica e la Dirigenza Sanitaria e delle Professioni Sanitarie e Professionale Tecnica ed Amministrativa; nonché accordi per l'erogazione della produttività collettiva e premio per la qualità delle prestazioni individuali (ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4 c.2 del CCNL 7.4.1999), fondo del Direttore Generale per l'emergenze e criticità aziendali, distribuzione delle Risorse Aggiuntive Regionali siglati per il comparto.

Gli accordi sono stati siglati dalle OO.SS. il 31/7/2014 per l'Area della Dirigenza Sanitaria e delle Professioni Sanitarie e Professionale Tecnica ed Amministrativa, il 1/8/2014 per l'Area della Dirigenza Medica ed il 4/8/2014 per l'Area Comparto.

Gli obiettivi incentivati sono finalizzati: all'incremento dell'efficienza quali/quantitativa del sistema ed all'ottimizzazione dei fattori di produzione; al miglioramento dell'efficacia del sistema (out come sull'utenza interna ed esterna) garantendo adeguati standard di qualità; al miglioramento e all'evoluzione organizzativa dei servizi, anche in funzione dell'adeguamento ai nuovi strumenti tecnologici.

Vengono identificati a tal fine, le seguenti tipologie di obiettivi:

- a) generali
- b) specifici
- c) strategici

Obiettivi generali coincidono di norma con quanto previsto dai contratti collettivi nazionali e coinvolgono tutto il personale dirigente e comparto.

Obiettivi specifici coincidono di norma con gli obiettivi di cui alle intese sulle RAR.

Obiettivi strategici coincidono di norma con gli obiettivi a valenza strategica per la Direzione Generale e possono essere individuali o di equipe e sono identificati direttamente dal Direttore Generale, anche al di fuori del processo di budget.

Gli obiettivi incentivati generali, assegnati ai Centri di Attività, sono di norma individuati all'interno del percorso di budget.

Il sistema premiante collega la corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva ad un sistema di valutazione che riguarda:

- a) il grado di raggiungimento dell'obiettivo
- b) l'apporto individuale del dirigente/personale del comparto
- c) l'esercizio di funzioni gestionali per i dirigenti responsabili.

3) Monitoraggio degli obiettivi

Gli obiettivi di PAO sono rendicontati e inviati alla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche sociali al:

- 31 luglio: stato di avanzamento primo semestre
- 30 aprile dell'anno successivo: relazione sulla gestione del Direttore Generale per il Bilancio Consuntivo.

Nel corso dell'anno, in sede di consolidato sono stati modificati alcuni obiettivi di PAO e conseguentemente in sede di valutazione dei risultati sono stati modificati il peso gli obiettivi delle strutture coinvolte (DGR n 1322 del 11/07/2014 con cui si approva il Programma annuale SSR 2014 e DGR n. 2100 del 10/11/2014 "Modifica del bilancio consolidato preventivo 2014").

La S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management ha svolto, nel corso dell'anno, il monitoraggio delle schede di budget con frequenza:

- mensile per l'andamento dei costi dei beni di consumo;
- semestrale per il monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi generali assegnati nelle schede di budget;
- incontri periodici con le U.O. per valutazione sulle criticità di raggiungimento degli obiettivi e sugli indicatori sia di processo che di risultato.

La Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management garantisce le attività di valutazione per le seguenti tipologie di obiettivi:

- Volumi di attività (ambulatoriale, ricovero)
- Consumi
- Indicatori rischio clinico (es. valutazione del dolore, rischio di cadute, tasso di infezioni del sito chirurgico, ecc)

I dati gestionali e prestazionali vengono resi disponibili (con periodicità anche mensile in alcuni casi) anche attraverso il sito intranet aziendale.

Alcuni indicatori vengono monitorati sia a livello regionale che aziendale (es. completezza della cartella endoscopica, screening).

4) Valutazione finale dei risultati raggiunti

L'attività valutativa è avviata attraverso la presentazione della relazione degli obiettivi da parte dei responsabili dei Centri di responsabilità di attività/risorsa, segue la fase istruttoria da parte della S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management e infine la valutazione da parte dell'OIV.

B. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Gli accordi siglati dalle OO.SS. hanno introdotto dal 2014 una valutazione della performance individuale per tutti i dipendenti: dirigenti e comparto.

La tipologia di compensi individuali che consegue, per la dirigenza, è la seguente:

- a) quota base obiettivi generali
- b) quota integrativa obiettivi generali riferita:
 - per i direttori di Dipartimento, SOC, SOS Dip. e SOS Centri di Attività (CdA) – al rispetto del budget economico assegnato ed agli obiettivi gestionali;
 - per i dirigenti alla valutazione sull’apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi
- c) quota obiettivi specifici;
- d) quota obiettivi strategici.

La quota base è distinta per tipologia di incarico, mentre la quota integrativa è attribuita ai dirigenti in relazione alla valutazione del proprio responsabile sulla base dell’apporto individuale degli stessi alla realizzazione degli obiettivi ed è articolata su quattro livelli, per l’attribuzione di un numero crescente di quote economiche.

La tipologia di compensi individuali per il comparto, è la seguente:

- a) obiettivi generali
 - quota base riferita alla categoria di inquadramento
 - quota integrativa obiettivi generali riferita alla valutazione sull’apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi
- b) quota obiettivi specifici;
- c) quota obiettivi strategici.

La quota base spetta a tutti i dipendenti, la quota integrativa è attribuita in relazione all’apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi ed è articolata su quattro livelli, per l’attribuzione di un numero crescente di quote economiche.

C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE-STRUTTURA TECNICA PERMANENTE (STP)

La S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accreditamento e Risk Management assicura le attività di supporto al percorso di budgeting, in particolare per quanto attiene l’analisi dei dati

relativi agli obiettivi. In relazione alle diverse tipologie di obiettivi prestazionali la struttura può avvalersi di professionisti degli uffici/strutture, quali ad esempio S.C. Farmacia, S.C. Affari generali e legali,.

D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO

La S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management utilizza sistemi informativi e sistemi informatici per misurare gli obiettivi economici e di attività, attraverso l'utilizzo di strumenti INSIEL (portale direzionale verticali: business objects consumi, ricoveri, farmaceutica; business objects ambulatoriale)

Nell'anno 2014 è stato avviato, per gli obiettivi gestionali, un sistema di monitoraggio integrato (S.S. Formazione, la S.C. Politiche del personale e Servizio Informatico) per la rilevazione dei crediti formativi del personale con obbligo ECM, mentre è in fase di ulteriore implementazione e perfezionamento, da parte della S.C. Politiche del personale, la rilevazione della fruizione da parte del personale di almeno 30 gg di congedo ordinario.

E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Lo stato di attuazione degli adempimenti previsti dal Programma triennale per la Trasparenza ed Integrità anno 2014-2016 è pubblicato sul sito internet "Amministrazione Trasparente" nella sezione "Disposizioni Generali" sotto sezione "Programma per la Trasparenza e l'Integrità" (stato di attuazione annuale del piano triennale: anno 2014).

F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ

In Regione da anni è consolidato un programma regionale di governo clinico e della sicurezza delle cure.

Nell'ambito del programma di qualità e sicurezza, semestralmente viene realizzato il monitoraggio sulla qualità della documentazione clinica che accompagna i pazienti nei processi clinico-assistenziali.

In tema di sicurezza del paziente e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, è stato svolto il monitoraggio riferito a:

- Infezioni vie respiratorie in pazienti con ventilazione meccanica
- Infezioni sito chirurgico
- Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria
- Pratica dell'igiene delle mani

Sono stati valutati i seguenti indicatori regionali:

- valutazione iniziale del dolore;
- valutazione quotidiana del dolore;
- valutazione rischio lesioni da decubito;
- valutazione rischio cadute;
- sicurezza del farmaco: completezza (compilazione di ogni parte) del foglio unico di terapia;
- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) del consenso informato chirurgico;
- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) del consenso informato anestesiologicalo;
- completezza (compilazione di ogni parte) della check list chirurgica.

Nell'anno 2014 è stato avviato, a livello regionale, un percorso di revisione degli indicatori di esito delle cure sulla base degli standard previsti dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Attualmente le Regioni che partecipano al network sono: Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Toscana, Umbria, Veneto e Friuli Venezia Giulia.

Questo Sistema di valutazione delle performance, risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra regioni differenti.

In ottica multidimensionale i risultati conseguiti dalle aziende sanitarie delle Regioni sono stati analizzati secondo sei dimensioni di analisi, per un totale di 130 indicatori, di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, varie dimensioni della performance del sistema sanitario: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione sanitaria, la valutazione dell'esperienza dei cittadini e dei dipendenti, ed infine la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell'efficienza operativa.

I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un immediato quadro di sintesi sulla performance ottenuta dalla regione/azienda sulle dimensioni del sistema ed in particolare sui punti di forza e di debolezza. Il confronto avviene sia a livello regionale che delle aziende territoriali, ospedaliere e ospedaliero-univeritarie.

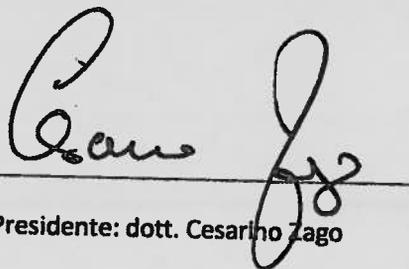
Alcuni di questi indicatori sono stati utilizzati nelle linee per la gestione del SSN 2015 (DGR n. 153/2015) per la definizione degli obiettivi delle linee progettuali contenute nel PAL 2015.

G. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV

L'allegato 1, esplicita gli elementi/criteri di monitoraggio sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni relativo al ciclo della performance anno 2014 dell'ex Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone.

L'allegato 2, si rinvia la pubblicazione, in quanto il processo di assegnazione degli obiettivi 2015 è ancora in corso e non sono ancora stati siglati gli accordi sindacali.

Data 26/8/2015



Presidente: dott. Cesario Zago