

**ASST Cremona**

# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2016**

## Premessa

La presente Relazione è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2016, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

L'anno 2016 è stato il primo anno di avvio della Legge Regionale 11 agosto 2015 n. 23 che introduce il riordino del servizio socio-sanitario lombardo attraverso il passaggio dal concetto di cura a quello di prendersi cura, dalla prestazione alla presa in carico del paziente. La nuova sanità lombarda si configura così in un nuovo assetto organizzativo che intende superare la logica ospedalocentrica; l'Ospedale per acuti, infatti, scompare come azienda autonoma e si integra, in quanto Polo Ospedaliero, con la Rete Territoriale dei servizi, all'interno di una nuova organizzazione, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST).

Non più, dunque, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, ma un unico sistema di offerta nel quale effettivamente programmare, organizzare e gestire processi di "presa in carico" delle persone in modo coordinato e integrato. La riduzione della centralità dell'Ospedale a favore del Territorio e un riassetto dell'organizzazione e delle funzioni orientate verso logiche di accompagnamento della persona sono passaggi necessari per una maggiore integrazione sul territorio delle strutture sanitarie con i servizi alla persona, attraverso nuovi modelli assistenziali e nuovi modelli organizzativi pensati per investire nella promozione della salute.

L'obiettivo è il superamento della frammentarietà dei servizi, attraverso l'omogeneizzazione dei percorsi tra parte ospedaliera e territoriale ed un nuovo riassetto delle specifiche funzioni orientato a nuove logiche di accompagnamento della persona; di fondamentale importanza procedere alla elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza e l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, anche attraverso l'integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali.

Pilastro portante del processo di presa in carico è la valutazione multidimensionale che definisce i bisogni degli utenti e garantisce l'orientamento e l'accesso alla rete dei servizi nella tutela del principio della libera scelta del cittadino.

La legge 23/2015 nel definire il modello di presa in carico prende atto del profondo cambiamento che la Sanità ha registrato negli ultimi decenni, con il passaggio dalla "cura dell'acuzie" alla "gestione della cronicità".

L'ASST di Cremona, dunque, presenta in tale documento le risultanze emerse nell'anno 2016 in relazione ai suoi propri obiettivi strategici e operativi, ai quali sono legati indicatori utili alla misurazione ed alla valutazione del relativo livello di raggiungimento.

La Relazione descrive i risultati raggiunti nel 2016 per ciascuno dei tre livelli:

- la performance organizzativa dell'Azienda rispetto al raggiungimento degli obiettivi annualmente definiti da Regione Lombardia attraverso le Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Aziendale;
- la performance organizzativa delle Unità Operative, in cui è strutturata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget, secondo la procedura definita nel Sistema di misurazione e valutazione della performance;
- la performance individuale del personale dipendente dell'Azienda, rispetto alla qualità della prestazione e al contributo individuale fornito alle strutture di afferenza per il raggiungimento degli obiettivi di budget, secondo le apposite procedure definite dalla contrattazione aziendale.

## **Sommario**

<b>1. Quadro di sintesi dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale.....</b>	<b>pag. 4</b>
<b>2. Il Ciclo di gestione della performance - anno 2016 .....</b>	<b>pag. 5</b>
<b>3. La performance organizzativa dell'Azienda .....</b>	<b>pag. 6</b>
<b>3.1 Gli obiettivi di efficienza ed economicità della gestione.....</b>	<b>pag. 7</b>
<b>3.1.1 La rete ospedaliera.....</b>	<b>pag. 7</b>
<b>3.1.2 Bed management .....</b>	<b>pag. 8</b>
<b>3.1.3 Efficientamento attività chirurgica ospedale Oglio Po .....</b>	<b>pag. 9</b>
<b>3.2 Gli obiettivi di produzione .....</b>	<b>pag. 9</b>
<b>3.3 La gestione della qualità e del rischio clinico.....</b>	<b>pag.10</b>
<b>4. La performance organizzativa delle strutture aziendali .....</b>	<b>pag.10</b>
<b>5. La legge 23/2015 e le reti territoriali.....</b>	<b>pag.14</b>
<b>6. Le innovazioni organizzative .....</b>	<b>pag.16</b>
<b>7. La performance individuale.....</b>	<b>pag.19</b>
<b>8. Trasparenza e anticorruzione .....</b>	<b>pag.19</b>
<b>9. Pubblicità .....</b>	<b>pag.20</b>
<b>10. Allegati alla Relazione della Performance anno 2016 .....</b>	<b>pag.20</b>

## **1. Quadro di sintesi dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale**

La mission dell'ASST è erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, di media o elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità.

In termini generali, il fine perseguito è quello di rendere l'attività aziendale competitiva in termini di:

- ☐ tempi di risposta a fronte di corretti tempi di attesa;
- ☐ qualità delle prestazioni e valorizzazione delle aree di eccellenza;
- ☐ costi interni in rapporto alle condizioni di equilibrio di bilancio.

L'ASST di Cremona conta 2.481 dipendenti fra medici, infermieri, assistenti sociali, assistenti religiosi, personale tecnico e amministrativo, ed ha un bilancio di 119.758.000 euro (di cui 4.958.000 € relativi al territorio).

Le sedi operative che afferiscono all'Azienda sono pertanto le seguenti:

### Presidi Ospedalieri:

Presidio Ospedaliero di Cremona

Presidio Ospedaliero Oglio Po – Casalmaggiore

Presidi Ospedalieri Territoriali: POT di Soresina “ Nuovo Robbiani S.r.l.”

### Strutture Extra Ospedaliere:

Poliambulatorio Specialistico con punto prelievi– Cremona

Centro Medicina dello Sport – Cremona

C.R.A. Casalmaggiore

C.R.A. Cremona

C.R.A. Semi-residenziale Casalmaggiore

C.R.A. Semi-residenziale Cremona

Centro Diurno Cremona

Centro diurno “Il Melograno” – S. Bassano

C.P.A. “La Vela”

C.P.B. Gruppo appartamento Cremona

C.P.B. Casa Famiglia

UONPIA Polo Territoriale Cremona

UONPIA Polo Territoriale Casalmaggiore

UONPIA Polo Territoriale Soresina

CPS Cremona

CPS Soresina

CPS Casalmaggiore

Consultorio familiare pubblico - Casalmaggiore

Consultorio familiare pubblico – Cremona

Consultorio familiare - Soresina

SERT – Casalmaggiore

SERT – Cremona

Di seguito tabella di riepilogo del personale in forza presso l'Azienda alla data del 31.12.2016.

<b>MACRO CLASSI DI PROFILI</b>	<b>31 dicembre 2016</b>	<b>MACRO CLASSI DI PROFILI</b>	<b>31 dicembre 2016</b>
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	7	AMMINISTRATIVI	215
DIRIGENTI MEDICI	394	ASSISTENTI RELIGIOSI	3
DIRIGENTI SANITARI	45	ASSISTENTI SOCIALI	14
DIRIGENTI TECNICI/PROFESSIONALI	3	AUSILIARI/TECNICI	467
		INFERMIERI	1076
		TECNICI RIABILITAZIONE	75
		TECNICI SANITARI	160
		TECNICI VIGILANZA ISPEZIONE	1
<b>TOTALE</b>	<b>470</b>	<b>TOTALE</b>	<b>2011</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO 2481</b>			

## 2. Il Ciclo di gestione della Performance

Dall'anno 2012, l'Azienda ha avviato il proprio ciclo di gestione della performance in ottemperanza alle disposizioni di cui al D.Lgs. 150/2009 c.d. "decreto Brunetta", secondo le indicazioni di cui alle Linee Guida dell'OIV della Regione Lombardia, armonizzando gli esistenti strumenti di programmazione e controllo al nuovo modello integrato di valutazione.

L'U.O. Controllo di Gestione è individuata quale struttura tecnica di supporto.

In particolare, il modello predisposto per le Aziende Sanitarie Pubbliche di Regione Lombardia si pone i seguenti obiettivi:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'azienda sanitaria mediante la predisposizione di un percorso di lavoro che la Direzione intende mettere in campo nel medio-lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendale;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance;
- consentire l'effettuazione di confronti nell'ambito delle aziende del sistema sanitario.

Nel corso del periodo 2012-2016, si è, quindi, consolidato il ciclo di gestione della performance, strutturato secondo i tre livelli della valutazione (livello istituzionale, livello strategico e livello direzionale), come di seguito sinteticamente descritto:

- definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale, individuati con D.G.R. X/5514 del 02/08/2016 e succ. Decreto n. 9607 del 03/10/2016 per definizione indicatori di dettaglio
- negoziazione degli obiettivi di budget durante gli incontri effettuati nel mese di aprile, con i Direttori di Dipartimento ed i responsabili di U.O.;
- monitoraggio periodico e reporting della performance aziendale e della performance organizzativa;
- compilazione delle schede di valutazione della performance individuale da parte dei valutatori di prima istanza in contraddittorio con i valutati, per il personale del comparto;
- validazione del ciclo di gestione della performance, in ogni sua fase, da parte del Nucleo di Valutazione delle Performance.

Gli obiettivi aziendali, trasferiti alle unità operative attraverso il budget, si articolano nelle aree strategiche dell'economicità, intesa come equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, efficacia esterna (impatto sui bisogni), intesa come capacità di soddisfare i bisogni della collettività, efficacia organizzativa (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo e pari opportunità) ed efficacia interna (capacità di un'azienda di raggiungere i propri obiettivi e le proprie finalità).

Con riferimento al livello della programmazione, la misurazione riguarda, dunque, la valutazione dell'effettivo grado di attuazione degli obiettivi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse.

In particolare, le dimensioni oggetto di monitoraggio sono l'efficienza, la qualità dei processi e dell'organizzazione, la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza, l'accessibilità e la soddisfazione dell'utenza.

### **3. La performance organizzativa dell'Azienda**

La programmazione aziendale degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi per l'anno 2016 è stata effettuata sulla base della seguente normativa regionale:

- Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, adottato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 88 del 17.11.2010;
- Regole di gestione del Servizio SSR per l'esercizio 2016 (D.G.R. X/4702 del 29/12/2015, D.G.R. X/5118 del 29/04/2016);
- Piano attuativo anno 2016 del Progetto Regionale CRS-SISS;
- Obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati al Direttore Generale per l'anno 2016 con D.G.R. X/5514 del 02/08/2016 e succ. Decreto di definizione indicatori di dettaglio n. 9607 del 03/10/2016;
- Contratti integrativi anno 2016 tra ASST Cremona e ATS Val Padana per l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e per l'attività di psichiatria e di neuropsichiatria infantile e relativi obiettivi progetti allegati sottoscritti in data 30/05/2016 e 17/06/2016;
- Bilancio Preventivo Aziendale approvato con delibera del Direttore Generale n. 314 del 15/09/2016.

L'Azienda ha sostanzialmente raggiunto tutti gli obiettivi aziendali di interesse regionale dell'anno 2016, elencati con gli indicatori di risultato nell'Allegato 1 e brevemente sviluppati nei paragrafi successivi:

- equilibrio economico del bilancio, con il rispetto dei tempi di pagamento e di rendicontazione economico finanziaria e adesione alle politiche di acquisto secondo la logica delle aggregazioni di domanda del sistema sanitario regionale;
- attuazione delle politiche sanitarie regionali mediante partecipazione ai progetti di sviluppo, tra cui: le reti di patologia, gli specifici obiettivi definiti dal Sistema Informativo Socio Sanitario regionale e indicati nel Piano annuale SISS 2016 adottato dall' Azienda, gli obiettivi elencati in appendice al Contratto stipulato con l'ATS di Cremona il 30/05/2016;
- risposta ai bisogni di salute con l'erogazione dei volumi programmati di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura nel rispetto dei tempi di attesa e degli obiettivi di rendicontazione dei flussi di dati di attività;
- gestione del rischio clinico e della qualità dei processi e delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori, mediante sistemi di autocontrollo e di certificazione esterna (tra cui JCI e certificazione ISO 9001);

### **3.1    *Gli obiettivi di efficienza ed economicità della gestione***

Il bilancio di esercizio 2016 dell'Azienda, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 234 del 26/05/2017 in corso di approvazione da parte di Regione Lombardia, evidenzia un risultato in pareggio conseguito nonostante le gravose misure finanziarie nazionali e regionali. L'esigenza di contribuire all'attuazione delle politiche di contenimento dei costi, ha indotto l'Azienda ad una revisione sia dei processi sanitari, attraverso la continua ricerca di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni a parità della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti, sia dei processi amministrativi, in particolare attraverso l'adesione alle procedure di acquisto centralizzate e la progressiva informatizzazione delle procedure amministrative di supporto all'erogazione dell'attività sanitaria.

Tali risparmi sono stati possibili attraverso una revisione dell'organizzazione dei servizi orientata a razionalizzare l'utilizzo delle risorse mantenendo i livelli qualitativi e quantitativi delle attività, come di seguito rappresentato.

#### **3.1.1   *La rete ospedaliera***

La distribuzione delle funzioni presenti nei singoli presidi ed il loro dimensionamento hanno contribuito a far emergere in maniera più netta il profilo degli stessi presidi, a dare maggiore spessore alla "rete" ed ai principi di integrazione orizzontale, complementarietà, economia delle conoscenze, correlazione fra qualità, sicurezza, expertise e volumi di prestazioni, sostenibilità degli investimenti tecnologici e strutturali sui quali si basa.

L'Azienda ha delineato gli assi portanti di una profonda, ed indispensabile, rivisitazione del modello di offerta ospedaliera, che possono essere individuati in sei ambiti principali:

- integrazione orizzontale/complementarietà fra tutte le strutture esistenti finalizzata alla riduzione delle ridondanze ed alla realizzazione di economie (di scala, di conoscenza, di "sharing" tecnologico), e orientata al decentramento;

- definizione dei modelli organizzativi della assistenza secondo principi centrati sui bisogni e sul contenuto professionale (intensità di cura e complessità assistenziale) e sulla separazione delle funzioni ad elevato contenuto professionale dalla operatività gestionale a supporto (piattaforme produttive: es. aree di ricovero, blocchi operatori, laboratori);
- definizione di "percorsi di cura" in grado di assicurare ad ogni cittadino la garanzia di accedere a cure tempestive ed adeguate per expertise professionale individuale, di équipe e di struttura (PDTA, Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali);
- integrazione verticale con l'assistenza territoriale (assistenza domiciliare, hospice) in maniera da garantire supporto alla "long term care";
- capillarità di risposta da parte del sistema di emergenza-urgenza e piena integrazione con la "rete" dei servizi, secondo il modello dei "percorsi di cura", per le patologie con esito tempo-dipendente (es. IMA, Stroke, politrauma);

Per quanto concerne il Presidio Ospedaliero Cremonese, si ricorda in particolare l'efficientamento dell'attività di ricovero: pre-ricovero, sale operatorie, bed management, andando a ridisegnare l'offerta del pre-ricovero per le discipline chirurgiche.

Nello specifico si è proceduto ad implementare l'offerta settimanale di accessi al pre-ricovero per le seguenti UU.OO.:

- patologia mammaria da 6 a 8 accessi
- chirurgia generale da 12 a 19 accessi
- ortopedia da 15 a 20 accessi
- parto analgesia da 15 a 18 accessi

oltre all'avvio nel mese di luglio 2016 del percorso Fast Track e la stesura della bozza di nuova "SCHEDA DI CONTATTO", atta all'individuazione, in fase di reclutamento, dei possibili pazienti Fast Track. I dati rispetto alla dimissione da pre-ricovero, distinti per fasce orarie nella scansione settimanale prevista, hanno evidenziato come la dimissione dal pre-ricovero avveniva sistematicamente nelle tarde ore pomeridiane; criticità questa che risultava imputabile ai numeri ed alla distribuzione delle specialità presenti in quelle giornate, ragione per cui vi è stata una riformulazione parziale nella distribuzione degli accessi al pre-ricovero.

È stata poi rivista l'informativa aziendale sul pre-ricovero rivolta agli utenti rendendola meglio comprensibile e più dettagliata, precisando i tempi e i modi di svolgimento del pre-ricovero in particolare per quanto attiene i referti degli esami ematochimici e strumentali eseguiti. Inoltre si è programmato 1 posto di accesso per utenti in condizioni di "disabilità psico-fisiche".

Per quanto concerne le sale operatorie dell'Ospedale di Cremona, nel corso del 2016 si è posta l'attenzione sul rispetto della programmazione operatoria. L'obiettivo era il rispetto della programmazione almeno all'80%. Obiettivo raggiunto (percentuale di scostamento fra interventi programmati/interventi effettuati 16,49% anno 2016) nonostante dal mese di settembre 2016 si è proceduto ad attivare iso-risorse, oltre al già esistente canale di neuro-traumatologia, una seduta pomeridiana dal lunedì al venerdì di Neurochirurgia (con attività elettiva mattino e pomeriggio dal lunedì al venerdì) al fine di meglio rispondere alle esigenze dei pazienti.

### **3.1.2 Bed management**

La gestione dei posti letto nel corso del 2016 si è concentrata sulle aree di degenza chirurgica al fine di ottimizzare il percorso del paziente dal momento dell'arruolamento, ricovero (setting appropriato: alta, bassa intensità, Week Surgery,..), all'accesso alla sala operatoria rientro in degenza ed accompagnamento alla dimissione.



Obiettivo 2016:

- A. aumento di posti letto mediamente attivi
- B. miglioramento della saturazione dei posti letto di Week surgery multidisciplinare per i ricoveri di pazienti da sottoporre ad interventi in regime elettivo e programmabili
- C. partendo dal livello di saturazione della Week surgery dell'anno 2015, pari al 77% con posti letto mediamente attivi n° 26,12;

risultati attesi: posti letto mediamente attivi almeno n° 28 (dei 29 letti fisici presenti);  
saturazione dei PL almeno 80%;

L'anno 2016 si è concluso con 28,55 posti letto mediamente attivi quindi con un aumento del 2,43% posti letto attivi rispetto al 2015 e con un tasso di saturazione dell'89%.

Nel corso del 2017 si svilupperà un modello di bed management complessivo dei PL delle strutture ospedaliere dell'ASST di Cremona.

### **3.1.3 Efficientamento dell'attività chirurgica ospedale Oglio Po anno 2016**

Anche nel 2016 si è perseguito il miglioramento dell'efficienza dell'attività operatoria attraverso le seguenti azioni:

- miglioramento dell'occupazione del tempo operatorio assegnato
- rispetto della programmazione operatoria
- consolidamento attività di prericovero
- revisione dello strumentario chirurgico e predisposizione dei SET/KIT monopaziente-monointervento
- consolidamento dell'attività di Week Surgery
- incremento degli interventi monoperatore

Per quanto concerne le ore di sala operatoria offerte in elezione:

$n. 6 \text{ ore /die per sala} \times n.3 \text{ sale} = n. 18 \text{ ore /die} \times 5 \text{ giorni} = 90 \text{ ore /settimana} \times 50 \text{ settimane} = 4.500$

Disponibilità ore sala operatoria 4500 ore/anno

Ore effettive lavorate in elezione: 3.977 ore /anno

Delta = - 532 ore/ anno

Quindi rispetto al dato storico di partenza si è avuto un lieve miglioramento dal 87,6% (anno 2014) all'89% dell'occupazione del tempo operatorio disponibile.

Per quanto concerne il rispetto della programmazione delle attività di sala operatoria nel 2016 su un totale di 3.402 interventi pianificati ed effettuati in elezione (compresi BIC) n. 75, pari al 2.2%, sono stati riprogrammati non essendo stato possibile rispettarne la pianificazione per diversi motivi: in 55 casi per far posto ad urgenze, n.16 casi per problemi organizzativi, in 5 casi per problemi clinici del paziente.

Per quanto concerne il consolidamento dell'attività di Week Surgery nel corso dell'anno 2016 la saturazione dei posti letto della area chirurgica Bassa Intensità è stata del 56.8%

L'indice di trasferimento di pazienti dalla degenza in WS vs setting ad Alta Intensità nella giornata di venerdì è pari a 0.9 % ( n. 20 pazienti su 2.202 , compresi i BIC ).

## **3.2 Gli obiettivi di produzione**

Il valore indicato nel contratto anno 2016 sottoscritto con l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona per DRG relativi ad assistiti lombardi è stato di € 92.771.327.

Inoltre, sono stati riconosciuti € 8.219.000 relativi a prestazioni di ricovero effettuate a pazienti extra regione e € 362.000 per prestazioni a favore di cittadini stranieri.

La valorizzazione della produzione effettiva risulta essere stata pari a € 101.962.035.

Le prestazioni ambulatoriali per il 2016 pari ad € 46.202.911 sono così suddivise:

- prestazioni ambulatoriali per lombardi: € 42.407.522;
- prestazioni ambulatoriali relative a pazienti extra regione e stranieri: € 3.795.389.

Le prestazioni di screening di 1° livello sono state pari ad € 265.539.

I ricavi per l'attività di Neuropsichiatria infantile sono stati pari ad € 1.108.852 comprensivi di € 21.506 riferiti a prestazioni a pazienti extraregione e stranieri. Come previsto nel contratto sottoscritto sono stati conteggiati nel valore complessivo € 241.000 per progetti 2016 relativi alla neuropsichiatria infantile nel territorio della Provincia di Cremona.

Per le prestazioni relative alla attività di psichiatria (46 san), i ricavi relativi al 2016 a favore di pazienti lombardi sono pari ad € 5.101.000, con una domanda ormai strutturalmente superiore all'offerta consentita dalle risorse regionali, almeno nell'assetto di offerta attuale.

### **3.3 La gestione della qualità e del rischio clinico**

L'ASST di Cremona ha investito e continua ad investire nella Qualità, nella costante ricerca di **migliorare la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti e degli operatori**, attraverso il miglioramento continuo dei processi assistenziali (*output*) e dei risultati (*outcome*).

Anche per il 2016 è stata confermata dall'Ente certificatore la certificazione volontaria ISO9001:2008 delle Unità operative coinvolte nei processi di certificazione stessi ed è stata data piena attuazione al Piano annuale di Risk Management, aderendo a tutte le iniziative regionali. Le strutture aziendali sono state, inoltre, coinvolte nella partecipazione ai programmi triennali di valutazione delle Aziende Sanitarie pubbliche e private lombarde con il supporto tecnico di Joint Commission International (JCI), nei progetti regionali di assicurazione e gestione del rischio e nel progetto regionale di monitoraggio periodico degli esiti condotto dal CRISP, avviato da diversi anni. Ricordiamo che il Presidio Ospedalieri Oglio Po è una struttura interamente certificata Joint Commission International.

## **4. La performance organizzativa delle strutture aziendali**

Il processo di programmazione aziendale, nel recepire le direttive regionali che costituiscono obiettivi prioritari per l'Azienda, ne prevede la declinazione con l'assegnazione di obiettivi alle strutture in cui è articolata l'Azienda stessa attraverso lo strumento del budget che evidenzia, per ciascuna unità, le risorse assegnate e i risultati attesi.

L'Azienda utilizza il budget come strumento attraverso il quale condividere principi, strategie, obiettivi e responsabilità e coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno, dell'ottimizzazione dei processi produttivi. Il processo di budget, ancorché definito nell'ambito di una programmazione pluriennale, ha una valenza correlata all'anno di bilancio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere gran parte dei programmi annuali delle attività.

All'interno di questo processo trovano risposta, quindi, anche le indicazioni e gli obiettivi definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale delle Istituzioni locali, regionali e nazionali, e della programmazione economico-finanziaria regionale e nazionale.

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

- obiettivi di sviluppo, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali che come attivazione di programmi di innovazione aziendale;
- obiettivi di miglioramento, che riguardano indicazioni per il completamento e l'affinamento di processi già avviati, in relazione alla dimensione organizzativa e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e per lo sviluppo della qualità dei servizi;
- obiettivi di sostenibilità, orientati prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, e quindi ad assicurare la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.

Inoltre, l'esigenza di garantire qualità, sicurezza ed equità di accesso agli assistiti, unitamente all'aumento dei costi sanitari, ha indirizzato l'Azienda verso la scelta di inserire fra gli obiettivi prioritari da perseguire la definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), in modo da favorire l'adozione di interventi di provata efficacia, raggiungere standard qualitativi elevati, ridurre le variabilità non giustificate, migliorare la comunicazione fra professionisti e con il paziente e fornire riferimenti per il monitoraggio della qualità delle cure (clinical audit).

Gli obiettivi sono correlati ad un idoneo sistema di indicatori rilevati nei sistemi informativi aziendali, in modo da garantire la reale fruibilità delle informazioni utili al processo decisionale attraverso la reportistica aziendale che prevede un aggiornamento mensile.

Ciascuna delle aree inserita nell'ambito della programmazione ai diversi livelli, coerentemente con i propri indicatori, garantisce un migliore apprezzamento degli outcomes dell'azienda, in termini di valutazione degli impatti prodotti. Ove necessario, al fine di promuovere il raggiungimento dei risultati assegnati, verranno, così, definite opportune misure correttive.

La valutazione si basa, infatti, sulla misurazione tempestiva e chiara degli indicatori ma tiene anche conto della contestualizzazione dei risultati in modo da evidenziare eventuali situazioni di criticità nel perseguimento degli obiettivi stessi.

Da questo punto di vista, preme rilevare, che gli indicatori sono il punto di arrivo di un processo di orientamento dei comportamenti.

La scelta degli indicatori fornisce indicazioni ed orientamenti sugli obiettivi dell'organizzazione e sulle modalità che devono essere utilizzate per la valutazione delle performance, anche in termini multidimensionali.

In tale scelta si è cercato di privilegiare quegli indicatori che possiedono le seguenti caratteristiche: rilevanza, focus, standardizzabilità e comprensibilità, supportando con approfondimenti successivi la possibilità, una volta visualizzato il dato di sintesi relativo ad una dimensione di analisi, di esplorare la gerarchia dei fenomeni sottostanti.

La necessaria evoluzione del sistema informativo, così costruito, oltre al consolidamento di un reale strumento di supporto all'assunzione delle decisioni strategiche, capace al tempo stesso di fornire una visione sistemica e di insieme degli ambiti rilevati di valutazione, oltre che di promuovere un orientamento al medio termine delle scelte di governo aziendale, sarà quella di favorire una selezione di informazioni e di indicatori rilevanti, superando il rischio di sovra-accumulo di dati tipico dei sistemi orientati alla gestione dell'operatività e di focalizzarsi sugli aspetti capaci di determinare i risultati di lungo periodo, la crescita qualitativa e la solidità dell'azienda.

Di seguito sintesi dei principali indicatori considerati per ciascuna Unità Operativa dei due presidi ospedalieri:

UU.OO. POC	PL MEDI ORD 2016	DIMESSI R.O. 2016	GG DEG R.O. 2016	PL MEDI DH 2016	DIMESSI DH 2016	NUMERO ACCESSI DH 2016	PA EST
INFETTIVI	12	367	4.493	1	0	0	3.525
MEDICINA INTERNA	55,73	2.178	18.828	1	5	5	36.843
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	0	80	252	0	14	16	7.352
EMATOLOGIA	10	264	3.007	1	4	18	22.559
ONCOLOGIA	22,41	806	7.167	3,58	0	0	24.609
CURE PALLIATIVE	14	364	4.429	1	0	0	2.382
BREAST UNIT	7	228	1.026	4	265	265	12.185
CHIRURGIA GENERALE	36,42	1.292	11.994	15,5	262	262	3.068
CHIRURGIA VASCOLARE	7	384	2.480	1	19	27	5.891
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	33	1.564	6.478	3	427	442	13.580
NIDO	15	872	2.897	0	0	0	0
PEDIATRIA	14,90	767	2.741	2	24	24	11.409
TERAPIA INT.NEONATALE	5	12	253	0	0	0	0
NEONATOLOGIA E PAT.NEONATALE	10	315	4.004	1	36	36	1.647
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27,28	1.326	7.921	2	386	387	13.176
OCULISTICA	0	169	227	0	461	463	19.549
OTORINOLARINGOIATRIA	5	561	2.122	1	103	103	12.379
UROLOGIA	6	540	2.766	1	274	274	4.114
NEFROLOGIA E DIALISI	14	546	4.595	1	0	0	70.664
NEUROLOGIA	22	632	5.472	1	8	8	12.751
NEUROCHIRURGIA	13,67	999	8.029	1	12	12	3.312
DERMATOLOGIA	0	9	107	0	403	596	20.101
PNEUMOLOGIA	28,89	1.111	10.504	1	22	116	15.564
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	29,60	345	10.100	0	0	0	46.509
RIABILITAZIONE GENERALE E GERIATRICA	3,25	56	1.269	0	0	0	0
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	4	80	1.025	0	0	0	0
RADIOTERAPIA	16,20	340	4.902	1	54	54	33.186
TERAPIA INTENSIVA	8	171	1.495	0	0	0	0
CARDIOLOGIA	29	1.421	10.763	1	51	51	16.607
UNITA' CORONARICA	8	72	371	0	0	0	0
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	0	0	1	6	6	34.221
PSICHIATRIA	14,80	458	4.949	0	0	0	761
CURE SUB ACUTE	0,83	0	0	0	0	0	0
MEDICINA D'URGENZA	10	750	3.372	0	0	0	0
MEDICINA DEL LAVORO							608
RADIOLOGIA POC							98.090
LABORATORIO POC							1.585.254
TRASFUSIONALE							83.566
CITOGENETICA							6.089
ANATOMIA PATOLOGICA							18.052
PRONTO SOCCORSO POC							107.376
PSICOLOGIA CLINICA							7.627
DIREZIONE MEDICA POC							30.177
		19.079	150.038		2.836	3.165	2.384.783

UU.OO. POOP	PL MEDI ORD 2016	DIMESSI R.O. 2016	GG DEG R.O. 2016	PL MEDI DH 2016	DIMESSI DH 2016	NUMERO ACCESSI DH 2016	PA EST
CARDIOLOGIA	14	691	4.898	0	0	0	15.413
CHIRURGIA GENERALE	15,08	628	4.424	2	369	369	7.708
MEDICINA GENERALE	47,48	1.661	17.870	1	0	0	10.499
NIDO	10	297	1.002	0	0	0	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15,08	475	3.290	2	128	128	6.547
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	13,61	571	1.950	2	301	301	4.116
PEDIATRIA	10	422	1.747	1	2	2	3.158
PSICHIATRIA	9,87	251	3.387	0	0	0	403
TER.INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	65	774	0	0	0	0
UNITA' CORONARICA	4	63	285	0	0	0	0
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	0	0	0	0	0	0	9.916
CURE SUB ACUTE	8	42	736	0	0	0	0
TERAPIA ANTALGICA	2,23	56	130	0	79	79	1.868
RADIOLOGIA POOP							47.514
LABORATORIO POOP							575.096
PRONTO SOCCORSO POOP							67.799
DIREZIONE MEDICA POOP							5.209
		5.222	40.493		879	879	755.246

## **5. La legge 23/2015 e le reti territoriali**

Sul versante dei servizi territoriali l'Azienda ha individuato alcune direttrici fondamentali nell'area dell'Assistenza Primaria, per dotarsi di un assetto in grado di interpretare al meglio le esigenze di assistenza:

- orientamento deciso al rafforzamento della "prossimità delle cure", secondo principi di accessibilità ed equità, appropriatezza clinica ed organizzativa, accettabilità sociale, sostenibilità economica;
- sviluppo del POT a sostegno dell'innovazione dell'assistenza, con l'obiettivo di consolidarne l'assetto strutturale ed organizzativo secondo un modello multidisciplinare e interprofessionale e ridefinire ruoli e relazioni, dei e tra i principali attori;
- promozione del riassetto del sistema dei servizi socio-sanitari, in maniera da garantire anche su questo terreno risposte appropriate ed efficaci ai bisogni dei cittadini, salvaguardando le esigenze di sostenibilità del sistema.

L'Azienda è particolarmente impegnata sul fronte delle integrazioni con le altre Aziende di ATS. I temi al centro della attenzione riguardano, prioritariamente, la redistribuzione dell'offerta, i modelli organizzativi per la produzione dei servizi, l'appropriatezza ed equità di accesso.

In quest'ottica, le tre Aziende stanno lavorando per la piena integrazione, anche su scala provinciale, delle funzioni che presentano situazioni di ridondanza e margini di razionalizzazione, nella logica della redistribuzione delle attività in relazione alla mission delle singole strutture. A questo scopo si è proceduto ad un intenso lavoro di analisi e valutazione, indispensabile per giungere a scelte condivise, che ha identificato una serie di tappe possibili, che troveranno riscontro, tra l'altro nel POAS 2016-2018.

La Legge 23/15 dispone che la Rete Territoriale sia attribuita alla Direzione Sociosanitaria, la quale è caratterizzata dalle seguenti articolazioni:

- Rete Integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.);
- Rete Integrata Materno Infantile (R.I.M.I.);
- Dipartimento di Salute Mentale;
- Servizio sociale professionale.

Nella prospettiva evolutiva della L.23/2015 l'azione della Direzione Socio-Sanitaria si è sviluppata nell'integrazione con la Direzione Sanitaria sui seguenti elementi:

- l'analisi dei bisogni di salute dei cittadini, soprattutto dei soggetti fragili e cronici;
- il modello di valutazione di presa in carico integrata con team multidisciplinari al fine di migliorare tempi di attesa, l'accessibilità, i percorsi di continuità assistenziale, ecc.;
- l'attivazione di collaborazioni tra i reparti ospedalieri e l'assistenza domiciliare integrata con il coinvolgimento degli specialisti in progettualità di consulenza tempestiva ai MMG, interventi a domicilio, facilitazione di accesso a cure terapeutiche tecnologiche moderne;
- la condivisione di processi di pianificazione-programmazione-innovazione con i clinici aziendali, attraverso l'uso di PDTA ed il monitoraggio di buone pratiche basate sull'evidenza;
- collaborazione allo sviluppo di azioni di promozione della salute favorendo il contatto diretto con i cittadini e lavorando sugli stili di vita sani, garantendo l'integrazione con il territorio attraverso la cultura del "fare insieme".

In virtù della DGR n. X/2989 del 2014 e come meglio precisato nella circolare attuativa del 20/02/2015, è possibile sviluppare progetti interaziendali attraverso l'adozione di una convenzione. In tale ottica le ASST di Mantova e di Cremona hanno condiviso l'esigenza di creare un'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese, al fine di:

- sviluppare integrazione e continuità nei processi di cura, riducendo la frammentazione delle unità d'offerta,
- migliorare l'accessibilità ai servizi,
- favorire lo sviluppo di assetti organizzativi tendenti alla medicina di prossimità,
- ridurre le fughe verso le strutture extra-regionali, quale esito auspicato e derivante dall'ottimizzazione delle unità di offerta e della presa in carico,
- potenziare l'attività del Presidio Ospedaliero Oglio Po grazie all'integrazione con i servizi territoriali, a favore dei cittadini residenti nei comuni degli ex distretti di Casalmaggiore e Viadana.

L'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese si configura come un'articolazione organizzativa che raggruppa un insieme di unità di offerta sanitarie e sociosanitarie afferenti alle due ASST e insistenti sul territorio identificato.

Le attività erogabili riguardano l'ambito psichiatrico, neuropsichiatrico, ambulatoriale, di contrasto alle dipendenze, degli ex distretti di Casalmaggiore e Viadana: consultori, CeAD, scelta e revoca e altri servizi erogati dalle sedi territoriali in ambito sanitario, sociosanitario e amministrativo.

Il modello organizzativo che si intende adottare per l'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese si caratterizzerà per:

- connotazione gestionale del governo delle risorse implicante anche la revisione delle unità d'offerta,
- approccio funzionale per la gestione integrata di attività sociosanitarie per la costruzione di percorsi di orizzontalità e di integrazione ospedale-territorio, indistintamente se afferenti all'una o all'altra ASST.

Rimangono confermati con l'ATS Valpadana le aggregazioni dipartimentali interaziendali seguenti:

- Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico
- Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia
- Dipartimento Interaziendale delle Cure palliative

Con l'ASST di Crema sono state condivise le seguenti convenzioni:

- elettrofisiologia
- radioterapia
- medicina legale

Con l'ASST di Mantova sono state condivise le seguenti convenzioni:

- cardiologia interventistica
- allergologia
- chirurgia toracica
- neurochirurgia
- endocrinologia pediatrica.

Sempre con l'ASST di Mantova è stata inoltre concordata l'istituzione dei dipartimenti funzionali interaziendali in seguito descritti:

- Dipartimento Funzionale Interaziendale Neuroscienze MN-CR
- Dipartimento Funzionale Interaziendale Medicina di Laboratorio

Si è proceduto, inoltre, in direzione di un ulteriore consolidamento e sviluppo delle aggregazioni d'acquisto, coerentemente con gli obiettivi di programmazione definiti annualmente. In particolare, oltre al consolidamento degli acquisti in unione per i beni sanitari, si punta allo sviluppo del settore delle tecnologie sanitarie ed informatiche e dei servizi, con particolare riferimento ai servizi alberghieri e a quelli di manutenzione, anche al fine di

omogeneizzare gli strumenti gestionali, migliorare e uniformare gli standard di servizio, massimizzare l'efficienza delle strutture ed ottenere economie di scala, come ad esempio, l'adozione di strumenti informatici unici (cogliendo anche le opportunità connesse con le iniziative regionali sulla gestione del personale e sull'area amministrativa).

## **6. Le innovazioni organizzative**

Nel corso del 2016 l'Azienda ha implementato ulteriormente il modello organizzativo basato sull'intensità di cura e la complessità assistenziale.

Il modello si basa sulla presa in carico del paziente attraverso l'utilizzo ragionevole del personale infermieristico, organizzato per area funzionale piuttosto che per reparto. Il paziente, quindi, è al centro di ogni attività, in una logica di intervento multidisciplinare.

Questo modello organizzativo presenta una serie di vantaggi, come una migliore coerenza tra il setting assistenziale necessario e quello offerto, una gestione più flessibile e razionale dei posti letto, una migliore distribuzione dei carichi di lavoro, una gestione del rischio più efficace.

In particolare, si rappresenta di seguito il progetto "Area Donna", che ha preso avvio operativo nell'ottobre del 2016.

L'istituzione di un'"Area Donna" – Women Cancer Comprehensive Centre" presso la ASST di Cremona viene intesa come AREA in cui si integrano strutture dedicate a seguire la donna nella sua globalità: dalla prevenzione, alla diagnosi precoce, al trattamento chirurgico oncologico e plastico, a quello medico ed alla riabilitazione, dei tumori della mammella e della sfera genitale femminile.

Gli obiettivi del progetto sono:

- offrire alle donne un unico "involucro" in cui possano trovare specialisti e strutture adeguate in cui seguire tutto l'intero processo preventivo-diagnostico (informazione, educazione sanitaria, visita specialistica, mammografia, ecografia, esami cito-istologici, ecc.), terapeutico (interventistica mini-invasiva, chirurgia demolitiva e plastica ricostruttiva), riabilitativo psico-fisico sociale e successivo controllo.
- garantire una diagnosi e una cura dei tumori della sfera femminile, con i metodi che vengono riconosciuti internazionalmente come i più validi.
- offrire una gestione multidisciplinare nel campo dei tumori, per capirne meglio i meccanismi biologici e per migliorare continuamente i sistemi di diagnosi e di cura, l'informazione oncologica dei cittadini e la formazione del personale medico e infermieristico impegnato nel trattamento del cancro.

I valori della assistenza della AREA DONNA si basano su:

- Innovazione

L'Area DONNA si propone come portatore d'innovazione per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia per l'aspetto di ricerca e sanitario, sia per gli aspetti legati all'organizzazione.

- Affidabilità

L'Area DONNA con le sue componenti agisce con continuità e costanza adeguando azioni, comportamenti e servizi prodotti alle necessità dei pazienti oncologici, alle priorità e agli obiettivi a tal fine fissati. Gli impegni sono assunti e rispettati per le aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenza.

- Centralità del paziente

Il sistema dei servizi concentra l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione dell'utente sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista.

- Efficacia e Risultati

Il processo decisionale seleziona le azioni basate su prove d'evidenza nella capacità di



raggiungere gli obiettivi assistenziali od organizzativi che si intendono perseguire, adeguando continuamente tipo e modo di intervento in funzione dei risultati raggiunti.

- Equità

L'Area DONNA si propone di garantire, a parità di bisogno e di competenza, pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dal SSN al fine di assicurare alla popolazione livelli di assistenza adeguati nella loro appropriatezza e qualità.

- Trasparenza

L'Area DONNA si propone di garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni su procedure, risorse e risultati; garantisce altresì visibilità e comprensibilità del processo decisionale, internamente ed esternamente.

La certificazione EUSOMA, per le unità dedicate alla cura della patologia femminile con particolare riferimento al tumore della mammella, sarà l'elemento qualificante dell'AREA DONNA.

L'AREA DONNA riunisce tutti i servizi coinvolti nella diagnosi e cura della patologia mammaria e ginecologica, assicurando la multidisciplinarietà (cioè presenza e consulto simultaneo di specialisti di branca diversa) dell'assistenza garantendo, alle donne affette da neoplasia della mammella e dei tumori femminili, un percorso completo e facilitato. L'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico prevede un percorso unico e predefinito, indipendentemente dalle modalità di accesso della donna alla nuova struttura AREA DONNA (inviata dal medico di medicina generale, inviata per indagini di secondo livello dopo partecipazione a programma di screening, inviata da centro diagnostico, mediante accesso diretto, ecc.).

L'AREA DONNA ha un suo CUP dedicato, posto al 4 piano, che garantisce rapidamente tutte le prenotazioni per le prestazioni necessarie, supportato nella gestione operativa da un'equipe infermieristica dedicata alla DONNA ed ai suoi percorsi, coordinata dalla Caposala e coadiuvata da Case Manager.

Peculiarità/caratteristiche area Terapia:

- Lounge per Area Terapia ispirata e dedicata dai/ai pazienti oncologici ed ai loro famigliari.
- Area dedicata (Clinical Trial Unit) allo sviluppo di nuovi farmaci costruita nel pieno rispetto delle norme europee ed americane.
- Ufficio dedicato alla gestione della parte burocratica per i malati di tumore e per il ritiro gratuito in caso di necessità di parrucche.
- Presenza dello psicologo.
- Ambulatorio di estetica oncologica e del tatuatore di chirurgia estetica (non ancora attivi ma previsti da settembre 2017).
- Presenza del ginecologo, del radioterapista (non ancora attiva presso la nuova area, ma prevista da settembre 2017) ed oncologo per la scelta multidisciplinare della terapia oncologica.
- Verrà attivato un ambulatorio di riabilitazione specialistica e nutrizione oncologica (non ancora attivi ma previsti da luglio 2017).

Peculiarità/caratteristiche area Diagnostica:

- Area visite dedicata e di diagnostica radiologica (mammografie ed ecografie) fortemente integrate con una costante presenza del chirurgo senologo e radiologi dedicati ogni giorno.
- Attivazione di Programmi di Screening senologico (clinico e radiologico) in base al rischio individuale.
- Giornata di Day-Service (Giovedì) per diagnosi istantanee con il Patologo dedicato all'AREA DONNA. A questo si aggiunge, l'ambulatorio di "Breast In Time for Diagnosis" cioè un ambulatorio giornaliero dalle 12 alle 14 in cui un chirurgo senologo ed un radiologo sono presenti e dedicati per tutte le procedure diagnostiche senologiche necessarie così da evitare il più possibile alla donna tempi d'attesa.

- Ambulatorio Ginecologico: da lunedì al giovedì, il ginecologo offrirà visite specialistiche integrate per una valutazione completa per la donna (al momento non ancora attivo).
- Ambulatorio di Promozione della Salute: psicologo e assistente sanitario dedicato alla diffusione e cultura della prevenzione in ambito di AREA DONNA.
- Ambulatorio di Genetica Medica per indicazioni precise sulla familiarità e sul rischio genetico associato alla patologia femminile (al momento non ancora attivo).

Peculiarità/caratteristiche area Chirurgia:

- Chirurgia senologica
- Chirurgia plastica
- Chirurgia onco-plastica

Peculiarità/caratteristiche area laboratorio:

Le nuove frontiere della biologia molecolare in ambito di diagnostica senologica diventano sempre più importanti per una sempre più precisa scelta terapeutica. Il laboratorio offre diagnosi biomolecolare per una terapia sempre più mirata eseguita su sangue e cellule: la biopsia liquida.

Area DONNA, dunque, crea continuità nel percorso di cura della donna con patologia oncologica senologica e oncologica ginecologica, con esiti di cronicità e quindi con bisogni di assistenza "long-term", favorendo la presa in carico della paziente in tutte le fasi della malattia: dalla diagnosi e stadiazione, al trattamento chirurgico e/o chemioterapico, ormonoterapico, immunoterapico, radioterapico, al follow-up e alla riabilitazione (fisiocinesiterapia, psico-oncologia, attività ricreative) fino eventualmente al trattamento palliativo, garantendo la continuità dei percorsi tra ospedale e territorio.

I risultati attesi da questa nuova offerta di cura:

- efficace ed appropriata presa in carico delle pazienti con percorsi di cura "long-term"
- continuità delle cure anche dopo la dimissione e nelle riammissioni successive
- miglioramento degli esiti clinici, della qualità di vita, promozione dell'autonomia nella cronicità
- ottimizzazione dei percorsi clinico-assistenziali e dell'uso delle risorse
- migliore gestione del rischio clinico e della sicurezza delle pazienti
- elevato grado di soddisfazione delle pazienti e delle famiglie rispetto al modello assistenziale
- miglioramento della qualità della comunicazione tra gli operatori e le pazienti / i caregivers
- rinforzo della rete di collaborazione tra ospedale, servizi territoriali e medici di medicina generale
- promozione di un ambiente di cura e lavoro centrato sulla "persona"

Area Donna e le collaborazioni con l'Università:

L'ASST di Cremona ha formalizzato un accordo con Università di Trieste e del Sacro Cuore di Roma. Sono in essere ed in fase di stipula altre convenzioni con Università inglesi, americane oltre che italiane. Lo scopo è quello di permettere al paziente di accedere a "second opinion" o valutazione specialistiche ulteriori di alto profilo "senza muoversi da casa" da parte della donna e con la garanzia di alta professionalità e di coordinamento professionale degli specialisti afferenti all'AREA DONNA. Gli accordi permetteranno anche la possibilità di accedere a nuove procedure diagnostiche e farmacologiche innovative.

Area Donna e Ricerca:

Studi attivi con arruolamento aperto: 12

Studi attivi con arruolamento chiuso (pazienti in follow-up): 11

Studi in attivazione: 11

## **7. La performance individuale**

Il Ciclo della performance si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente, appartenente alla dirigenza ed al comparto, effettuato sulla base del sistema di valutazione adottato dall'Azienda, dai valutatori di prima istanza, ovvero dai Responsabili delle unità operative aziendali.

La valutazione viene effettuata sulla base di obiettivi e competenze mediante compilazione, in contraddittorio, di una scheda di valutazione a tal fine predisposta nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale.

La valutazione tiene conto sia della qualità della prestazione resa dal dipendente, e per il comparto, sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

Alla valutazione individuale è collegata la retribuzione accessoria di cui al Fondo di Risultato della dirigenza e al Fondo per la Produttività Collettiva del comparto.

La valutazione del personale è stata mediamente elevata, raggiungendo la piena valutazione per la quasi totalità del personale dirigente.

La media del punteggio conseguito dal personale del comparto è stata pari a 168/200 ed il 70,32% dei dipendenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media.

## **8. Trasparenza e anticorruzione**

In tema di trasparenza e anticorruzione si riportano di seguito le principali linee d'azione attuate nell'anno 2016.

- Verifica trimestrale del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013

La verifica periodica dell'aggiornamento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013 ha evidenziato nel corso dell'anno, in alcuni ambiti, la necessità di implementare ed aggiornare le informazioni presenti nell'area "Amministrazione trasparente". In tali casi, in collaborazione con i diretti responsabili della pubblicazione si è provveduto agli aggiornamenti necessari. È stato inoltre necessaria l'analisi approfondita dei nuovi obblighi di trasparenza introdotti con il D.Lgs. 97/2016, al fine di pianificare l'adeguamento dell'area Amministrazione trasparente alle modifiche normative. La verifica annuale da parte del Nucleo di Valutazione, effettuata sul campione di informazioni indicato da ANAC nella delibera n. 236/2017, ha dato esito positivo.

- Adozione regolamento per le modalità di segnalazione e tutela del Whistleblower sulla base delle linee guida ANAC

Il regolamento aziendale per la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, elaborata in collaborazione tra il Responsabile anticorruzione ed il responsabile U.O. Affari Generali e Legali, sulla scorta delle Linee guida ANAC (Determinazione n. 6/2015), è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 46 del 17.02.2016 e pubblicato sul sito internet, area Amministrazione trasparente, e nella intranet aziendale.

- Programmazione acquisti di beni e servizi – riduzione degli acquisti diretti e "in economia"

Nel corso dell'anno è stato istituito un tavolo di lavoro al quale hanno partecipato il direttore Provveditorato Econmato, il Direttore Farmacia Aziendale, il responsabile UO Tecnico Patrimoniale, il RPC, il responsabile della Funzione di Internal Auditing, finalizzato alla riduzione degli acquisti in economia ed acquisti diretti. Il Gruppo di lavoro, anche con il coinvolgimento diretto di referenti coordinatori infermieristici e tecnici per la parte di competenze di specifiche UUOO, ha analizzato i dati storici relativi agli acquisti in economia per le diverse categorie merceologiche, andando ad individuare le categorie di acquisti di maggiore

impatto economico. Per ciascuna di esse è stata verificata preliminarmente la possibilità di adesione a gare consorziate, gare Consip o Centrale regionale acquisti; nei casi in cui tale soluzione non è stata possibile, sono stati definiti i fabbisogni al fine di procedere con autonoma procedura di affidamento. I risultati del lavoro, condotto in diretta collaborazione con la funzione di internal auditing, sono stati sintetizzati in apposita relazione trasmessa a Regione Lombardia.

- Esercizio della Libera professione intra moenia – corretta prenotazione delle prestazioni

Nel corso dell'anno è stata monitorata periodicamente la corretta e completa prenotazione delle prestazioni erogate in regime di Libera professione intra moenia, al fine di ridurre progressivamente il fenomeno della mancata prenotazione (inserimento in accesso diretto al momento dell'erogazione e/o del pagamento della prestazione) e favorire la piena tracciabilità dell'attività. Si è inoltre provveduto a completare la messa in rete degli studi privati autorizzati all'esercizio della cosiddetta Libera professione intra moenia allargata, anche in questo caso al fine di tracciare in modo sicuro l'accesso alle prestazioni ed il relativo pagamento.

## **9. Pubblicità**

La Relazione della Performance 2016, verificata dal Nucleo di Valutazione Aziendale, è adottata secondo i criteri di massima trasparenza dei processi attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, nella sezione denominata «Amministrazione trasparente», presente in home page.

## **10. Allegati alla Relazione della Performance 2016**

Allegato 1: obiettivi aziendali di interesse regionale 2016

Allegato 2: valutazioni strutture aziendali

Allegato 3: DRG a rischio inappropriatezza

Allegato 4: indicatori di outcome

Allegato 5: indicatori PDTA

Allegato 6: indicatori appropriatezza