



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DECRETO N. 86 DEL 27/02/2020

**OGGETTO: ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE PER IL
TRIENNIO 2020-2022**

IL DIRETTORE GENERALE – DR. GIUSEPPE ROSSI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gianluca Bracchi

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

Rosario Canino

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Paola Mosa

Il Responsabile del procedimento: Michela Mancini

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATE le seguenti normative nazionali:

- decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” con particolare riferimento all’art. 10;
- decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.P.A.A.”;
- indicazioni tecniche della CIVIT, ora ANAC (Agenzia Nazionale Anticorruzione), le cui competenze in materia di misurazione e valutazione della performance sono state trasferite al Dipartimento della Funzione Pubblica e di cui alle deliberazioni n. 112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della Performance”, n. 1/2012 “Linee Guida relative al miglioramento dei sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della Performance” e n. 6/2013 “Linee Guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013”;
- direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche” ;

RICHIAMATE le seguenti disposizioni regionali:

- d.G.R. n. IX/2633 del 06 dicembre 2011 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’anno 2012”, ove all’allegato 2 si richiede alle Aziende Sanitarie pubbliche la coerenza tra la programmazione regionale con gli obiettivi operativi delle singole strutture per la definizione di detto Piano delle Performance;
- circolare del Direttore Generale Sanità della Regione Lombardia prot. n. H1.2011.0037249 del 20.12.2011 ad oggetto: “Indicazioni relative all’applicazione della D.G.R. n. IX/2633 del 06 dicembre 2011”;
- decreto della Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia n. 349 del 23 gennaio 2012 avente come oggetto: “Approvazione del metodo per l’individuazione dell’indice sintetico di performance per le strutture di ricovero”;
- d.G.R. XI/2672 del 16/12/2019 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l’esercizio 2020”;
- d.G.R. XI/1082 del 17/12/2018 “Determinazioni in ordine alla Direzione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona”;
- linee guida rilasciate dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di Regione Lombardia “Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde”;

PRECISATO che, a fronte dell’approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, di cui alla d.G.R. n. X/6330 del 13/03/2017 ad oggetto “Determinazione in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell’ASST di Cremona”, che contiene l’articolazione per ruoli e livelli di responsabilità dell’ASST di Cremona e del completamento del processo di integrazione con le realtà territoriali incorporate, il Piano triennale della Performance a scorrimento 2020-2022 rappresenta la declinazione degli indirizzi strategici aziendali;

RICHIAMATO, altresì, il decreto aziendale n. 81 del 28/02/2019 ad oggetto “Adozione del Piano delle Performance per il triennio 2019-2021;

VALUTATO che il Piano triennale della Performance a scorrimento 2020-2022 è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento ed è stato sottoposto in data 21/02/2020 al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell’A.S.S.T di Cremona, che ha validato lo stesso, valutandolo in linea con le disposizioni normative nazionali e regionali;

VISTA la documentazione predisposta dalla U.O. Controllo Direzionale allegata al presente decreto quale parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO dell’attestazione resa dal competente Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del provvedimento;

RITENUTO, pertanto, di procedere alla formale adozione del Piano triennale della Performance a scorrimento 2020-2022 ed alla relativa pubblicazione dello stesso, in osservanza dei vigenti dispositivi normativi, sul sito istituzionale dell’Azienda;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA

1. di procedere alla formale adozione del Piano triennale delle Performance a scorrimento 2020-2022, come da documento allegato quale parte integrante del presente provvedimento, revisione annuale del Piano delle Performance per il triennio 2019-2021;
2. di disporre la pubblicazione del Piano delle Performance sul sito Internet Aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”, nell’area dedicata alla “Performance” (ai sensi dell’art. 5 del Decreto Legislativo n. 33/2013 come modificato dal Decreto Legislativo n. 97/2016);
3. di dare atto che dall’adozione del presente provvedimento non derivano costi specifici a carico dell’ASST di Cremona;
4. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell’art. 17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

Firmato digitalmente
Dr. Giuseppe Rossi



Piano triennale della Performance 2020-2022





Indice

1. Premessa	3
2. L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale	5
2.1 Situazione territoriale e demografica	7
2.2 Organizzazione e dipartimenti	7
2.3 Azienda in cifre	11
3. Mission e vision	20
4. Strategie	21
5. Progetti strategici e programmazione	22
5.1 Presa in Carico del paziente cronico e integrazione ospedale (L.R. 23/2015)	22
5.2 Governo dei tempi di attesa e miglioramento dell'accessibilità	24
5.3 Esiti e appropriatezza clinica e organizzativa	26
5.4 Ottimizzazione dei processi interni aziendali	28
5.5 Aggiornamento e adeguamento tecnologico e strutturale	30
5.6 Gestione dei rapporti clinici interaziendali	31
6. La misurazione della performance	32
6.1 Performance Aziendale	32
6.2 Performance organizzativa	37
6.3 Performance individuale	38
6.4 Il ciclo di gestione della performance	39
7. Integrazione con altri strumenti di programmazione aziendale	40
7.1 Trasparenza e anticorruzione	40
7.2 Internal auditing	42
7.3 Piano integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)	42
7.4 Piano triennale delle azioni positive	43

Allegato: Piano Azioni Positive 2020/2022



1. Premessa

Il presente Piano della Performance (di seguito PdP) è il **documento programmatico** in cui sono esplicitati gli **obiettivi strategici** ed operativi che l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona intende perseguire nel **triennio 2020-2022** al fine di:

- comunicare al cittadino, in modo trasparente, l'impegno concreto dell'Azienda nella tutela e nella promozione della salute, in un'ottica di maggiore accountability e trasparenza;
- individuare e incorporare le attese dei diversi *stakeholders* (ATS, Regione Lombardia, utenti interni ed esterni);
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance attraverso l'introduzione di uno strumento di apprendimento organizzativo a supporto dei processi decisionali.

Nel PdP viene posto al centro il concetto di *Performance*, intesa come il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi per i quali l'organizzazione opera anche in relazione agli indirizzi strategici definiti in fase di pianificazione di medio-lungo periodo.

Per la definizione degli obiettivi si distinguono **tre livelli di processo**:

1. **istituzionale**, ovvero l'ambito degli obiettivi strategici di indirizzo definiti nel piano Socio Sanitario Regionale e nelle D.G.R. contenenti le Regole di Sistema;
2. **strategico**, ovvero l'insieme degli obiettivi di mandato che Regione Lombardia individua ed assegna alla Direzione Generale aziendale;
3. **operativo**, ovvero gli obiettivi strategici aziendali che la Direzione Generale, in coerenza con il PSSR ed il proprio contesto di riferimento, assegna alle articolazioni organizzative aziendali, in aggiunta a quelli istituzionali. Le strategie aziendali sono, quindi, declinate nell'ambito della programmazione annuale in piani di miglioramento/progetti e obiettivi operativi attraverso, rispettivamente, gli strumenti tipici della gestione per progetti e le schede budget.

Il PdP, predisposto in attuazione delle disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e delle linee guida fornite dall'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) di Regione Lombardia, rappresenta, quindi, un documento strategico programmatico che dà avvio al **ciclo di gestione delle performance**, definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance stessa. Il PdP si integra, infine, con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, con i Bilanci aziendali e con il Sistema di Gestione della Qualità.

Nello specifico, l'insieme dei contenuti del PdP 2020-2022 è strettamente correlato:

- alla programmazione regionale, con particolare riferimento alla Deliberazione di Giunta Regionale n. XI /2672 del 16/12/2019 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario Regionale per l'esercizio 2020";
- agli indirizzi istituzionali provenienti dall'applicazione della Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009 n.33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";
- decreto Regione Lombardia n. 962 del 29 gennaio 2020 "Assegnazione a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia dei controlli delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del FSR per l'esercizio 2020";
- alle linee strategiche contenute nel nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) approvato con D.G.R. X/6330 del 13/03/2017, per renderlo coerente con gli indirizzi e gli obiettivi strategici regionali e aziendali.
- al decreto della Regione Lombardia n°XI/1082 del 17-12-2018 "Determinazioni in ordine alla direzione dell'azienda socio sanitaria (ASST) di Cremona

Il presente PdP si articola nelle seguenti parti:

1. descrizione dell'**organizzazione** e dell'attività dell'Azienda,
2. definizione della **mission e vision aziendale**, nonché la declinazione di quest'ultime nelle aree strategiche aziendali,
3. descrizione dei **progetti strategici** aziendali con una loro programmazione gestionale per il triennio 2019-2021,
4. definizione del **sistema di misurazione e valutazione delle performance** in termini di principi e logiche, di processo (ciclo di gestione della performance) e di strumenti operativi adottati (processo budget).

In applicazione dell'art. 10, c. 8, lett. b) del decreto legislativo 14.3.2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" corre l'obbligo, per la pubblica amministrazione, di pubblicazione del Piano in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente".



2. L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona è stata costituita a decorrere dall'1.1.2016 con Deliberazione di Giunta della Regione Lombardia n. X/4494 del 10.12.2015 "Costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona" a cui ha fatto seguito il Decreto Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia n. 11964 del 31.12.2015 di "Attuazione L.R. 23/2015: Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona – Trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO".

Rispetto al territorio della ATS Val Padana, la nostra azienda è baricentrica, fattore che la rende interlocutore privilegiato per alleanze con le altre ASST dei territori confinanti in funzione di precise progettualità.

Al 1 gennaio 2016, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona risultava costituita da 2 presidi ospedalieri (Presidio Ospedaliero di Oglio Po - Presidio Ospedaliero di Cremona) già parte della ex Azienda Ospedaliera di Cremona e dai servizi socio-sanitari provenienti dagli ambiti territoriali della ex ASL di Cremona, identificati nelle seguenti strutture/attività:

- **Sert - erogazione (2 sedi):** si occupa prevalentemente della presa in carico di utenti con problemi di tossicodipendenza, alcool-dipendenza, gioco d'azzardo e tabagismo. Effettua consulenze per le persone inviate dalla CMLP (protocollo CMLP – NOA per persone segnalate per guida in stato di ebbrezza) e programmi riabilitativi per le persone segnalate dalla Prefettura per infrazione art. 75 e 121 di cui al DPR 309/90. Il Sert di Cremona si occupa anche dei detenuti tossico/alcol dipendenti.
- **Consultori (3 sedi):** il modello consultoriale operativo realizzato è quello del Consultorio Familiare Integrato (CFI) con focus centrale sulla famiglia; si rivolge pertanto a persone singole, coppie e nuclei familiari in tutte le fasi esistenziali del ciclo di vita - gravidanza, maternità, età evolutiva, adolescenza, adultità, nonché in condizioni di disabilità ed età anziana, costituendo un'importante risorsa di sostegno. Gli interventi consultoriali afferiscono complessivamente a due macro-aree, quella sanitaria e quella psico-socio-educativa, che si integrano nell'elaborazione del progetto d'intervento individualizzato. In ambito sanitario le principali attività erogate riguardano la gravidanza e la preparazione alla nascita, il post-partum, la prevenzione ginecologica ed oncologica (screening), la contraccezione, la menopausa e adempimenti previsti dalla Legge n.194/1978 (IVG). L'ambito psico-socio-educativo abbraccia generalmente il sostegno individuale, familiare e di coppia, nonché aree più specifiche quali la tutela sociale della maternità, (Bandi Famiglia e Misure a sostegno delle famiglie fragili), l'area giovani ed adolescenti con lo Spazio giovani dedicato, lo Sportello Disabili, le adozioni, la Tutela Minori.
- **Attività territoriali:** protesica maggiore e minore, gestione trasporti dializzati, attività del servizio di Medicina Legale (di polizia mortuaria, visite fiscali, commissioni medico legali, rilascio di certificazioni medico legali e abilitazioni), farmaceutica (file F ex tipologia 13), attività distrettuali di cura del paziente (pazienti con patologie rare), valutazione multidimensionale e ADI diretta al netto del costo del personale dipendente.

Nel corso degli anni successivi sono state acquisite ulteriori nuove strutture/attività:

- con DGR n. X/5234 del 31.5.2016 avente ad oggetto "Determinazioni in merito al trasferimento dalla ex AO di Crema alla ASST di Cremona di attività relative al presidio "Polo Sanitario Nuovo Robbiani" di Soresina ai sensi della LR 23/2015", Regione Lombardia ha stabilito il subentro della ASST di Cremona alla ex AO di Crema nelle attività sanitarie afferenti al presidio stesso (POT, Attività ambulatoriali).

- con DGR n. X/5954 del 5.12.2016 Regione Lombardia ha attivato, in via sperimentale, il Servizio Unificato Protesica e Integrativa (SUPI), progetto istituito al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSR e individua l'ASST di Cremona come ASST contabile di tutto il territorio di appartenenza ATS Valpadana. Pertanto a partire dal 1.1.2017 l'ASST di Crema ha ceduto parte dei contratti di servizi relativi all'Assistenza integrativa e protesica all'ASST di Cremona.
I servizi oggetto di tale subentro sono a partire dal 1 gennaio 2017:
 1. assistenza integrativa L. 266/2005: canoni di noleggio microinfusori;
 2. assistenza protesica DM 332/99: Protesica Minore (Ausili per incontinenti), Protesica Maggiore (Ausili da Elenco 1, Elenco 2 gestione magazzino, acquisto/ noleggio ausili Elenco 3);
 3. gestione ossigenoterapia e ventilo terapia;
 4. gestione Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD).
- con Decreto Direzione Generale Welfare n. 3682 del 28.4.2016 "Organizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della LR n. 23/2015 e con successiva nota prot. n. G1.2016.0024665 del 19.7.2016 è stata disposta, a partire dal 1.1.2017, l'attivazione del percorso per l'organizzazione nelle ASST dell'attività vaccinale, in precedenza in capo alle ATS.
- con deliberazione n. 236 del 7.7.2016 l'Azienda ha approvato il "Progetto sperimentale per l'istituzione e la gestione di un ambito territoriale omogeneo per l'area Oglio Po", condiviso con l'ASST di Mantova, con l'obiettivo generale di creare un territorio omogeneo in cui insistono gli ambiti territoriali degli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore, potenziando l'attività del Presidio Ospedaliero Oglio Po di Casalmaggiore per garantire una migliore integrazione dei servizi offerti dalla rete territoriale ed afferenti agli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore.

In generale, l'aspetto innovativo contenuto nel nuovo POAS, adottato con deliberazione n. 386 del 27.10.2016, approvato con DGR n. X/6330 del 13.3.2017 e recepita con deliberazione n. 104 del 20.3.2017, è quello di organizzare la presa in cura per processi: intervenire quando e dove serve, con professionalità adeguate in percorsi di cura appropriati, attraverso la continuità assistenziale e terapeutica. Per questo l'integrazione dei processi è finalizzata a creare e condividere setting assistenziali entro i quali i professionisti si spostano verso il paziente ponendolo realmente al centro per raggiungere, consolidare gli standard di qualità e accesso alle cure. Su questo aspetto è opportuno segnalare che Regione Lombardia ha fornito ulteriori indicazioni in merito alla presa in carico della persona cronica e/o fragile con le seguenti disposizioni:

- DGR n. X/6064 del 30.1.2017, n. X/6551 del 4.5.2017 ad oggetto "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009";
- DGR n.X/7655 del 28 Dicembre 2017 "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico/fragile in attuazione della DGR n. X/6551 del 4.5.2017";
- DGR n. XI/412 del 2 agosto 2018 "Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del paziente cronico/fragile a seguito delle DDGR nn X/6164/17, X/6551 /17, X/7038/17 e X/7655/71";
- DGR n. XI/754 del 05/11/2018 "Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del protocollo d'intesa tra l'Assessorato al Welfare e la Federazione regionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli odontoiatri della Regione Lombardia.

-

2.1 Situazione territoriale e demografica

La provincia di Cremona ha una superficie di Km² 1.770 con una densità di 203 abitanti/km², e comprende 115 Comuni per un bacino di utenza (popolazione residente) al 31.12.2019 pari a 358.955 unità, di cui 182.075 femmine (50,72%) e 176.880 maschi (49,28%).

Tra gli indici demografici, di particolare interesse è l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni) che nella provincia di Cremona registra, insieme alla provincia di Pavia, i valori più alti a livello regionale (valore della Provincia di Cremona anno 2019 pari a 189 e in aumento rispetto agli anni precedenti, in Lombardia questo indice è pari a 165 e in Italia a 173).

L'analisi dei dati di mortalità mostra, come negli anni passati, un quadro della mortalità in linea con quello dei paesi industrializzati. La maggior parte dei decessi è dovuta principalmente a malattie cardiovascolari e/o tumori. Rispetto all'andamento della mortalità nel tempo, si registra un progressivo decremento della mortalità generale e per i più importanti gruppi di cause, sostanzialmente omogeneo nei tre distretti. Fanno eccezione la mortalità per malattie del sistema nervoso - che registra un incremento in tutti i distretti - e per disturbi psichici. Come atteso, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di patologie croniche è in lieve ma costante aumento. Tale tendenza è uniforme per i principali gruppi di patologia, ma più marcato per le malattie endocrine e metaboliche.

Come già evidenziato dai dati di mortalità, la provincia di Cremona è caratterizzata da una rilevante presenza di tumori, che rappresentano una delle priorità di salute pubblica del territorio, con un eccesso di incidenza nel cremonese rispetto al Nord e al resto d'Italia per tutte le sedi, ed in particolare: per i maschi: apparato gastroenterico (es. stomaco, fegato, pancreas), prostata, rene; per le femmine: mammella, polmone, stomaco, pancreas, rene.

2.2 Organizzazione e dipartimenti

Il nuovo POAS, approvato dalla Regione Lombardia con D.G.R. X/6330 del 13/03/2017, ha lo scopo di organizzare la presa in cura per processi quale "nuova avanguardia della cura": intervenire quando e dove serve, con professionalità adeguate in percorsi di cura appropriati, attraverso la continuità assistenziale e terapeutica.

Nel rispetto dei principi ispiratori declinati sia nella legge di riforma socio sanitaria (Legge 23/2015), sia nelle Regole di Sistema che nelle Linee Guida Regionali per l'elaborazione dei piani di organizzazione aziendali strategici, i punti di riferimento della nuova organizzazione aziendale sono individuabili nel:

- superamento della frammentazione e della distinzione "ospedale/territorio";
- ridefinizione dei paradigmi culturali e professionali con proiezione delle attività di presa in carico (oggi limitate all'ambito ospedaliero) verso le strutture territoriali e il domicilio dei pazienti;
- riorganizzazione dei processi di diagnosi e cura ospedalieri, attraverso il consolidamento e lo sviluppo di reti intra e inter dipartimentali finalizzate ad una più efficace integrazione clinico - assistenziale;
- promozione di una più diffusa cultura volta all'umanizzazione dei momenti di assistenza e cura del paziente.

L'organizzazione definita nel POAS è, quindi, finalizzata alla cura della persona e alla continuità della cura, che si attuano entrambe attraverso la realizzazione dei seguenti scopi:

1. sviluppare dei percorsi assistenziali che sostengano l'attività di cura e che valorizzino il ruolo dei professionisti;
2. caratterizzare il polo ospedaliero, costruendo e sviluppando una rete territoriale integrata.

L'assetto organizzativo aziendale si caratterizza per la riorganizzazione delle Direzioni Generale, Sanitaria e Amministrativa e per l'istituzione della Direzione Sociosanitaria.

In particolare, in staff alla Direzione Generale si prevedono:

- La funzione di *Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza* con funzioni di alta complessità strategica che contemplano attività di pianificazione, di vigilanza, di monitoraggio e controllo, in diretto raccordo con il Direttore Generale;
- l'*Avvocatura*, funzione che svolge attività di rappresentanza e difesa dell'Ente in sede giudiziale e stragiudiziale;
- il *Coordinamento e monitoraggio dell'attuazione della L.R. 23/2015*, funzione deputata alla programmazione e valutazione dell'attuazione della legge, intesa come integrazione programmatica, gestionale ed operativa;
- la *U.O.S. Gestione Operativa* in rapporto funzionale alle Direzioni Sanitaria e Sociosanitaria;
- l'*U.O.C. Controllo Direzionale*, cui afferisce la U.O.S. Sistemi Informativi.

La Direzione amministrativa, a partire dalla L.R. 23/2015, introduce alcune innovazioni organizzative allo scopo di integrare i servizi amministrativi di supporto ai processi sanitari, socio-sanitari e territoriali, quindi distinguendo tra attività amministrative di supporto ai processi "core/sanitari" e "no core/di supporto" e rafforzare il ruolo di governo dei fattori produttivi attraverso il raccordo delle procedure di acquisto di beni e servizi in un Dipartimento Funzionale Tecnico Patrimoniale.

La Direzione Sanitaria mantiene il tradizionale ruolo di governo dei dipartimenti gestionali, rimodulati in funzione delle strategie aziendali e dei progetti innovativi, come di seguito riportato: Dipartimento Chirurgico, Dipartimento di Emergenza-Accettazione (DEA), Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento Medicina Radiologica e di Laboratorio, Dipartimento Medico, Dipartimento Neuroscienze Osteo-Articolare, Dipartimento Oncologico.

La Direzione Sociosanitaria è l'area innovativa che, nella prospettiva evolutiva della L.23/2015, integrandosi con la Direzione Sanitaria, mira alla presa in carico del cittadino in collaborazione con tutti gli erogatori attraverso i seguenti principi guida, quali:

- 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;
- la condivisione di processi di pianificazione-programmazione-innovazione;
- lo sviluppo di azioni di promozione della salute favorendo il contatto diretto con i cittadini e lavorando sugli stili di vita sani, a garanzia dell'integrazione con il territorio attraverso la cultura del "fare insieme".

Le strutture organizzative della Direzione Socio-Sanitaria sono:

- *Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale (R.I.C.C.A.)* che ha l'obiettivo di "attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle unità d'offerta deputate all'erogazione delle prestazioni".
- *Rete Integrata Materno Infantile (R.I.M.I.)*, che si caratterizza nell'ambito organizzativo per la presa in carico delle "donne, madri, neonati, bambini e adolescenti per garantire la continuità nell'accesso dei punti di offerta dei servizi e l'appropriatezza

delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali". La logica di costruzione sottesa è pervenire a un sistema di cure integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero. Si è delineata, quindi, una organizzazione nel territorio capace di individuare e di intercettare il bisogno di salute dei bambini e della donna, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali.

- il *Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD)*, oggi in line alla Direzione Sociosanitaria, a seguito della L.R. 23/2015, acquisisce nella nuova organizzazione il servizio dipendenze che integra pertanto le funzioni ospedaliere tradizionali; consentendo così lo sviluppo e l'adozione di percorsi più adeguati alla presa in carico degli utenti fragili e con doppia diagnosi.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello di gestione operativa finalizzata all'esercizio integrato delle attività di diagnosi e cura erogate ai diversi livelli assistenziali. I dipartimenti sono composti da strutture complesse, semplici dipartimentali e semplici. Sono possibili collaborazioni di tipo funzionale o gestionale del dipartimento con strutture intra ed extra aziendali, finalizzate alla realizzazione di percorsi assistenziali integrati per assicurare la continuità assistenziale.

Per quanto concerne la tipologia, si è optato per i Dipartimenti gestionali, in ragione degli obiettivi che è possibile perseguire con questa caratterizzazione: la gestione comune delle risorse umane, economiche, strumentali ed ambientali assegnate, la razionalizzazione dei rapporti tra le strutture organizzative afferenti, lo sviluppo delle professionalità mediche, la promozione del governo clinico, l'appropriatezza del servizio, la gestione efficiente, efficace delle risorse assegnate; il mantenimento dell'equilibrio di budget in raccordo con la programmazione annuale.

I dipartimenti, così come le strutture di staff alla Direzione Sanitaria e la Gestione Operativa (in line funzionale al Direttore Sanitario), hanno un ruolo sostanziale nell'accompagnamento dei processi strategici innovativi e nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

A seguito dell'adozione del nuovo POAS, l'ASST di Cremona risulta organizzata in 8 Dipartimenti gestionali:

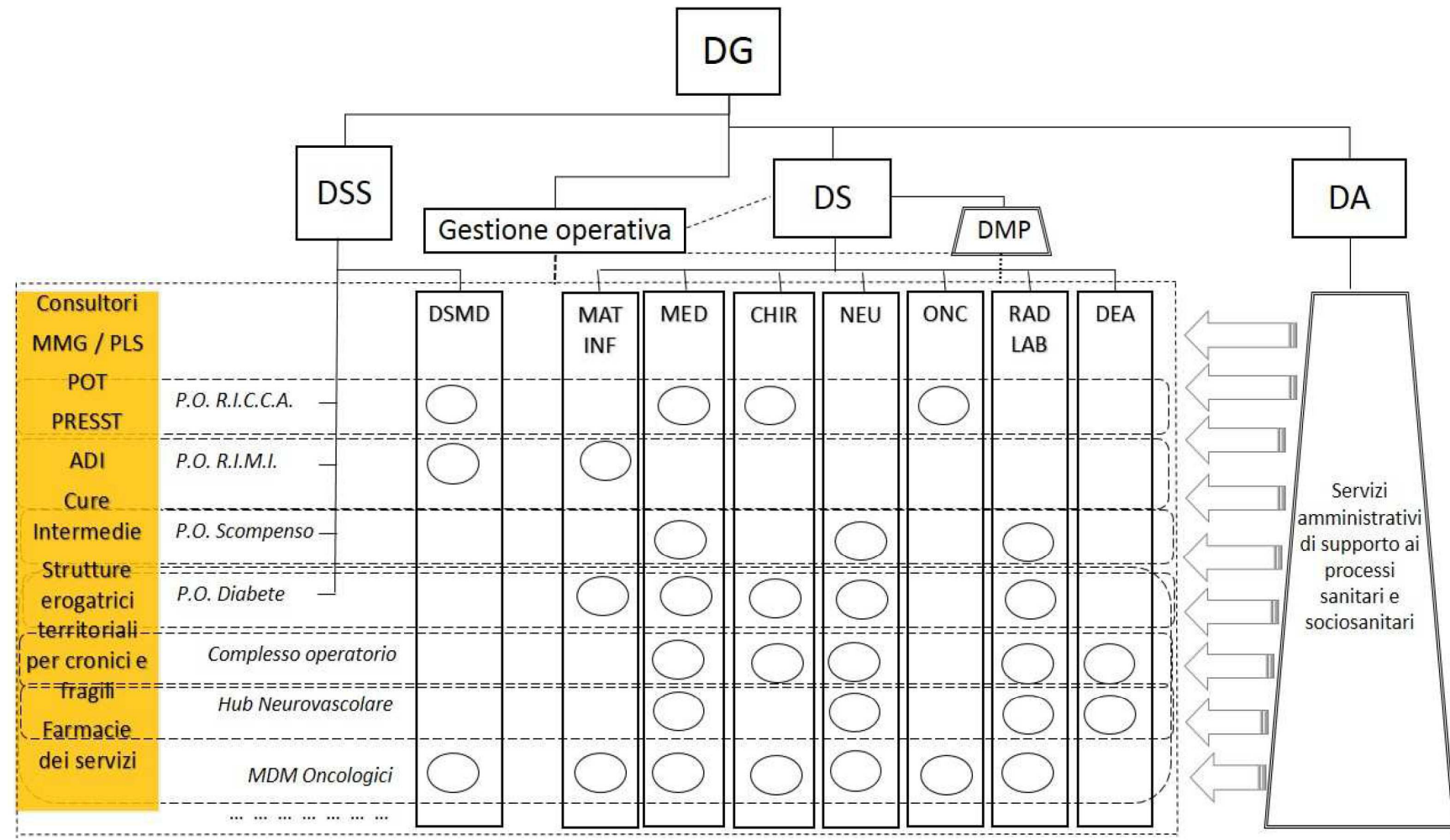
1. Dipartimento Chirurgico
2. Dipartimento Medico
3. Dipartimento Neuroscienze Osteo-Articolare
4. Dipartimento Materno-Infantile
5. Dipartimento D.E.A.
6. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
7. Dipartimento Medicina Radiologica e di Laboratorio
8. Dipartimento Oncologico

Accanto ai Dipartimenti Gestionali sono stati costituiti:

- il Dipartimento Funzionale Tecnico Patrimoniale, struttura di coordinamento con compiti di indirizzo, consulenza e supporto delle attività amministrative (strumento operativo della Direzione Amministrativa);
- i Dipartimenti Inter-aziendali che raggruppano sullo stesso livello, trasversalmente, strutture afferenti a uno o più dipartimenti gestionali:
 - o DIFO (Dipartimento Interaziendale funzionale Oncologico)
 - o DMTE (Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia)
 - o Cure Palliative
 - o Neuroscienze
 - o Laboratorio Mantova-Cremona
 - o Emergenza Urgenza Extraospedaliera

Si riporta di seguito una visione complessiva della nuova ASST di Cremona.

Figura 1: Organizzazione della ASST di Cremona (Quadro di Sintesi)



Fonte: POAS 2016-2018 ASST di Cremona

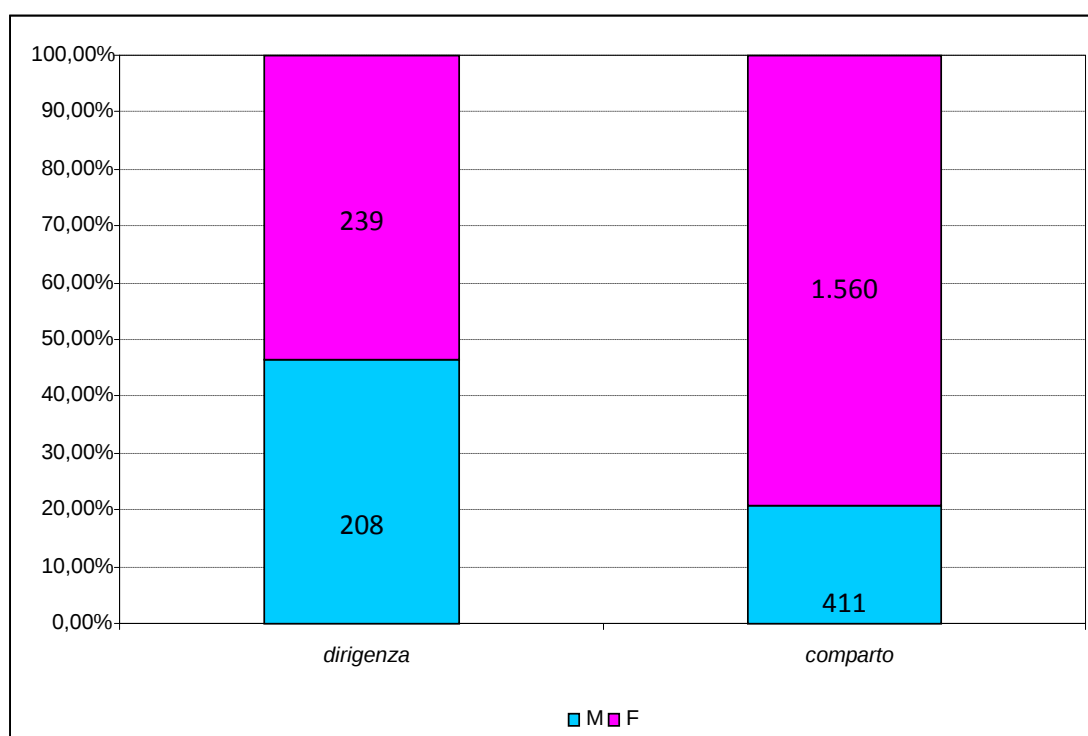
2.3 L'Azienda in cifre

In questo paragrafo viene fornita una fotografia dell'azienda riportando i principali dati strutturali (personale e PL) e di attività sia in ambito ospedaliero che territoriale per il triennio 2016-2018.

Dati Strutturali

L'azienda si compone di 2.418 unità di personale (numero teste a tempo determinato e indeterminato) tra Dirigenza (18,49%) e Comparto (81,51%). I PL complessivi attivi al 31.12.2019 sono 697 di cui il 79,48% presso il presidio ospedaliero di Cremona e il 20,52% presso il presidio ospedaliero di Oglio Po.

Figura 2: Distribuzione personale per genere con distinzione per dirigenza e comparto (numero teste al 31.12.2019 a tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e libero professionisti)



Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Tabella 1: Numero teste per ruolo (tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e libero professionisti) con distinzione per Dirigenza e Comparto al 31.12.2019

	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero di Oglio Po	Strutture Territoriali	Totale azienda
Dirigenza				
Sanitario Medico	307	67	15	389
Sanitario non Medico	33	4	9	46
Professionale e Tecnica	3	0	0	3
Amministrativo	8	1	0	9
Totale Dirigenza	351	72	24	447
età media Dirigenza				48,74
Comparto				
Sanitario	988	266	51	1305
Tecnico	330	112	11	453
Amministrativo	152	27	34	213
Totale Comparto	1470	405	98	1971
età media Comparto				48,35
Azienda				
Totale azienda	1821	477	120	2418
età media				48,42

Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Tabella 2: PL attivi al 31.12.2019

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)	Presidio Ospedaliero di Oglio Po	Totale Azienda
Ordinari	491	126	617
Day hospital (incluso Day surgery)	43	9	52
Sub-acuti	20	8	28
Totale	554	143	697

Fonte: Direzioni Mediche – ASST Cremona

Dati di attività – polo ospedaliero e rete territoriale

In termini di attività, l'ASST di Cremona nell'anno 2019 ha registrato 24.951 ricoveri (di cui 84,77% ricoveri ordinari e 40% ricoveri di tipo chirurgico), 4.144.091 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC) e 54.292 prestazioni psichiatriche (flusso 46SAN).

Riguardo all'area dei ricoveri, l'azienda registra un tasso di attrazione del 16% (7,5% provenienti da fuori provincia e 8,5% provenienti da fuori regione). Come riportato nella tabella 4, nel 2019 si è registrato un calo dei pazienti fuori provincia (-1,4% rispetto al 2018) e di pazienti fuori regione (-5% rispetto al 2018) a causa della chiusura del ponte che collega la provincia di Cremona alla provincia di Parma. La tabella 7 riporta anche il dettaglio delle attività di ricovero per dipartimento.

A questo proposito, in linea con le tendenze registrate a livello nazionale, si registra una riduzione generalizzata delle prestazioni erogate in regime di ricovero a fronte però di un mantenimento sostanziale dei pesi medi e di uno spostamento di attività verso setting assistenziali extra-ospedalieri.

Nella tabella 8 sono riportati i primi 20 DRG aziendali, in termini di volumi, che rappresentano quasi il 40% (ovvero il 37%) della produzione ospedaliera aziendale con una lieve prevalenza di DRG di tipo medico (24%).

Tabella 3: Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)			Presidio Ospedaliero di Oglio Po			Totale Azienda		
	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2019
Ricoveri Ordinari (a)	19.314	18.958	17.250	5.104	4.843	3.903	24.418	23.801	21.153
GG degenza totali	150.498	152.856	142.092	38.123	37.553	34.085	188.621	190.409	176.177
degenza media	7,79	8,06	8,24	7,47	7,75	8,73	7,72	8	8,33
Peso medio DRG	1,2	1,19	1,23	1,04	1,08	1,17	1,17	1,17	1,22
Ricoveri Day hospital (b)	2.568	2.541	2.753	873	847	781	3.441	3.388	3.534
N.Accessi Totali	2.768	2.695	2.979	876	850	785	3.644	3.545	3.764
Peso medio DRG	0,85	0,86	0,83	0,78	0,78	0,8	0,83	0,84	0,82
Ricoveri Sub-acuti (c)	267	249	245	49	35	19	316	284	264
GG degenza totali	7.476	7.327	7.401	656	647	373	8.132	7.974	7.774
degenza media	28	29,43	30,21	13,39	18,49	19,63	25,73	28,08	29,66
Totale Ricoveri (a+b+c)	22.149	21.748	20.248	6.026	5.725	4.703	28.175	27.473	24.951
- di cui %DRG Chirurgici									40%
- di cui % DRG Medici									60%
Totale numero Prestazioni ambulatoriali esterne	2.598.417	2.608.950	3.162.248	857.977	869.425	981.843	3.456.394	3.478.375	4.144.091
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali per esterni (esclusi MAC, BIC, NPI)	2.009.998	2.026.946	2.558.294	647.132	657.861	763.338	2.657.130	2.684.807	3.321.632
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali PS per esterni	534.212	529.123	550.931	198.328	200.507	206.255	732.540	729.630	757.186
- di cui Numero MAC	15.906	17.526	17.445	2.180	2.621	2.901	18.086	20.147	20.346
- di cui Numero BIC	2.202	2.202	2.257	1.111	1.007	1.534	3.313	3.209	3.791
- di cui Numero prestazioni NPI	36.099	33.153	33.321	9.226	7.429	7.815	45.325	40.582	41.136
Numero prestazioni 46/SAN (Psichiatria)	41.168	39.880	40.911	13.927	13.343	13.381	55.095	53.223	54.292

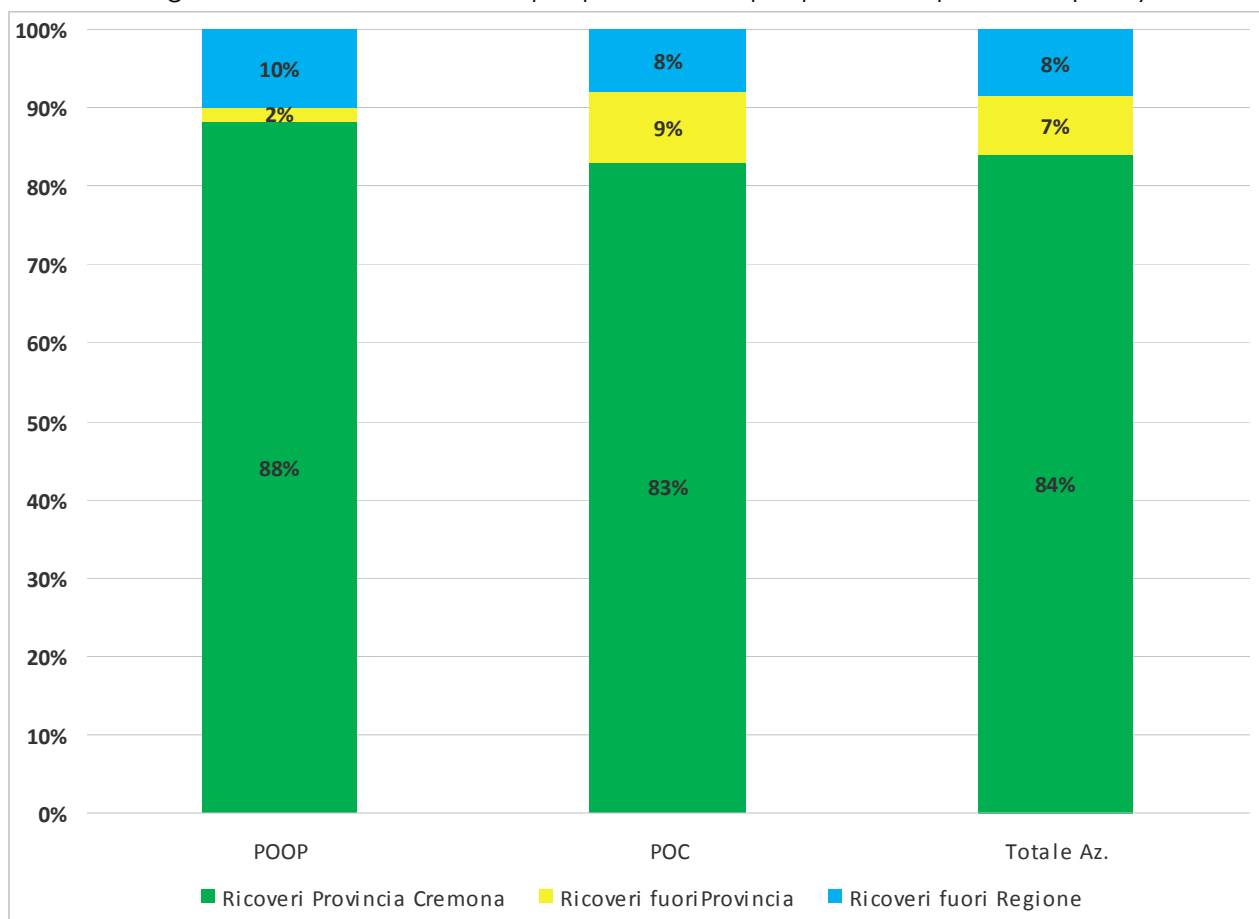
Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 4: Ricoveri per provenienza e per presidio ospedaliero (2018 e 2019)

		Ricoveri Provincia di Cremona	Ricoveri fuori Provincia	Ricoveri fuori Regione	Totale Ricoveri
POOP	2018	5146	76	503	5725
	2019	4157	80	466	4703
	Delta	-989	4	-37	-1022
POC	2018	18229	1807	1712	21748
	2019	16834	1776	1638	20248
	Delta	-1395	-31	-74	-1500
Totale Azienda	2018	23375	1883	2215	27473
	2019	20991	1856	2104	24951
	Delta	-2384	-27	-111	-2522

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Figura 3: Distribuzione ricoveri per provenienza per presidio ospedaliero (2019)



Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 5: Indicatore DRG a rischio di in appropriatezza (2018 e 2019)

PRESIDIO	Anno 2018	Anno 2019
030273-PRESIDIO OSPEDALIERO OGLIO PO	8,14%	7,86%
030908-ISTITUTI OSPITALIERI - CREMONA	15,70%	12,27%
Totale ASST di Cremona	12%	10%

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 6: Prestazioni ambulatoriali per esterni per tipologia (2017 cfr. 2019)

	ANNO 2017		ANNO 2018		ANNO 2019	
	Numero	Valore lordo	Numero	Valore lordo	Numero	Valore lordo
Prestazioni ambulatoriali esterne	3.456.394	€ 55.491.834	3.478.375	€ 56.265.126	4.144.091	€ 67.904.131
MAC	18.086	€ 3.325.524	20.147	€ 3.330.521	20.346	€ 3.378.402
BIC	3.313	€ 3.376.459	3.209	€ 3.303.519	3.791	€ 3.740.862
Esami radiologici	147.723	€ 8.176.884	150.249	€ 8.479.696	152.388	€ 8.515.052
Esami di laboratorio	3.022.892	€ 22.816.851	3.121.971	€ 24.929.114	3.190.753	€ 25.323.974
Altre prestazioni	264.380	€ 17.796.116	182.799	€ 16.222.276	776.813	€ 26.945.841

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 7: Dati attività di ricovero per Dipartimento (Escluso POT Soresina) (2017 cfr. 2019)

		Ricoveri Ordinari (a)				Day hospital (b)			Sub-acute (c)	Totale ricoveri (a+b+c)
		Ricoveri Ordinari (a)	GG degenza totali	Degenza media	Peso medio DRG	Ricoveri DH (B)	Numero accessi	Peso medio DRG		
	2017	15.147.835	23.527	6,74	1,311	1.986.862	1.445	0,73		17.134.697
	2018	14.955.534	23.314	6,71	1,31	1.928.390	1.390	0,72		16.883.924
	2019	13.204.265	20.430	6,73	1,31	2.190.947	1.547	0,71		15.395.212
Dipartimento Chirurgico	Diff. 2017-2019	-1.943.570				204.085				-1.739.485
	2017	31.335.099	72.521	8,93	1,247	881.718	684	1	116.920	32.333.737
	2018	31.164.417	72.019	9,13	1,282	984.556	656	1,014	115.330	32.264.303
	2019	30.638.369	69.995	9,35	1,31	901.169	692	0,97	68.030	31.607.568
Dipartimento Medico	Diff. 2017-2019	-696.730				19.451			-48.890	-726.169
	2017	7.928.220	21.309	10,39	1,245	583.909	307	1,06		8.512.129
	2018	8.035.864	21.660	10,08	1,232	548.691	320	1,039		8.584.555
	2019	6.303.474	16.101	10,6	1,284	877.995	512	1,129		7.181.469
Dipartimento Oncologico	Diff. 2017-2019	-1.624.746				294.086				-1.330.660
	2017	10.796.000	22.203	4,4	0,652	943.463	686	0,74		11.739.463
	2018	10.383.764	21.776	4,47	0,633	832.697	622	0,727		11.216.461
	2019	8.804.668	18.392	4,76	0,681	884.472	682	0,726		9.689.140
Dipartimento Materno Infantile	Diff. 2017-2019	-1.991.332				-58.991				-2.050.323
	2017	22.719.738	35.563	9,01	1,526	729.318	389	0,91		23.449.056
	2018	22.168.748	36.853	10,34	1,531	813.437	421	0,919		22.982.185
	2019	21.470.878	35.760	10,67	1,598	564.353	314	0,865		22.035.231
Dipartimento Neuroscienze	Diff. 2017-2019	-1.248.860				-164.965				-1.413.825
	2017	4.782.486	5.489	5,4	1,452	242.100	130	1,19		5.024.586
	2018	4.785.565	6.449	5,46	1,318	250.060	131	1,204		5.035.625
	2019	4.651.018	6.629	5,6	1,354					4.651.018
Dipartimento DEA	Diff. 2017-2019	-131.468				-242.100				-373.568
	2017	2.353.939	8.008	10,68	0,746	696	3	0,64		2.354.635
	2018	2.155.366	8.338	12,48	0,752	1.160	5	0,64		2.156.526
	2019	2.318.828	8.870	12,26	0,731	4.172	17	0,713		2.323.000
Dipartimento DSMD	Diff. 2017-2019	-35.111				3.476				-31.635

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 8: I primi 20 DRG (RO, DH e sub-acuti) anno 2019

DRG	Tipo DRG	Totale dimissioni	Incidenza %	Cumulata
087-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M-Medico	1.071	4%	4%
391-Neonato normale	M-Medico	953	4%	8%
373-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	M-Medico	808	3%	11%
127-Insufficienza cardiaca e shock	M-Medico	700	3%	14%
316-Insufficienza renale	M-Medico	527	2%	16%
359-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	C-Chirurgico	472	2%	18%
430-Psicosi	M-Medico	465	2%	20%
576-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	M-Medico	419	2%	22%
266-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	C-Chirurgico	414	2%	23%
014-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M-Medico	395	2%	25%
410-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	M-Medico	382	2%	26%
036-Interventi sulla retina	C-Chirurgico	368	1%	28%
557-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C-Chirurgico	338	1%	29%
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	C-Chirurgico	335	1%	31%
371-Parto cesareo senza CC	C-Chirurgico	326	1%	32%
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	C-Chirurgico	316	1%	33%
089-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M-Medico	306	1%	34%
544-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	C-Chirurgico	255	1%	35%
461-Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	C-Chirurgico	250	1%	36%
381-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	C-Chirurgico	248	1%	37%

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Riguardo al percorso di emergenza-urgenza, si evidenzia per l'anno 2019 un numero totale di accessi pari a 80.981 in riduzione rispetto al 2017. Il tasso di ricovero da PS a livello aziendale è pari al 15,62% (17,67% per il POC e 11,09% per il POOP).

Tabella 9: Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2017 cfr. 2019)

	Presidio Ospedaliero di Cremona				Presidio Ospedaliero di Oglio Po				Totale Azienda			
	2017	2018	2019	Diff.2017-2019	2017	2018	2019	Diff.2017-2019	2017	2018	2019	Diff.2017-2019
Totale accessi	56.954	56.927	55.727	-1.227	26.856	25.784	25.254	-1.602	83.810	82.711	80.981	-2.829
codici bianchi	8.179	7.775	6.108	-2.071	124	157	139	15	8.303	7.932	6.247	-2.056
% codici bianchi	14%	14%	11%		0%	0%	1%		10%	9,6%	7,7%	
codici verdi	34.609	35.568	36.869	2.260	18.527	18.090	18.044	-483	53.136	53.658	54.913	1.777
% codici verdi	61%	62%	66%		69%	70%	71%		63%	65%	68%	
codici gialli	13.261	12.686	11.858	-1.403	7.738	7.062	6.686	-1.052	20.999	19.748	18.544	-2.455
% codici gialli	23%	22%	21%		29%	27%	26%		25%	24%	23%	
codici rossi	905	898	892	-13	467	475	385	-82	1.372	1.373	1.277	-95
% codici rossi	2%	1,5%	1,6%		2%	1,8%	1,5%		2%	1,6%	1,6%	
Ricoverati da PS	10.460	10.333	9.851	-609	3.403	3.143	2.800	-603	13.863	13.476	12.651	-1.212
% Ricoverati da PS	18,40%	18,13%	17,68%		12,70%	12,20%	11,09%		16,50%	16,30%	15,62%	
Dimessi a domicilio	46.426	46.484	45.762	-664	23.422	22.591	22.430	-992	69.848	69.075	68.192	-1.656
% Dimessi a domicilio	82%	81,67%	82,12%		87%	87,60%	88,82%		83%	83,50%	84,21%	
Trasferiti	35	63	73	38	20	38	12	-8	55	101	85	30
% Trasferiti	0,00%	0,00%	0,13%		0,07%	0,15%	0,05%		0,10%	0,13%	0,10%	
Deceduti	33	47	41	8	11	12	12	1	44	59	53	9
% Deceduti	0,00%	0,00%	0,07%		0,00%	0,00%	0,05%		0,00%	0,00%	0,07%	

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Di seguito vengono proposti i principali dati relativi alle attività territoriali (da tabella 10 a 16)

Tabella 10: Screening di 1° e 2° livello anno 2019

Tipologia screening	Numero assoluto
n. test eseguiti per tumore cervice uterina	4.778
n. test eseguiti per tumore colon retto	946
n. test eseguiti per tumore mammella	9.378

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 11: Dati attività Cure Palliative (2017 cfr. 2019)

	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019
Numero ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	303	370	365
Valorizzazione ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	€ 1.172.530	€ 1.101.437	€ 1.041.640
Valorizzazione attività domiciliare	n.d.	€ 552.526	€ 572.653

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 12: Dati Area interventi alla famiglia - Consultorio familiare (2017 cfr. 2019)

	2017	2018	2019
n. prestazioni totali (tariffate e non) area psicosociale	9.803	8.996	8151
n. prestazioni totali (tariffate e non) area sanitaria	15.152	14.880	15289
Valorizzazione forfettaria prestazioni non tariffate di Accesso e Tutoring	€ 62.100	€ 63.170	€ 70.565
Numero gravidanze seguite presso i consultori	494	465	504

Fonte: Rete RIMI – ASST Cremona

Tabella 13: Dati attività Area delle Dipendenze/Sert (2017 cfr. 2019)

	2017	2018	2019
n.prestazioni tossicodipendenza	92.165	91.182	92.599
n.prestazioni alcolismo	10.999	12.287	12.314
n..prestazioni gioco d'azzardo	2.689	3.351	3.772
n. prestazioni tabagismo	646	983	833
n. prestazioni HIV/MTS	1.571	1.009	709

Fonte: DSMD – ASST Cremona

Tabella 14: Dati attività Area - Medicina Legale (2017 cfr. 2019)

	2017	2018	2019
n. pratiche Commissione Invalidi	9.610*	9.890	8.910****
n. pratiche Commissione Medica Locale patenti	4.483	4.826	5.290
n. visite necroscopiche e fiscali	1.637	692**	688
Certificazioni monocratiche ed altre prestazioni (collegio medico, indennizzi L.210/92...)	2.496	1.379***	1.049

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

* inferiore rispetto al 2016 perché escluse le pratiche di competenza ASST Crema

** solo visite necroscopiche: le visite fiscali sono di competenza INPS

***scaduta convenzione con privati per attività di certificazione medico legale attinente le patenti di guida (monocratiche) e altri certificati

**** n. 1.080 pratiche presentate nel 2019 verranno viste in commissione nei primi mesi del 2020

Tabella 15: Dati attività Area - Valutazione multidimensionale (Cure domiciliari) (2017 cfr. 2019)

	2017	2018	2019
n. totale prestazioni VAOR	10.256	11.308	11.721
n. utenti assistenza domiciliare con profilo assistenziale	3.845	1.108*	1.094*
n. prestazioni per attività di accoglienza/front office	11.570	14.150	14.700

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

*Dato in calo dal 2018 per le nuove regole di ATS che hanno spostato utenti verso il profilo "prestazionale" /che è corrispondentemente aumentato)

Tabella 16: Dati attività Area - Cure Primarie – attività territoriali (2017 cfr. 2019)

	2017	2018	2019
n. prestazioni ventiloterapia, nutrizione artificiale domiciliare, dializzati	1.631	1.764	1.484
n. prestazioni protesica maggiore	3.141	5.032*	3.956
n. prestazioni protesica minore	12.235	12.880	11.419***
n. prestazioni Scelta/revoca, esenzioni, ecc.	88.710	28.023**	100.559

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

*Solo 2018 comprende transitoriamente anche Crema per avvio SUPI Cemon+Crema

** Dato molto parziale per indisponibilità dati dal NAR (Nuova Anagrafe Regionale)

*** Dato parziale per l'introduzione durante l'anno della nuova modalità regionale "Distribuzione per conto" degli ausili per il controllo della glicemia

Considerazioni sui dati di produzione.

Nell'anno 2019 l'ASST Cremona registra, in stima annua, una valorizzazione delle attività sanitarie per prestazioni tariffate pari a 151.229.000 di cui 63% (94.991.000 euro) per attività di ricovero (64% nel 2018). Da un confronto con i dati dell'ultimo triennio, la valorizzazione delle attività sanitarie presenta un andamento in riduzione nel suo complesso (-2% rispetto al 2016). Tale calo è imputabile esclusivamente all'attività di ricovero che ha subito un drastico calo nel corso del 2019 imputabile principalmente ai seguenti fenomeni:

-chiusura del punto nascita del presidio ospedaliero Oglio Po avvenuta il 01/11/2018;

-carenza di personale anestesista: 14 risorse in meno rispetto alle 43 previste dall'organico. Tale situazione ha determinato una contrazione delle sedute operatorie incidendo notevolmente sulla produzione chirurgica;

-carenza di personale ortopedico del Presidio Ospedaliero Cremonese: nel corso del 2019 si è dimesso il Direttore della UOC e contemporaneamente si sono dimessi altri 5 dirigenti ortopedici. Tale situazione ha generato una grave criticità nel reparto determinando un notevole calo di attività;

-turn-over di responsabili di UOC: nel corso del 2019 si sono resi vacanti diversi posti di Responsabili che non hanno trovato copertura nel corso dello stesso anno. Tale situazione ha comportato un progressivo calo di fatturato nelle uu.oo. interessate;

-riorganizzazione della UOC di Radioterapia: a livello strategico si è deciso di effettuare una riduzione drastica dei posti letto di Radioterapia al fine di arrivare progressivamente alla completa dismissione del reparto di degenza e far transitare tutta l'attività in regime di ambulatoriale al fine di meglio allinearsi al principio dell'appropriatezza.

Si evidenzia, inoltre, come la composizione della produzione al proprio interno sia cambiata negli ultimi anni, in linea con i trend nazionali e regionali, rilevando una riduzione dell'attività di ricovero ad elevato rischio di inappropriately a favore di un aumento di attività erogate su setting ospedalieri a minor intensità di cura (come ad esempio, area dei sub-acuti, Hospice) o verso attività assistenziali territoriali (ad esempio, Area Prevenzione - Screening).

Tabella 17: Valorizzazione delle prestazioni sanitarie – dati CET(2017-2019) (migliaia di euro)

	2017 (A)	2018 (B)	PRECHIUSURA 2019 (C)	C - A	C - B
DRG	99.583	98.598	94.991	- 4.592	- 3.607
AMB	45.633	46.313	46.390	757	77
SCREENING	278	389	405	127	16
NPI	1.401	1.389	1.591	190	202
PSICHIATRIA	4.987	5.040	5.091	104	51
SUBACUTI	1.368	1.365	1.368	-	3
RETI SANITARIE	300	300	300	-	-
HOSPICE	1.165	1.098	1.093	-72	- 5
Totale	154.715	154.492	151.229	-3.486	-3.263

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona



3. Mission e vision

L'Azienda persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività. La Mission dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche indicate negli indirizzi nazionali (ad esempio, Patto per la Salute, Piano Nazionale Cronicità – PNC ecc.), nonché con le Regole di Sistema di Regione Lombardia per l'anno 2020 (D.G.R. XI /2672 del 16/12/2019), è quella di concorrere con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica di presa in carico della persona, garantendo **massima accessibilità e libertà di scelta**, l'equità delle prestazioni, **l'ottimizzazione delle risorse**, promuovendo **l'integrazione e il raccordo istituzionale** con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e del volontariato.

Sviluppare il tema della presa in carico può rappresentare una grande opportunità per avviare un percorso di ridefinizione dell'attuale modalità di rapporti, che, maggiormente orientato alla de-burocratizzazione dei percorsi, punti in modo deciso alla valorizzazione del territorio, alla valorizzazione e specializzazione delle competenze dei professionisti e all'integrazione tecnico/operativa ed istituzionale da assumere come strumento per la realizzazione di un sistema a rete.

L'Azienda intende, quindi, strutturare un sistema "che si prenda cura" della persona e del suo benessere, collaborando attivamente con tutti gli attori del Sistema Sanitario e Socio Sanitario al fine di garantire a tutti parità di accesso ai servizi e rafforzare nel cittadino la percezione di un'identità comune.

Al fine di perseguire tali scopi, il sistema organizzativo (così come definito nel POAS di cui alla D.G.R. X/6330 del 13/03/2017) è ispirato ai seguenti principi:

- rispetto della persona e collaborazione interna ed esterna degli operatori a tutti i livelli, inteso come rispetto dei bisogni e dei diritti della persona, sviluppando sistemi di ascolto e di monitoraggio della soddisfazione, e come promozione di un clima organizzativo improntato al benessere di utenti ed operatori;
- integrazione delle competenze, facilitazione del lavoro di gruppo, sviluppo di reti di collaborazione anche con soggetti esterni all'Azienda per offrire servizi integrati con quelli di altre strutture sanitarie e sociali della provincia, partecipazione alle politiche dell'Agenzia di Tutela della Salute;
- qualità, intesa come capacità dell'Azienda di promuovere e sviluppare qualità globale, quindi orientata alla persona e alle prestazioni erogate, alle relazioni interne, alla struttura e alle tecnologie;
- innovazione scientifica in tutti i campi di propria competenza, intesa come promozione di tutte le forme di coordinamento e integrazione con il mondo della ricerca clinico-sanitaria;
- valutazione dei risultati, intesa come feed-back sull'attività dell'Azienda, delle articolazioni organizzative e dei singoli;
- crescita professionale di tutti i collaboratori, intesa come capacità dell'Azienda di fornire a tutti gli operatori l'opportunità di approfondire le proprie conoscenze e sviluppare appieno le proprie potenzialità;
- orientamento a tradurre in risultati concreti la programmazione regionale e locale, intesa quale collegamento stabile e costruttivo con la Regione e con l'Azienda di Tutela della Salute;
- ricerca di una costante integrazione dei servizi, intesa a fornire alla persona una prestazione che veda l'apporto positivo e coordinato nel tempo e nello spazio di tutte le articolazioni dell'Azienda;
- trasparenza dell'azione, intesa come l'individuazione per ciascuna decisione di criteri di riferimento e dei risultati attesi.



4. Strategie

Con riferimento al triennio 2020-2022, anche in considerazione della DGR n° XI/2672 del 16/12/2019 “Determinazioni in ordine alla Direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona”, le **6 linee strategiche** con cui l'ASST di Cremona declina e fa proprie la Mission e la Vision aziendale sono:

- 1. la Presa in Carico del paziente cronico e l'integrazione ospedale-territorio in attuazione Legge Regionale 23/2015**, ovvero implementare in modo sistematico su tutti i nodi della rete l'integrazione tra l'ospedale e il territorio al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria con particolare riferimento alla cronicità;
- 2. il governo dei tempi di attesa e il miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari**, ovvero mettere in atto azioni e progetti organizzativi per migliorare l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini in attuazione delle regole del SSR lombardo per l'anno 2019 anche individuando percorsi ad hoc per target di utenti;
- 3. gli esiti, appropriatezza clinica e organizzativa e sicurezza dei pazienti**, ovvero favorire i percorsi di attuazione del riordino della rete anche in considerazione del DM'70 in termini di formulazione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi, comprese le reti di patologia e i PDTA per alcune aree critiche della realtà aziendale;
- 4. l'ottimizzazione dei processi interni aziendali**, nell'ottica di una maggiore efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi anche grazie allo sviluppo di una gestione per asset produttivi (blocchi operatori, posti letto e ambulatori), nonché la riorganizzazione di percorsi fisici del paziente al fine di garantirne la fluidità;
- 5. l'aggiornamento e adeguamento tecnologico e strutturale** per garantire in ogni nodo della rete di offerta livelli di sicurezza adeguati alle normative vigenti, nonché una maggiore qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie anche nella prospettiva del completamento del processo di informatizzazione e dematerializzazione;
- 6. la gestione dei rapporti istituzionali a livello territoriale in relazione ai nuovi assetti organizzativi** per lo sviluppo dei professionisti valorizzando le eccellenze dell'ATS di riferimento che comporta l'avvio e il consolidamento delle alleanze con altre ASST limitrofe (ASST Mantova e ASST Crema) e ATS Val Padana grazie e la definizione di convenzioni con Università e centri di ricerca.

Il perseguimento di tali linee strategiche avviene promuovendo in maniera diffusa all'interno dell'azienda:

- un percorso di programmazione di obiettivi operativi e di monitoraggio degli stessi attraverso incontri periodici con le unità operative aziendali nell'ottica del miglioramento continuo;
- una costante attenzione all'efficiente utilizzo delle risorse e all'andamento dei costi con particolare riferimento a quelli legati all'approvvigionamento e all'uso dei beni sanitari (esempio, particolari categorie di dispositivi medici, farmaci ecc.), alla gestione delle risorse umane, alle scelte di acquisizione di servizi sanitari e non;
- l'adozione di nuovi meccanismi operativi per diffondere e rafforzare a tutti i livelli la cultura gestionale, come ad esempio, strumenti di coordinamento tra le strutture organizzative amministrative e tra queste e le aree sanitarie (ad esempio, gestione per progetti e per processi), strumenti di incentivazione conseguenti alla nuova contrattazione collettiva integrativa per una maggiore responsabilizzazione su obiettivi strategici di equipe e individuali, valorizzazione e crescita delle competenze e del Know-how;
- una cultura e misure concrete che assicurino una costante attenzione sui temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione.



5. Progetti strategici e programmazione

Per ciascuna linea strategica sopra menzionata vengono elencati di seguito i progetti strategici e i relativi programmi gestionali. Alcune delle progettualità strategiche riportate sono state già avviate nel triennio 2019-2021 e vengono riprese nel presente PdP per le fasi di attuazione/consolidamento previste per il triennio 2020-2022.

5.1 Presa in carico paziente cronico e integrazione ospedale-territorio (Legge Regionale 23/2015)

- **Progetto sperimentale "Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese"**

In virtù della DGR n. X/2989 del 2014 e come meglio precisato nella circolare attuativa del 20/02/2015, 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, **migliorare** l'accessibilità ai servizi, **favorire** lo sviluppo di assetti organizzativi tendenti alla medicina di prossimità, **ridurre** le fughe verso le strutture extra-regionali, ottimizzando le unità di offerta e della presa in carico e **potenziare** l'attività del Presidio Ospedaliero Oglio Po degli ex distretti di Casalmaggiore e Viadana. L'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese si configura quale articolazione organizzativa che raggruppa un insieme di unità di offerta sanitarie e sociosanitarie afferenti alle due ASST e insistenti sul territorio identificato. Le attività 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. Il modello organizzativo adottato per l'Area Interaziendale Casalasco-Viadanese si caratterizza 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. Le Direzioni Strategiche delle due ASST hanno identificato un Direttore dell'Area a cui sono state assegnate le funzioni di gestione operativa, di coordinamento e di integrazione delle unità d'offerta delle due ASST ed esercitano di concerto il potere direttivo nei confronti del Direttore dell'Area. Nel 2019 è proseguito il progetto sperimentale interaziendale "Area casalasco-viadanese" che prevede il rilancio del Presidio di Oglio Po per i processi di integrazione ospedale-territorio anche in relazione alla revisione dei percorsi materno infantili dovuti alla chiusura del Punto Nascita (DGR n. XI/267 del 28/6/2018). Per l'anno 2020 è prevista la definizione dell'assetto dell'area Casalasco Viadanese in termini organizzativi e funzionali mediante l'identificazione delle risorse afferenti a tale ambito e mediante lo sviluppo dell'integrazione dei percorsi per l'area materno infantile, consultoriale e in ambito psichiatrico. Si procederà, inoltre, alla definizione di apposite convenzioni per la gestione di tale area con l'ASST di Mantova.

- **POT di Soresina - Presidio Ospedaliero Territoriale "Polo Sanitario Nuovo Robbiani"**

Nel 2016 è stato avviato lo sviluppo dei percorsi di continuità assistenziale attraverso l'arruolamento dei pazienti per l'implementazione del POT. È stata attivata la centrale operativa che vede la presenza dell'infermiere case-manager, dell'assistente sociale, di una figura amministrativa e del medico. Nel Maggio 2017, (con autorizzazione da parte dell'ATS Val Padana), sono stati attivati gli ambulatori Chirurgici (Chirurgia Generale e Senologia) ed nel corso del 2018 sono state avviate le attività di chirurgia a bassa complessità (BIC). Nel corso del 2019 si sono consolidati gli ambulatori Chirurgici e i piccoli interventi di Chirurgia. L'attività BIC

ortopedica è stata effettuata nel corso del primo semestre ed è stato poi sospesa a causa della carenza di organico. Nel corso del 2020 si prevede di reintrodurre le BIC ortopediche e si intende fare uno studio di fattibilità per l'avvio di un ambulatorio di chirurgia vascolare e di un ambulatorio per visite e attività BIC di Oculistica.

- **POT Cremona** – Nel corso dell'anno 2019 è stata richiesta la conversione dei posti letto destinati al POT in cure intermedie. Lo sviluppo delle attività è previsto a seguito dell'approvazione regionale della quale si è in attesa.

- **Dimissioni Protette**

Le dimissioni protette diventano strumento fondamentale per garantire la presa in carico nel territorio dei pazienti dopo la risoluzione del quadro clinico acuto o la sua stabilizzazione e per i quali il percorso terapeutico proseguirà a domicilio con l'attivazione delle cure domiciliari o in un'extraospedaliera (es. Struttura Riabilitativa specialistica o di Cure Intermedie o SubAcuti o in Hospice o in Residenza Sanitaria Assistenziale). Nel corso del 2018 è stato definito il protocollo della dimissione del paziente che vede coinvolte tutte le UUOO cliniche e, per il coordinamento del progetto, le UUOO RICCA-Centro Servizi e Gestione Operativa. Nel corso del 2019 è stata data attuazione a questo progetto ed è stata valutata l'adesione delle unità operative alla procedura mediante l'assegnazione di obiettivi di budget. Nel corso del 2020 tutte le prenotazioni presso strutture di Cure Intermedie verranno centralizzate e gestite dalla UOS Gestione Operativa.

- **ASST Cremona come Gestore ed Erogatore Presa in Carico**

ASST Cremona è Ente riconosciuto come Soggetto Gestore ed Erogatore della Presa in carico della cronicità anche in filiera con erogatori privati/pubblici. L'ASST Cremona, in questa nuova veste, ha portato avanti (e porta avanti tutt'oggi) diversi percorsi volti all'integrazione tra ospedale e territorio. Tra i più rilevanti nel corso del biennio precedente: attivazione della struttura Rete RICCA, progettazione e avvio dei percorsi dei pazienti cronici attraverso la stesura, la condivisione e l'attuazione dei PDTA per le patologie croniche, costituzione del Centro Servizi (Centro Servizi multi-professionale finalizzato alla gestione dei pazienti cronici e fragili dal punto di vista clinico e sociale) e avvio forme d'integrazione con la Medicina Generale e loro forme associative. Nella parte finale del 2018, dopo l'acquisizione della piattaforma informatica della presa carico IRIS e di formazione degli specialisti sul tema, il Centro Servizi ha avviato le proprie attività di arruolamento dei pazienti cronici con la sottoscrizione dei Patti di cura e dei relativi PAI. Per l'anno 2020, al pari di quanto effettuato nel corso del 2019, anche in relazione alla DGR XI/754 del 5 novembre 2018, l'ASST Cremona intende continuare ad arruolare i pazienti cronici sulla base delle indicazioni regionali e dell'ATS Val Padana a partire dal momento del ricovero.

- **Cure Palliative** - candidatura quale Ente erogatore di Cure Palliative (proposta sperimentale area Casalasco-Viadanese) e adesione alla Rete Inter-funzionale e rete locale (5 Giugno 2017). La ASST intende erogare l'intera filiera di servizi e sta definendo con l'ASST di Mantova un accordo tecnico-operativo per l'erogazione di cure palliative domiciliare (UCP Dom) nel territorio casalasco-viadanese. A tal proposito, nel mese di Settembre 2017 è stato avviato un tavolo di programmazione locale per la definizione della presa in carico integrata con enti pubblici, privati accreditati, associazioni e volontariato che ha portato nel 2018 all'avvio delle attività. Nel corso del 2019 si è provveduto a consolidare tale attività presso il presidio ospedaliero Oglio Po e sono stati effettuati dei percorsi formativi anche in collaborazione con l'ASST di Mantova. Nel corso del 2020 si prevede un ulteriore sviluppo del progetto mediante l'incremento dell'attività ambulatoriale presso il presidio ospedaliero Oglio Po. E' inoltre prevista l'organizzazione di nuovi percorsi formativi estesi anche alla parte territoriale in collaborazione con ASST di Mantova.

	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco Viadanese	Definizione assetto in termini organizzativo funzionali	Avvio nuovo assetto	Consolidamento
POT Soresina	Ripresa attività BIC ortopedia e studio fattibilità ambulatorio chirurgia vascolare e ambulatorio visite e BIC oculistica	Consolidamento e avvio eventuali nuove attività	Mantenimento
Sperimentazione POT Cremona → modifica in cure intermedie	Approvazione progetto e avvio lavori	Sviluppo	Consolidamento
Dimissioni protette	Sviluppo e miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
Gestore ed Erogatore per la Presa in Carico	Sviluppo	Consolidamento	Mantenimento
Cure palliative - DICP (hospice e cure palliative)	Consolidamento	Mantenimento	Mantenimento

5.2 Governo dei tempi di attesa e miglioramento dell'accessibilità

- **Accessibilità e Trasparenza delle liste di attesa e Governo dei tempi attesa attività ambulatoriale**

Nell'ambito dell'approvazione del POAS 2016-2018 è stata costituita la nuova UOC "Servizi sanitari, socio sanitari e territoriali" a cui compete la Gestione servizi di front office ospedalieri (CUP-cassa, laboratorio analisi, anatomia patologica, radiologia, punti prelievo e attività di prelievo esterne, accettazione ricoveri) e territoriali: prenotazione, accesso, dimissione coordinandosi con l'area della Direzione Socio-Sanitaria. La riorganizzazione delle attività del CUP ha comportato dei cambiamenti sull'organizzazione del lavoro nelle fasi di prenotazione, accettazione e rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (flusso 28SAN).

Nel corso dell'anno 2018, ai fini di un maggior governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero (in applicazione delle DGR X/7766 del 17 gennaio 2018), è stato attivato un gruppo di lavoro per il monitoraggio dei tempi di attesa ed è stato individuato a livello aziendale il Responsabile Unico Aziendale dei tempi di attesa. A quest'ultimo, ai fini di un contenimento complessivo delle liste di attesa, sono affidati i compiti del corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, della gestione esclusiva delle agende di prenotazione, in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali, dell'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, del monitoraggio dei dati correnti e della proposta di azioni correttive rispetto alle criticità riscontrate. L'azienda intende proseguire su questa linea anche per il triennio 2020-2022 monitorando a livello aziendale i tempi di attesa, migliorando la programmazione di medio periodo delle attività di specialistica ambulatoriale e lavorando sul livello di appropriatezza prescrittiva attraverso attività formative/informative. Dovrà, quindi, essere ulteriormente potenziata la comunicazione e l'informazione in termini di completezza dell'offerta, consentendo di disporre dell'intera gamma di prestazioni. Nel corso del 2018, l'azienda, dando ai pazienti la possibilità di disdire le prenotazioni, ha cercato di ridurre il rischio di "no show" mantenendo la capacità produttiva elevata attraverso riallocazione degli slot. Nel corso del 2019, l'azienda si è impegnata a:

- 0 potenziare l'apertura di punti di accesso/accoglienza ai servizi sanitari in maniera diffusa nel territorio;
- 0 individuare degli slot dedicati ai pazienti cronici nell'ottica della presa in carico garantendo una forte integrazione con gli altri soggetti gestori della presa in carico;
- 0 prevenire il fenomeno delle doppie o triple prenotazioni, l'azienda si impegnerà a comunicare/ricordare ai pazienti gli appuntamenti fissati in modo da incidere sulla c.d. mortalità delle liste d'attesa e disporre del reale dimensionamento delle agende;
- 0 riorganizzare le agende per classi di priorità.

Per l'anno 2020 l'azienda si pone come obiettivi:

- 0 "pulizia" e riordino delle agende al fine di compattare/uniformare l'offerta;
- 0 Riorganizzazione dell'attività ambulatoriale anche attraverso l'utilizzo di strumenti di clinical governance quali PDTA aziendali;
- 0 progetti sperimentali di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale direttamente da parte degli specialisti attraverso una piattaforma informatica collegata al CUP.

- **Cancer Center**

L'evoluzione delle conoscenze in ambito oncologico e la crescente complessità della cura dei tumori ha reso indispensabile una forte integrazione fra area chirurgica, medica e diagnostica, con la creazione di percorsi strutturati multidisciplinari che si fondano sulla collaborazione ottimale e l'integrazione di competenze diverse, il tutto sullo sfondo di una attività di ricerca clinica e di diagnostica biomolecolare all'avanguardia. Da queste premesse è nato il progetto di creare un polo oncologico multidisciplinare in cui i vari attori specialisti (oncologo, radioterapista, chirurgo, radiologo, patologo, palliativista, etc.) ruotano attorno al paziente fornendo una risposta integrata alle sue complesse esigenze, dalla diagnosi alla terapia.

Per i suddetti motivi è stata portata avanti la realizzazione del Centro Oncologico Cremonese, che non desidera essere un ospedale dentro l'ospedale, ma una nuova modalità di presa in cura multidisciplinare tesa a dare rilievo e potenziare le opportunità diagnostiche terapeutiche già presenti con certezza di tempi, metodi e approcci terapeutici.

La ASST di Cremona per l'anno 2020 intende produrre dei PDTA ad indirizzo oncologico propedeutici allo sviluppo organizzativo del cancer center. Per tale scopo nel corso del 2020 verrà istituito un team work multiprofessionale e multidisciplinare finalizzato alla ridefinizione dei percorsi e processi di natura oncologica all'interno del cancer center.

- **Customer satisfaction, ascolto e Associazioni di volontariato**

Parte centrale della promozione dei servizi è costituita dall'ascolto del cittadino. Per questo la rilevazione della soddisfazione dell'utente (customer satisfaction) e la raccolta delle istanze (reclami ed elogi) assumono un ruolo peculiare nell'attività di comunicazione. La testimonianza delle persone che si rivolgono a noi viene, infatti, impiegata in modo costruttivo e diviene materia di audit per la condivisione con gli operatori, oppure traccia essenziale di percorsi formativi ad hoc finalizzati a migliorare la consapevolezza dei sanitari rispetto alla percezione/bisogno dell'utente.

Sempre ai fini di una migliore interazione con il cittadino, l'ASST Cremona interagisce in maniera sistematica con le 40 Associazioni di volontariato che operano all'interno dell'ospedale e sul territorio. Associazioni che svolgono attività di sostegno ai familiari, ai malati ed anche agli stessi operatori sanitari, sia attraverso la messa a disposizione di tempo sia attraverso la raccolta fondi per l'acquisto di apparecchiature, promuovere la ricerca o finanziare borse di studio. In materia di volontariato l'ASST di Cremona vanta una tradizione consolidata che si concretizza in un'autentica collaborazione declinata in modo eterogeneo in base alle diverse e esigenze legate ad esempio alla tipologia di pazienti. Nel corso dell'anno 2018 è

stato approvato il nuovo Regolamento sul terzo settore (Decreto n.367 del 13/12/2018) che prevede la creazione del "Registro aziendale degli Enti del Terzo Settore Convenzionati", consultabile sul sito web aziendale. Questo registro conterrà, per ciascun ente, la denominazione, le informazioni di recapito, gli ambiti ed i progetti di collaborazione attivati con l'ASST, nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza.

	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Cancer Center	stesura PDTA finalizzati alla riorganizzazione del cancer center	Applicazione PDTA e avvio della nuova organizzazione	Consolidamento e sviluppo
Customer Satisfaction, Ascolto e Associazioni di volontariato	Consolidamento	Mantenimento	Mantenimento
Accessibilità, trasparenza liste attese e Governo tempi di attesa	Riorganizzazione attività tramite "pulizia" agende e sviluppo PDTA	Sviluppo e applicazione PDTA	Consolidamento
Punti accoglienza Diffusi	Ampliamento	Mantenimento	Mantenimento

5.3 Esiti e appropriatezza clinica e organizzativa

- **Efficacia clinica e requisiti minimi**– Il DM 70/2015 pone degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativamente all'assistenza ospedaliera. Questo aspetto risulta ancora più rilevante per l'azienda data l'attuale situazione di fabbisogno di personale. A questo proposito si rende necessario per l'azienda approfondire alcuni aspetti resi di primaria importanza dal Decreto Ministeriale. In particolare si impongono dei ripensamenti organizzativi alla luce:
 - degli standard richiesti per la classificazione delle strutture ospedaliere e in particolare per i DEA di primo livello;
 - dell'identificazione di soglie minime di casistica per singola prestazione (es. almeno 150 primi interventi chirurgici per CA mammella per struttura complessa) in un'ottica di maggiore concentrazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, al fine di migliorare gli esiti e l'appropriatezza delle stesse prestazioni;
 - dell'identificazione di soglie minime di rischio di esito (es. Proporzioni di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65 anni deve essere minimo il 60%);
 - dell'importanza data alle reti per patologia sia a livello aziendale che inter-aziendale (rete ictus e rete infarto).

Alla luce di questi aspetti, l'azienda si pone l'obiettivo di intraprendere nel triennio 2020-2022 azioni volte a sviluppare delle forme organizzative che favoriscano processi di specializzazione delle strutture e concentrazione delle casistica (es. Equipe itineranti), azioni volte a migliorare la *clinical competence* del personale medico, un potenziamento delle reti di patologie già attive sia a livello aziendale che interaziendale (ad esempio, rete ictus e rete infarto) e lo sviluppo e l'implementazione di nuovi PDTA.
- **Riorganizzazione delle attività ostetrico-ginecologiche relative alla chiusura del Punto nascita del Presidio di Oglio PO** – la chiusura del punto nascita del presidio di Oglio Po, avvenuta in ottemperanza della DGR 267 del 28 giugno 2018 e secondo le

indicazioni del DM'70, ha reso necessario elaborare un progetto e intraprendere iniziative per l'assistenza alla gravidanza e alla nascita nell'ambito casalasco-viadanese allo scopo di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza durante tutto il percorso che precede e segue la nascita. Nel corso del 2019, le strutture coinvolte del dipartimento materno-infantile e la Rete RIMI sono state coinvolte nella riorganizzazione del suddetto percorso agendo sulla riorganizzazione delle attività ambulatoriali presso il PO di Oglio PO (orari di apertura, tipologia prestazioni ecc), raccordi tra ambulatori e consultori familiari per la garanzia della continuità assistenziale, percorsi assistenziali in urgenza, trasporti delle gravide e azioni per le nascite fisiologiche a gestione ostetrica (BRO – Basso rischio ostetrico). Per il 2020 si prevede il consolidamento del percorso avviato nel corso del 2019.

- **Appropriatezza prestazioni** - Anche per prossimo triennio, come nel passato, l'azienda sarà impegnata nell'attività di rivalutazione delle attività ospedaliere in modo da favorire il passaggio delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale, implementando le prestazioni chirurgiche a bassa intensità (BIC) e le attività erogate in MAC. Inoltre, al fine di raggiungere buoni risultati in ambito di appropriatezza prescrittiva e delle prestazioni in generale sono stati confermati alcuni indicatori all'interno degli obiettivi di budget a livello aziendale, tra i quali: la riduzione del 5% del numero di prescrizioni radiologiche rispetto all'anno precedente; il miglioramento del tasso di DRG ad alto rischio di inappropriatezza, la riduzione della percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con lo stesso MDC, la riduzione della degenza media pre-operatoria.
- **Qualità e sicurezza delle cure – risk management** - In ottemperanza alla Circolare Regionale prot. G1.2016.0039962 del 21.12.2016 "Linee guida attività di Risk Management - Anno 2017", l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona con deliberazione n. 2 del 10.01.2018 ha preso atto delle relazioni conclusive sulle attività di risk management relative all'anno 2017, nell'ambito del piano approvato con deliberazione n. 117 del 27.03.2017, comprendente i progetti operativi specifici: prevenzione delle infezioni nosocomiali nei pazienti dializzati; il gruppo delle idoneità difficili; indagine relativa alla riconciliazione farmacologica nei pazienti con ricoveri ospedalieri ripetuti, costante monitoraggio di protocolli specifici inerenti il rischio in ostetricia e ginecologia, il rischio sepsi ed infezioni correlate all'assistenza nonché il rischio connesso ai farmaci antitumorali. I monitoraggi e gli indicatori del Piano Annuale di Risk Management si integrano con il sistema PIMO. A partire dal 1.1.2018 l'Azienda ha affidato alla società Marsh spa il servizio di brokeraggio assicurativo allo scopo di implementare le politiche aziendali di risk management. A partire dal 2019 è stato prodotto un report, trasmesso ai responsabili delle UU.OO aziendali, contenente le informazioni dei sinistri aziendali aperti dal 01.01.2018, e dal quale emerge il collegamento tra l'operato del professionista e l'accadimento dell'evento che ha generato responsabilità per malpractice, anche al fine di includere tale dimensione professionale nei percorsi di valutazione del personale. Tale reportistica proseguirà anche nel corso dei prossimi anni.

	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Efficacia clinica e requisiti minimi	Consolidamento di una rete intra-aziendale con equipe chirurgiche itineranti tra i presidi; Avvio di una maggiore specializzazione dei presidi aziendali; Realizzazione di una mappatura della clinical competence per ciascun CdR Potenziamento dei percorsi ospedale-territorio Definizione di nuovi PDTA a livello aziendale	Consolidamento	Mantenimento
Riorganizzazione delle attività ostetrico-ginecologiche dopo la chiusura del Punto nascita del Presidio di Oglio PO	Consolidamento Riorganizzazione delle attività connesse al percorso nascita e delle attività ambulatoriali del Dipartimento materno-infantile.	Mantenimento	Mantenimento
Appropriatezza prestazioni	Consolidamento e Sviluppo nuove linee di attività.	Consolidamento	Mantenimento
Qualità e Risk Management	Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento

5.4 Ottimizzazione dei processi interni aziendali

- Ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente** - Con l'approvazione del POAS 2016-2018, è stata istituita la funzione Gestione Operativa finalizzata all'efficientamento dei processi produttivi ospedalieri e dei percorsi clinico-assistenziali. In particolare, questa struttura ha l'obiettivo di ottimizzare l'attività chirurgica attraverso la riorganizzazione delle sale operatorie e dei percorsi del pre-ricovero; coordinare la figura del "bed manager" finalizzata alla gestione ottimale dei posti letto, delle liste d'attesa dell'area medica, delle dimissioni, in sinergia con i professionisti del centro servizi; riordinare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali, passando attraverso l'abbattimento dei tempi d'attesa e al miglioramento della logistica degli spazi. L'ottimizzazione dei processi di cura in ambito chirurgico e la razionalizzazione dei setting assistenziali già avviati, saranno oggetto di consolidamento nel prossimo triennio dei seguenti progetti:
 - consolidamento ed efficientamento della Week Surgery;

- la revisione del percorso del paziente chirurgico e la saturazione dei blocchi di sala operatoria;
 - integrazione attività operatoria dei due Presidi (es. prestazioni urologiche, oculistiche, orl ecc.);
 - la riorganizzazione del processo di pre-ricovero che ha previsto una revisione delle evidenze in merito all'appropriatezza degli esami di laboratorio e di diagnostica e la concreta applicazione delle "best practice" attraverso la stesura di un protocollo;
 - centralizzazione delle liste operatorie e programmazione accentrata degli interventi;
 - la gestione dei posti letto a livello accentrato attraverso la figura del bed manager che segue altresì anche le dimissioni protette per l'organizzazione dei relativi trasporti;
 - progettazione della gestione centralizzata delle agende ambulatoriali anche alla luce della presa in carico dei pazienti cronici;
 - ridefinizione del protocollo relativo alla linea dell'urgenza;
 - ottimizzazione dei tempi di risposta dei servizi diagnostici.
- **Sviluppo di un sistema di Governo e di Controllo delle Sperimentazioni cliniche a livello aziendale:** dopo un lavoro di analisi del processo condotto nel biennio precedente, anche ai fini del rispetto del PTPC aziendale, l'azienda ha approvato un nuovo regolamento nell'anno 2018 (Decreto n.464 del 26/12/2018). Nel corso del 2019, anche sulla scorta delle procedure regionali PAC, si è provveduto ad inserire all'interno di una procedura gli aspetti contabili del processo di sperimentazione e sono stati messi a punto gli strumenti operativi. Nel corso del 2020 è prevista la piena implementazione del processo e durante il prossimo triennio si intende strutturare il processo operativo delle Sperimentazioni a supporto dell'attività del Principal Investigator/Sperimentatore, monitorare la corretta applicazione del regolamento vigente e adottare un sistema di rendicontazione più analitico ed esaustivo. In altri termini, si tratta di definire una metodologia di raccolta dati per creare un flusso sistematico di informazioni sull'area delle sperimentazioni cliniche e in un'ottica di maggior governo della dimensione economico-finanziaria legata ai proventi delle sperimentazioni cliniche.

	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Ottimizzazione piattaforme produttive e fluidità del percorso del paziente	Consolidamento Funzione di Gestione operativa Centralizzazione liste operatorie Avvio riprogettazione attività ambulatoriale alla luce della presa carico Riorganizzazione linea produttiva Emergenza/Urgenza e gestione PL	Consolidamento Funzione di Gestione operativa Consolidamento Blocco operatorio Sviluppo riorganizzazione attività ambulatoriale Consolidamento linea produttiva E/U e gestione PL	Consolidamento
Sviluppo di un sistema di Governo e controllo delle sperimentazioni cliniche	Avvio del processo operativo delle sperimentazioni; Azioni di monitoraggio; Predisposizione di un sistema di rendicontazione più analitico ed esaustivo.	Sviluppo e consolidamento	Consolidamento e monitoraggio

5.5 Aggiornamento e adeguamento tecnologico e strutturale

- **Adeguamento strutturale** - Gli ambiti di intervento principali riguardano:
 1. **L'adeguamento alla normativa antincendio del Presidio Ospedaliero Cremonese:**
l'adeguamento alla normativa antincendio del Presidio Ospedaliero Cremonese si prefigge di conseguire l'obiettivo di una struttura ospedaliera sicura in materia di prevenzione del rischio incendio, di rispondenza ed adeguatezza dei percorsi di evacuazione, di sicurezza elettrica, di messa a norma degli impianti tecnici ospedalieri, di confort per degenti e utenti.
 2. **continuità nelle azioni già avviate nel corso del 2019** finalizzate alla riorganizzazione logistica degli spazi del monoblocco ospedaliero dedicati all'attività ambulatoriale e degli studi medici al fine di migliorare l'assetto organizzativo
 3. **avvio progetto cancer center** ricollocazione interna di reparti al fine di allineare su un unico piano uu.oo. di natura oncologica (ematologia e oncologia)
- **Ammodernamento tecnologico** – Al fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie erogate e il livello di specializzazione delle stesse, ASST di Cremona intende perseguire, dati i vincoli finanziari regionali, l'ammodernamento del parco tecnologico aziendale. Per il prossimo triennio, l'azienda intende sia completare le procedure di acquisizione e installazione delle apparecchiature e dei sistemi informatici già avviate negli anni precedenti sia avviare le nuove procedure per l'utilizzo delle risorse regionali assegnate nel corso del 2017 al fine di rispettare i tempi del finanziamento. Su questo tema, un ruolo cruciale è ricoperto dal capitolo **"Sistema informativo socio sanitario"**: nell'ambito dei Progetti finanziati dalla DGR n. X/6548/2017, ASST di Cremona ha avviato una procedura negoziata sotto-soglia per l'acquisizione di una Piattaforma Software per la gestione del processo di presa in carico dei pazienti cronici, quale strumento a supporto del progetto strategico di realizzazione di un Centro Servizi interno per la presa in carico dei pazienti cronici. Nel corso dell'anno 2018, l'ASST ha aderito ad una convenzione CONSIP per l'acquisizione della Cartella Clinica Elettronica. La nuova architettura informatica, fortemente integrata alla Piattaforma Regionale di Integrazione, e in futuro alla NPRI (Nuova Piattaforma regionale integrata), dovrà comporsi di una componente, definita **Clinical Information System**, in grado di programmare e rilevare tutti i processi clinici e le informazioni che si sviluppano in ambito di ricovero ospedaliero, ambulatoriale e assistenziale, evolvendo dalla concezione della Cartella Clinica relativa ad un singolo episodio verso la logica del Processo di Cura e di alimentazione del "Dossier Clinico Assistenziale" del paziente. Ulteriori elementi di sviluppo che caratterizzeranno l'attività dei sistemi informativi sono:
 - L'adesione alla Contratto Quadro di Lombardia Informatica _ Gara 6/2017/LI_Procedura ristretta ai sensi dell'art. 61 del D.lgs. 50/2006, per l'affidamento del servizio di conservazione a norma dei documenti informatici, operativo su scala regionale, da destinare agli Enti Sanitari Pubblici lombardi, a Regione Lombardia e agli Enti del Sistema Regionale (SIREG);
 - l'adeguamento progressivo alle indicazioni presenti nella normativa, nazionale ed europea, sulla protezione dei dati, privacy, dossier sanitario e sicurezza delle informazioni;
 - l'adeguamento del software per la prescrizione elettronica ai nuovi LEANel corso del 2019 l'ASST di Cremona ha, inoltre, avviato un progetto di **ammodernamento tecnologico di ERP**. Tale progetto ha visto l'avvio dell'ammodernamento dei moduli di fatturazione attiva/incassi e di bilancio nel corso del 2019, mentre per il 2020 è in previsione l'avvio dell'ammodernamento dei moduli residui (parte passiva, gestione ordini, magazzini e cespiti).

	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Azioni strutturali	Consolidamento azioni adeguamento normativa anti incendio e sicurezza impianti tecnologici. Azioni di riorganizzazione logistica spazi	Implementazione Piano strutturale e continuità su quanto avviato in precedenza	Implementazione Piano strutturale e continuità su quanto avviato in precedenza
Ammodernamento tecnologico e Sistema informativo socio-sanitario	Attuazione progetto digitalizzazione: Cartella Clinica Elettronica per la presa in carico globale del paziente. Adeguamento dei software ai nuovi LEA. Avvio progetto di ammodernamento tecnologico di ERP	Sviluppo e progettazione	Sviluppo

5.6 Gestione rapporti clinici interaziendali

L'integrazione tra le ASST di Cremona, Crema e Mantova nell'ATS Val Padana mira a consolidare e sviluppare alleanze nell'ottica di valorizzare i professionisti, migliorare/estendere l'offerta delle singole Aziende, allargare i bacini territoriali e permettere la sostenibilità delle eccellenze presenti nelle singole ASST garantendo la continuità di cura nei territori limitrofi. Tra queste si evidenziano:

- **Sviluppo HUB Neurochirurgico e di Neuroradiologia Interventistica**

La messa a regime del progetto sperimentale inter-aziendale tra le ASST di Cremona e Mantova per *"la gestione delle patologie neurochirurgiche nel territorio mantovano"* (DGR n. X/3767 del 3.7.2015), avviato alla fine del 2015, prevede la gestione delle Emergenze e Urgenze Neurochirurgiche nella Provincia di Mantova al fine di dare qualità, sicurezza e continuità al percorso di cura in loco, recuperando altresì la mobilità passiva verso strutture extraregionali. Il percorso avviato trova riscontro nella creazione di una S.C. di Neuroradiologia interaziendale la cui sede istituzionale è prevista da POAS presso la ASST di Mantova, ma che verrà dotata di un organico integrato tra le ASST di Mantova e Cremona. Questo a garanzia della copertura nell'intero bacino di riferimento dell'ATS Val Padana con l'HUB operativo a Cremona in quanto sede di HUB Neurochirurgico (conclusi nell'estate 2017 i lavori di adeguamento per il volo notturno **-elisoccorso notturno-** che qualificano il Presidio di Cremona quale Hub di emergenza per i territori a sud della Lombardia). In coerenza rispetto a quanto proposto e per garantire la piena realizzazione le due ASST hanno costituito nel mese di Maggio 2017 un Dipartimento Funzionale Interaziendale di Neuroscienze per cui si prevede il potenziamento dell'attività per il prossimo triennio nell'ottica della definizione di Percorsi Diagnostici Assistenziali Terapeutici condivisi dalle aziende. Nel corso del 2019 l'ASST di Cremona ha provveduto a rivedere l'assetto della UOC di Neurochirurgia al fine di potenziare l'attività alla luce della prosecuzione della condivisione del progetto con l'ASST di Mantova.

- **Collaborazioni Inter-aziendali tra ASST dell'ATS Valpadana**

- **convenzioni** in aree Specialistiche Ambulatoriali (Rete Allergologica Mantova-Cremona-Crema);

- **attività chirurgica** di Chirurgia Toracica presso la ASST di Cremona (equipe unica Cremona-Mantova) nella logica che *"si muove il medico esperto e il paziente sta vicino a casa"*;
- **consolidamento** Dipartimenti Inter-aziendali tra ASST e ATS della Val Padana: Cure Palliative (DICP), Oncologico (DIFO);
- **collaborazioni** con la ASST di Crema per Radioterapia, Neurochirurgia;
- **collaborazioni** con le ASST di Crema e Mantova nelle Strutture di staff sanitarie: Medicina Legale per la parte commissioni patenti (ASST Crema), Fisica Sanitaria (ASST Mantova);
- **studio di nuovi assetti organizzativi** delle strutture complesse in ottica inter-aziendale: Dipartimenti Funzionali Inter-aziendali di Laboratorio e Neuroscienze tra le ASST di Cremona e Mantova;
- **collaborazioni inter-aziendali** tra le ASST di Cremona, Mantova e Crema per lo sviluppo, l'integrazione e l'omogeneizzazione delle procedure nelle funzioni tecnico-amministrative nelle aree Acquisti, Risorse Umane (concorsi e materia sindacale), Comunicazione e Formazione.



6. La misurazione della performance

6.1 Performance aziendale

La realizzazione delle strategie aziendali viene valutata in maniera qualitativa dagli strumenti della gestione per progetti e in maniera quantitativa da sistemi di misurazione e valutazione delle performance aziendali.

Pertanto, l'ASST di Cremona, in linea con le indicazioni del Regolamento aziendale "Processo di budget" (Decreto n. 327 8/11/2018), ha definito per l'anno 2020, nell'ambito del processo di programmazione e controllo annuale, un sistema di valutazione strutturato nelle seguenti aree di Performance:

1. **Performance Economica o dell'efficienza gestionale**, nell'ambito della quale si prevedono obiettivi di perseguimento dei livelli di efficienza (rapporto tra costi e valorizzazione dei ricavi) e di contenimento di specifiche voci di costo con l'obiettivo di ridurre gli sprechi su acquisti di beni sanitari e/o il loro stoccaggio non ponderato preventivamente (come, ad esempio, nel caso dei DM), particolarmente critiche alla luce dei benchmark regionali;
2. **Performance degli Esiti, Appropriata clinica, Qualità e sicurezza dei pazienti** nell'ambito della quale viene proposta una selezione di obiettivi e indicatori del Cruscotto Regionale di valutazione: Esito, Network delle regionali e di Appropriata (ad esempio, tempestività degli interventi per frattura di femore per pazienti ≥ 65 anni, livello di ospedalizzazione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriata; degenza media pre-operatoria, appropriata prescrittiva per le prestazioni erogate a pazienti ricoverati ecc.) e obiettivi legati al miglioramento delle condizioni di sicurezza dei pazienti (ad esempio, igiene delle mani) ;
3. **Performance efficienza processi interni, accessibilità ai servizi e integrazione ospedale-territorio**, nell'ambito della quale sono previsti obiettivi e indicatori di: i) valutazione della tempestività di risposta alle richieste degli utenti interni ed esterni al fine di migliorare l'accountability dell'Azienda nei confronti dei cittadini e degli stakeholder nell'ottica della massima trasparenza e rendicontazione puntuale delle attività svolte; ii) fluidità del percorso fisico del paziente tra i diversi setting assistenziali (ad esempio, dall'area di emergenza-urgenza all'area di degenza, da quest'ultima a strutture territoriali extra-ospedaliere nei casi di dimissione protetta o di avvio di percorsi territoriali di assistenza domiciliare integrata), occupazione dei Blocchi operatori e fluidità del percorso chirurgico;

4. **Performance Contributo all'organizzazione**, nell'ambito della quale sono previsti, per lo più, obiettivi di processo, legati alla realizzazione di processi aziendali di rilevanza strategica ed organizzativa come ad esempio:
- promuovere e applicare i PDTA nell'area oncologica,
 - mappare le clinical competence dei dirigenti medici

In sintesi, dall'impostazione sopra descritta del processo di misurazione e valutazione prende avvio un nuovo approccio di gestione del sistema di programmazione e controllo ovvero del "ciclo delle performance" che è caratterizzato da:

- Multidimensionalità e Trasversalità: equilibrio tra le aree di performance oggetto di valutazione ("Non solo la prospettiva economica") e selezione di obiettivi a rilevanza strategica il cui raggiungimento è diffuso e capillare a livello aziendale;
- Semplificazione e Monitoraggio: gli obiettivi delle schede budget devono essere pochi e comprensibili, misurabili con indicatori di sintesi oggettivi facilmente calcolabili, accessibili e standardizzabili e costantemente oggetto di monitoraggio e di confronto con gli attori aziendali coinvolti per porre in essere per tempo azioni correttive e di miglioramento;
- Sistematicità: il sistema di valutazione è tanto più credibile quanto più è rigoroso, sistematico e oggettivo. In questo senso l'unità operativa Controllo Direzionale fornisce feedback periodici (mensili per la parte economica e trimestrali sulle altre aree di Performance) alla Direzione Strategica sul grado di raggiungimento e alle UU.OO. coinvolte che dovranno attivarsi per trovare soluzioni ad eventuali criticità che dovessero insorgere nel corso dell'anno;
- Chiarezza e Trasparenza: le logiche di valutazione sono oggettive frutto dell'applicazione delle regole di valutazione definite nell'ambito delle linee guida al budget;
- Comunicazione, formazione/informazione: il ciclo delle performance dovrà essere lo strumento attraverso il quale mettere in relazione il personale che opera sul territorio con quello che svolge l'attività nelle strutture sanitarie al fine di assicurare un percorso di integrazione di strumenti, conoscenze e risorse.



Di seguito si riporta l'**albero delle Performance**, ovvero uno schema rappresentativo degli obiettivi, suddivisi per area di performance, che l'ASST di Cremona intende perseguire nel prossimo triennio 2020-2022 con i relativi indicatori di risultato, in applicazione delle linee strategiche indicate nelle pagine precedenti.

Area Performance	Obiettivi	Indicatore	Consuntivo 2019	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Performance Economica	Miglioramento Livello efficienza	Consumi Sanitari/Valorizzazione ricavi (area ospedaliera)	14,22%	Riduzione	Riduzione	Mantenimento
	Mantenimento Attività Sanitarie	Valorizzazione ricavi (area ospedaliera)	€ 168.388.003	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
	Contenimento Costi	Costi DM e File R (area ospedaliera)	€ 23.607.245	Riduzione (- 0,9% per i DM)	Riduzione	Riduzione
	Gestione dei pagamenti	Tempo medio di pagamento relativo agli acquisti di beni, servizi e forniture	49,62 GG	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Area Performance	Obiettivi	Indicatore	Consuntivo 2019	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Performance Esiti, Appropriately, Qualità e Sicurezza	Miglioramento Esiti e efficacia clinica	Indicatori Esito (cruscotto regionale)	>=Media Regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale
	Miglioramento Appropriately clinica e organizzativa	Indicatori Network regioni (cruscotto regionale)	>=Media Regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale
		Rapporto DRG ad elevato rischio inappropriatezza rispetto a DRG appropriati	10%	Benchmark regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale
	Rispetto PDTA	Indicatori PDTA: area neurologica e oncologica (governo clinico – cruscotto regionale)	>=Media Regionale	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
	Miglioramento sicurezza del paziente:	Consumo di soluzioni idroalcoliche per l'igiene delle mani (ml/ gg degenza)	19,13	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
	Customer satisfaction	Indice di soddisfazione	6,4	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento

Area Performance	Obiettivi	Indicatore	Consuntivo 2019	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Efficienza Processi interni, Tempestività e integrazione H-T	Miglioramento fluidità dei percorsi	Degenza media ricoveri per acuti (al netto 0-1 gg)	8,92	Riduzione	Riduzione	Mantenimento
		Degenza media pre-operatoria (ricoveri programmati)	1,68	Riduzione (VA Benchmark regionale)	Riduzione (VA Benchmark regionale)	Riduzione (VA Benchmark regionale)
	Tempestività processi produttivi	Rispetto tempi di attesa secondo normativa vigente (prestazioni ambulatoriali e di ricovero)	>90%	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
		Tempestività esecuzione e refertazione degli esami diagnostici (rispetto tempi protocolli interni per metodica e priorità)	>85%	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
	Saturazione Capacità produttiva blocco operatorio e fluidità percorso chirurgico	Tasso utilizzo SO	>80%	>90%	Mantenimento	Mantenimento
		Rispetto inizio induzione primo intervento (8:15)	>80%	Miglioramento	Miglioramento	Mantenimento
		Nr pazienti con Pre-ricovero/totale interventi effettuati in elezione	>70%	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento
		% Pre-ricoveri scaduti	9,6%	Riduzione	Riduzione	Riduzione
		Tasso di puntualità (nr pz operati entro la priorità clinica)	>90%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Promozione integrazione ospedale-territorio	% ricoveri in Hospice con periodo di ricovero >=30 gg	8,20%	Mantenimento (VA <25%)	Mantenimento (VA <25%)	Mantenimento (VA <25%)
		Adozione protocollo "dimissione protette"	Attuazione e analisi criticità	Attuazione	Attuazione	Attuazione

Area Performance	Obiettivi	Indicatore	Consuntivo 2019	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Risorse Umane e Sviluppo organizzativo	Pari opportunità	num. donne/totale dipendenti	74%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
		num. Donne dirigenti/totale dirigenti	53%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
		% completamento azioni previste nel piano delle azioni positive	processo ex-novo	>=90%	Mantenimento	Mantenimento
	Aggiornamento Job description per gli incarichi funzionali	% Job Description effettuate/totale incarichi funzionali	processo ex-novo	Aumento	Aumento	Aumento
	Promozione della multidisciplinarietà	Stesura e applicazione PDTA area oncologica	processo ex-novo	Attuazione	Attuazione	Attuazione
	Digitalizzazione	Referti in ambito Lettera di Dimissione notificati al SISS	98%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
Area Performance	Obiettivi	Indicatore	Consuntivo 2019	Obiettivo 2020	Obiettivo 2021	Obiettivo 2022
Collegamento Piano Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Obblighi di pubblicazione sul sito Istituzionale	Attuazione della normativa	Rispetto obblighi previsti	Rispetto obblighi previsti	Rispetto obblighi previsti
	Rispetto % attestazione O.I.V.	Almeno il 90% degli item contenuti nella griglia di rilevazione devono avere il punteggio massimo previsto	100%	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
	Realizzazione progetti previsti dal piano di prevenzione della corruzione e trasparenza	% di realizzazione di progetti inseriti nel piano	93%	Miglioramento	Mantenimento	Mantenimento

6.2 Performance organizzativa

La Performance organizzativa si traduce in una serie di strumenti già attivi e consolidati come il processo budget annuale e nel sistema di reporting e di valutazione interno aziendale. La prospettiva prevalente in questo ambito è tipicamente annuale ed interna, tesa a definire, monitorare e valutare obiettivi ed azioni da attuare nel corso di un anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della Performance ed in attuazione degli obiettivi di programmazione annuali regionali.

Il Budget è il principale strumento di governo aziendale tramite la previsione di obiettivi e programmi di attività e la periodica verifica e controllo del loro raggiungimento. Il processo di budget ha il duplice scopo di:

- coordinare gli obiettivi aziendali con le risorse disponibili sulla base anche dei vincoli e degli indirizzi regionali e nazionali
- favorire il coordinamento delle attività delle diverse unità operative verso un disegno comune e la responsabilizzazione in ordine agli obiettivi assegnati.

Per ciascuna unità operativa, titolare di CdR, si prevede una scheda budget con obiettivi operativi, indicatori di risultato, valori storici e valori attesi raggruppati nelle 4 aree di Performance sopra descritte. Il sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, inoltre, si completa con una valutazione in merito agli "Obiettivi Istituzionali", considerati obiettivi pre-requisito per accedere alla valutazione complessiva della scheda budget. Gli Obiettivi istituzionali sono riconducibili alle seguenti due aree:

- perseguimento degli obiettivi di mandato, del contratto ATS e delle Regole di Sistema (non ancora definiti al momento degli incontri di negoziazione delle schede budget),
- rispetto obiettivi contenuti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, ciascuna unità operativa per la propria area di competenza.

Infine, sono stati identificati degli "Adempimenti istituzionali" legati alla correttezza formale della documentazione clinica rispetto ai quali l'azienda, alla fine del processo, farà una valutazione puntuale per singola UO. I risultati di tale valutazione potranno incidere sulla valutazione fine del CDR.

Schema Scheda budget

Area performance	Peso Area	Obiettivo	Indicatore	Peso obiettivo	Storico 2017	Dato 2018	Valore atteso
Obiettivi istituzionali	Pre-requisito						
P. Economica	30%						
Esito e Appropriatelyzza	70%						
Processi e Efficienza							
Sviluppo alla Organizzazione							

6.3 Performance individuelle

Per promuovere a livello aziendale una maggiore responsabilizzazione sugli obiettivi assegnati, l'ASST di Cremona ha avviato nell'anno 2018 anche per la dirigenza il processo di assegnazione degli obiettivi individuali da parte del Direttore di unità operativa. Tali obiettivi individuali possono essere declinati a partire dagli obiettivi negoziati nella scheda budget di CdR e/o possono essere proposti come aggiuntivi ad hoc. L'assegnazione di una scheda di valutazione individuale è stata confermata nel 2020.

L'azienda ha attivato un sistema di valutazione individuale mediante appositi strumenti che derivano dalle schede di budget e dagli accordi integrativi con le OOSS a cui si rimanda per la regolamentazione di dettaglio. Di seguito si riporta la scheda di valutazione annuale per il riconoscimento della retribuzione di risultato che è composta da due sezioni:

- "area dei risultati" che rappresenta il 70% della retribuzione di risultato. Questa area è riconducibile agli obiettivi di budget assegnati al CdR e/o ad obiettivi specifici individuali;
- "area del contributo individuale" che rappresenta il 30% della retribuzione di risultato.

Schema Scheda budget

SCHEDA DI VALUTAZIONE ANNUALE PER IL RICONOSCIMENTO DELLA RETRIBUZIONE QJ RISULTATO: ANNO <u>2019</u>										
CDR:										
Valutatore:										
Valutato:										
AREA RISULTATI² (70%)										
Risultati conseguiti su obiettivi di budget del CDR (si veda tabella allegata)										
Risultati conseguiti su obiettivi specifici individuali (si veda tabella allegata)										
Totale1				%						
AREA CONTRIBUTI INDIVIDUALI² (30%)										
Scarso → 0 Adeguato → 0,5 Buono → 1 Eccellente → 1,5	Scarso	Adeguato	Buono	Eccellente						
Impegno e contributo assicurato nello svolgimento delle attività assegnate e nel conseguimento degli obiettivi										
Partecipazione attiva a progetti, gruppi di lavoro, riunioni, ecc.										
<u>Responsabilità e flessibilità (rispetto al Corridoio di lavoro, alle funzioni assegnate, ecc.)</u>										
Rispetto dei codici, delle procedure, e dei regolamenti Interni										
Tempestività, correttezza e completezza nell'effettuare valutazioni espresse (solo per i valutati con incarico <u>esclusivo</u>)										
Totale2 (somma punteggi assegnati / numero item applicati x 100)				%						
VALUTAZIONE COMPLESSIVA³ (media pesata Totale1 e Totale2)				%						
COMMENTI DEL VALUTATORE O DEL VALUTATO (obbligatori in caso di valutazioni sui contributi pari a Scarso o Eccellente)										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Data assegnazione Obiettivi (area risultati e area contributi individuali):</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Firma Valutatore:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Firma Valutato (per presa visione):</td> <td></td> </tr> </table>					Data assegnazione Obiettivi (area risultati e area contributi individuali):		Firma Valutatore:		Firma Valutato (per presa visione):	
Data assegnazione Obiettivi (area risultati e area contributi individuali):										
Firma Valutatore:										
Firma Valutato (per presa visione):										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Data valutazione Obiettivi finale (area risultati e area contributi individuali):</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Firma Valutatore:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Firma Valutato (per presa visione):</td> <td></td> </tr> </table>					Data valutazione Obiettivi finale (area risultati e area contributi individuali):		Firma Valutatore:		Firma Valutato (per presa visione):	
Data valutazione Obiettivi finale (area risultati e area contributi individuali):										
Firma Valutatore:										
Firma Valutato (per presa visione):										

¹ Sezione con informazioni fornite dal Controllo di Gestione, a seguito di validazione da parte del Nucleo di Valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi e sulla base di specifica pesatura delle due tipologie di obiettivi
² Sezione a cura del valutatore
³ Valutazione negativa se punteggio complessivo inferiore a 60% E/O se almeno due item dell'area contributi con valutazione Scarso

6.4 Ciclo di gestione della Performance

Il Piano delle Performance rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i), raccogliendo in un'unica "cornice di sintesi" le funzioni di pianificazione, monitoraggio e valutazione dell'Azienda.

Di seguito si riporta in sintesi del ciclo di budget, come indicato sul regolamento aziendale vigente:

- 1. Definizione delle Linee guida del processo di Budget:** a seguito della presa d'atto delle regole del Sistema Sanitario Regionale, Le LLGG sono condivise all'interno del Collegio di Direzione dopo aver effettuato gli incontri pre-budget con i Direttori di Dipartimento.
- 2. Definizione delle Schede di Budget:** il Comitato Budget valida le proposte di schede di Budget elaborate dall'UO Controllo Direzionale, coerentemente alle "Linee Guida di Budget". Le proposte di schede di budget personalizzate vengono inviate a ciascun CdR a cui segue un momento di negoziazione ufficiale che si conclude con la sottoscrizione delle suddette schede da parte della Direzione Strategica, del Direttore del Dipartimento e del Responsabile di CdR. Entro un mese dalla sottoscrizione, ciascun Responsabile di CdR è tenuto a divulgare gli obiettivi negoziati e ad assegnare eventuali obiettivi individuali.
- 3. Monitoraggio infrannuale della performance** che consiste in un sistema costante di monitoraggio (a cadenza trimestrale) degli obiettivi contenuti nelle schede di budget e il cui raggiungimento è descritto da indicatori misurabili;
- 4. Valutazione performance organizzativa e performance individuale:** a seguito della raccolta dei dati e delle rendicontazioni delle UUOO certificatrici funzionali, viene effettuata la valutazione della scheda budget e, quindi, viene definito il grado di raggiungimento degli obiettivi per ogni singolo Centro di Responsabilità. Dopo eventuali controdeduzioni da parte delle singole UUOO, i risultati ottenuti sono presentati al Nucleo di Valutazione delle Performance, previa validazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione dei risultati da parte dello stesso. Dopo che è stata assunta la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi dei singoli CdR si procede alla valutazione della performance individuale sulla base della scheda di valutazione individuale.
- 5. Relazione sulla Performance:** come previsto dall'art. 10, c. 1, lettera b, del d. lgs. 150/2009, viene redatta la Relazione sulla Performance che rappresenta il momento conclusivo del Ciclo di Gestione della Performance, fornendo quindi un quadro completo e unitario di rendicontazione dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento.

Fasi/Tempi	Entro quando?
1. Recepimento Regole di Sistema e incontri pre-budget con i Dipartimenti	Entro gennaio/febbraio
2. Piano triennale della Performance	
3. Negoziazione Schede Budget	Entro marzo/aprile
4. assegnazione Monitoraggio infrannuale con eventuale revisione	trimestrale
5. Valutazione finale schede budget (performance organizzativa)	Entro maggio/Giugno anno successivo
6. Valutazione budget performance individuale	
7. Relazione Piano Performance	Entro Giugno anno successivo



7. Integrazione con altri strumenti di programmazione aziendale

7.1 Trasparenza e anticorruzione

La pubblica amministrazione agisce nell'interesse generale della comunità. La trasparenza, in tale contesto, rappresenta un principio attraverso il quale realizzare compiutamente i valori costituzionali di legalità, imparzialità e buona amministrazione, garantiti dall'art. 97 della Costituzione.

L'Azienda Socio - Sanitaria Territoriale di Cremona, con decreto n.33 del 28/01/2020 ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2020-2022, in attuazione dell'art. 1 comma 8 della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni", così come modificata dal D.Lgs. n. 97 del 25 maggio 2016, in conformità a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera CiVIT n.72/2013 ed agli aggiornamenti annuali, da ultimo l'aggiornamento 2019, al Piano Nazionale Anticorruzione, adottato con deliberazione ANAC n.1064 del 31.11.2019.

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione rappresenta, per l'ASST, lo strumento di programmazione delle attività e delle misure finalizzate alla prevenzione dei fenomeni corruttivi, delle situazioni di illegalità e, più in generale, dei fenomeni di malfunzionamento dell'attività dell'Azienda e si orienta, nel contrasto alla corruzione, verso un sistema integrato con gli altri Sistemi presenti nell'Azienda.

L'aggiornamento del PTPCT 2020-2022, analogamente ai precedenti, persegue le seguenti finalità: la riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione all'interno dell'ASST, l'aumento della capacità di scoprire eventuali casi di corruzione e la realizzazione di un contesto sfavorevole alla corruzione. Si pone, quindi, quali propri obiettivi strategici :

1. l'implementazione di un "sistema" aziendale di processo per la gestione del rischio di corruzione, da svilupparsi secondo una logica ciclica i miglioramento continuo, tracciabilità e verifica immediata dello stato di avanzamento;
2. l'incremento della formazione in materia di anticorruzione ed etica, sia in termini di ampliamento costante della copertura, sia di innalzamento del livello qualitativo.

L'elemento essenziale della politica di prevenzione e contrasto alla corruzione dell'ASST è la trasparenza dell'attività amministrativa intesa, ai sensi dell'art. 1 comma 15 della legge 190/2012, quale "livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione".

L'art. 1 del decreto legislativo n. 33/2013, modificato dal decreto legislativo n. 97/2016, individua la trasparenza come "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

Tenuto conto di quanto sopra, a norma del novellato art. 10 comma 1 del decreto legislativo n. 33/2013, le specifiche misure di trasparenza, con indicazione dei relativi responsabili e dei tempi di pubblicazione ed aggiornamento delle informazioni, sono indicate in apposita sezione del Piano.

Al fine di incentivare la partecipazione dei diversi stakeholders nella definizione delle politiche di prevenzione della corruzione e della trasparenza, si è proceduto alla pubblicazione sia nell'area "Amministrazione trasparente" e nelle notizie in primo piano della home page del sito internet, sia nella "bacheca" della piattaforma interna "angolo del dipendente", di un avviso di consultazione pubblica con il quale si invitavano tutti coloro che fossero interessati a far pervenire osservazioni o proposte per l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione.

La Direzione Strategica si raccorda e partecipa attivamente alla definizione delle politiche di prevenzione, in stretta collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che agisce in qualità di process owner avvalendosi di una rete di relazioni e supporti identificati nell'organizzazione su due livelli:

1. il primo, ordinario, con i vertici aziendali (Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sociosanitario) e i responsabili delle diverse articolazioni aziendali (Capi Dipartimento Gestionali e Funzionali, Direttori delle Strutture Complesse) individuati dal PTPC quali responsabili della gestione di procedure a rischio;
2. il secondo livello di relazione prevede la costituzione di una Rete di Referenti per la prevenzione della corruzione, con l'obiettivo di creare un sistema informativo "circolare" in grado di gestire il complesso delle misure di prevenzione in modo partecipato, accompagnare il sistema verso la cultura della prevenzione ed applicarla come qualsiasi altro fattore di produzione. La rete dei referenti è costituita dai direttori / responsabili degli staff di tutta la direzione strategica (direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore socio sanitario), così come individuati nel vigente POAS, e che costituiscono il "tavolo aziendale degli staff" al fine di condividere, programmare ed attuare, in modo integrato, gli obiettivi aziendali.

Il PTPCT 2020-2022 ha natura programmatica ed individua tutte le misure di prevenzione e di trattamento del rischio poste in essere o programmate, in parte aventi natura obbligatoria ed in parte previste come interventi ulteriori dell'ASST di Cremona per fronteggiare i rischi individuati. Il PTPCT è strutturato, infatti, come un documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili e tempistica, e definisce in specifiche schede di programmazione, declinate negli obiettivi di budget annuali, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa: le misure trasversali obbligatorie applicabili a tutti i processi e settori di attività ed a tutti i dipendenti, e le misure specifiche ulteriori di prevenzione e controllo dei rischi individuati.

Le misure di prevenzione, compresi gli adempimenti per la trasparenza, corrispondono, nel processo di budget, ad obiettivi "istituzionali" assegnati alle UU.OO. ed al relativo personale.

La declinazione delle misure di prevenzione, come sopra indicate, è specificatamente contenuta nel PTPCT 2020-2022. Il PTPCT 2020-2022 è consultabile sul sito aziendale, sezione Amministrazione Trasparente, al seguente link <https://www.asst-cremona.it/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza>

7.2 Internal auditing

E' stata istituita all'interno dell'ASST di Cremona la funzione di Internal Auditing (I.A.), preposta alla verifica dell'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno Aziendale.

L'I.A. si pone come controllo di terzo livello, presidiando i controlli tipici delle funzioni aziendali (secondo livello - Controllo di Gestione, Risk Management, Accredитamento, Qualità ...) e quelli legati alla responsabilità dirigenziale (primo livello).

La missione dell'I. A. è quella di assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo di gestione dei rischi identificandoli, mitigandoli e monitorandoli.

L'I.A. fornisce analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate.

Lo svolgimento della funzione di I.A. è disciplinata da apposito regolamento aziendale, approvato con deliberazione n. 323 del 29.10.2015.

L'attività di IA per il 2020, definita con apposito Piano, che, deve essere approvato e trasmesso entro il 28.02.2020 alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, consegue allo svolgimento delle seguenti analisi:

- il completamento dell'attuazione della riforma socio sanitaria regionale, con il conseguente consolidamento degli assetti territoriali ed organizzativi;
- la percezione dei rischi dell'Azienda, collegata alla tipologia e specificità di attività svolta, all'organizzazione, alla normativa di riferimento, tenuto conto della trasformazione del nuovo contesto aziendale;
- la verifica degli ambiti e delle attività evidenziate nel PTPCT aziendale 2020-2022;
- la verifica dell'attuazione delle raccomandazioni fornite ai servizi auditati, nonché il completamento delle azioni volte al miglioramento di alcuni dei processi esaminati nel corso del 2019 che richiedono un'ulteriore fase di accompagnamento nel miglioramento del processo in generale, con particolare riferimento alla mitigazione dei rischi individuati.

Il processo di Internal Auditing si integra con il Piano delle Performance in quanto verifica lo stato di attuazione di alcuni processi/percorsi inseriti all'interno della performance organizzativa mediante il processo di budget.

7.3 Piano integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)

Il Programma integrato di Miglioramento dell' organizzazione Regione Lombardia costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo ed è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti mediante una appropriata gestione.

Il Programma prevede le integrazioni degli strumenti Check-List, PIMO, Indicatori di Monitoraggio Interno e dati presenti sulla piattaforma PrIMO per: monitorare, attraverso i nuovi indicatori, le attività aziendali, i percorsi di cura, l'andamento dei processi clinico-organizzativi aggiornati con la valutazione della soddisfazione degli assistiti, integrare le informazioni derivanti dai contenuti di tutte le aree.

L'ASST di Cremona sostiene la cultura del miglioramento qualitativo continuo basata sulla definizione di qualità orientata all'utente, aderendo a quanto previsto a livello regionale dal "Piano integrato per il Miglioramento dell'organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con SSR Lombardo (P.I.M.O.)"

L'impegno dell'ASST di Cremona è quello di far conoscere il significato e i contenuti di ciò che intende perseguire, assicurare che la politica per il miglioramento della qualità sia compresa e sostenuta a tutti i livelli, stimolando e favorendo la motivazione e il coinvolgimento di professionisti e operatori.

Le attività strategiche perseguite sono le seguenti:

*Il Premio qualità: l'idea nasce come occasione per valorizzare e far conoscere nell'ASST di Cremona i progetti di miglioramento attuati dalle UU.OO. che riconoscono una possibilità concreta di migliorare la qualità e la sicurezza nella presa in carico dei pazienti, di ridurre i rischi, di accrescere soddisfazione e motivazione degli operatori.

Il Premio Qualità vuol contribuire a diffondere tra tutti gli operatori dell'ASST di Cremona la cultura del miglioramento continuo della qualità, valorizzando le migliori progettualità.

*Gruppo Auditor: nella prospettiva di promozione della politica per la Qualità ed a supporto del Programma di Miglioramento della Qualità di Regione Lombardia, l'ASST di Cremona intende costituire un gruppo di Auditor Interni formati a sostenere l'attività di verifica interna al fine di monitorare e migliorare i livelli qualitativi raggiunti e favorire durante le verifiche l'integrazione tra i ruoli organizzativi che operano nella

L'impegno dell'ASST di Cremona per migliorare la qualità dei servizi fornisce elementi per un maggior controllo delle attività, per l'addestramento del personale, per presentare le performance del sistema qualità al mondo esterno.

L'obiettivo del sistema PIMO è promuovere un sistema di valutazione della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie anche attraverso l'integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali con la gestione della qualità e del rischio.

7.4 Piano triennale delle azioni positive

Le amministrazioni pubbliche come previsto dall'articolo 7 del decreto legislativo 30/03/2001 n. 165 sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

L'articolo 57 del medesimo decreto legislativo ha previsto che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

La direttiva 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri sostituisce la direttiva del 23/05/20017 e aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva del 4/03/2011 sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

L'ASST di Cremona ha inserito la funzione di "conciliazione vita-lavoro" a partire dall'anno 2018 nell'ambito della Rete materno infantile aziendale con l'obiettivo di valorizzare il benessere organizzativo e il clima aziendale attraverso la realizzazione di iniziative a favore delle lavoratrici e dei lavoratori.

La figura del presidente del CUG a livello aziendale è stata identificata nel responsabile della U.O.C. R.I.M.I. tramite Decreto aziendale nr. 74 del 18/05/2018.

Il piano triennale di azioni positive è stato adottato formalmente a decorrere dall'anno 2019 ed è lo strumento che favorisce l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché la prevenzione o rimozione di situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica.

Il Piano delle Azioni Positive 2020-2022, è allegato al presente documento di programmazione, quale parte integrante, in ragione della rilevanza ai fini della valutazione della performance organizzativa ed individuale.



Piano triennale delle Azioni Positive 2020-2022



Premessa e riferimenti normativi

Il Piano Triennale delle Azioni Positive è il documento di programmazione che individua obiettivi, azioni e risultati attesi al fine di promuovere la parità e le pari opportunità all'interno della Pubblica Amministrazione.

Il decreto legislativo 165 del 30/03/2001 all'articolo 7 stabilisce che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a garantire la parità e le pari opportunità tra uomini e donne, l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro, così come un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

Lo stesso decreto stabilisce, inoltre, l'obbligatorietà della predisposizione di Piani di Azioni Positive da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

L'articolo 48 del Decreto Legislativo n. 198 del 11/04/2006 prevede che le Pubbliche Amministrazioni si dotino di un Piano di Azioni Positive per la realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna.

La Direttiva nr. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" prevede l'aggiornamento annuale del Piano triennale delle Azioni Positive e stabilisce che venga allegato al piano della performance.

Gli obiettivi generali che il presente piano intende perseguire sono i seguenti:

- *promuovere e diffondere iniziative finalizzate alla conoscenza del ruolo del CUG, al benessere lavorativo a tutti i livelli organizzativi e alla formazione/informazione mirata ad una maggiore consapevolezza in tema di mobbing, discriminazione di genere, stalking e pari opportunità

- *sostenere la collaborazione dei CUG e degli Organismi paritetici per l'innovazione

- *favorire nell'ambito lavorativo la parità e la pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua

- *promuovere e realizzare iniziative mirate alla conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare

Gli obiettivi e le azioni del piano.

OBIETTIVO 1: Conciliazione vita lavorativa e vita familiare (Individuazione di soluzioni che concilino l'impegno lavorativo con i tempi di vita familiare)

AZIONI:

- Convenzione con cooperativa esterna per definire i criteri di accesso al nido aziendale per i figli di dipendenti
- Attuazione dei regolamenti aziendali in tema di: part-time, permessi legge 104/92, permessi per motivi personali, benefici per i genitori ai sensi della legge 53/2000

PERIODO DI REALIZZAZIONE: 2020-2022

SOGGETTI/UFFICI COINVOLTI: UOC Risorse Umane, DAPS, UOC Acquisti e Servizi, Direzione Strategica

OBIETTIVO 2: Sviluppo del benessere organizzativo (promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori)

AZIONI:

- Programma WHP
- Organizzazione di corsi di ginnastica per dipendenti
- Organizzazione di iniziative dedicate alla salute dei dipendenti (es. settimana di prevenzione cardiovascolare)
- Campagne di sensibilizzazione per l'adozione di comportamenti a tutela della salute
- Promozione dello sportello di ascolto

PERIODO DI REALIZZAZIONE: 2020-2022

SOGGETTI/UFFICI COINVOLTI: UOC Risorse Umane, DAPS, UOS Affari Generali e Legali, Direzione Strategica, UOC Formazione, UOC Medicina del Lavoro, Avvocatura, UOC Medicina Legale, Dipartimento Salute Mentale, UOC Direzione Medica, UOS Comunicazione

OBIETTIVO 3: Attività di formazione/informazione (promuovere la sensibilizzazione dei lavoratori sulla tematica della violenza di genere)

- pagina web dedicata al CUG inerente progetti e iniziative di:
 - programmazione di eventi finalizzati alla sensibilizzazione sulla violenza di genere rivolte a donne e uomini della ASST in collaborazione con enti esterni (es. polizia di stato)
 - promozione del numero verde di pubblica utilità per il sostegno alle vittime di violenza e stalking attraverso l'esposizione di cartellonistica prevista dal dipartimento per le pari opportunità

PERIODO DI REALIZZAZIONE: 2020-2022

SOGGETTI/UFFICI COINVOLTI: Direzione Strategica, UOS Comunicazione

Durata, aggiornamento, monitoraggio e verifica del piano

Il presente piano ha durata triennale, nell'arco del triennio si attuerà un monitoraggio costante delle azioni positive proposte.

Il Comitato Unico di Garanzia entro il 30/03 di ogni anno, come previsto dalla direttiva nr 2/2019, provvederà:

- *a predisporre una relazione da presentare alla Direzione Strategica e al Nucleo di Valutazione delle prestazioni che terrà conto delle azioni realizzate nell'anno precedente;

- *a trasmettere la medesima relazione a Dipartimento della Funzione Pubblica e delle Pari Opportunità

Il presente piano verrà pubblicato e reso disponibile sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".