



---

**AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE**

**DI CREMONA**

**DELIBERAZIONE**

**adottata dal Direttore Generale Dr. Camillo Rossi**

**N. 102**

**DEL 26/02/2018**

**PROT. 6538**

**OGGETTO ADOZIONE PIANO DELLE PERFORMANCE PER IL TRIENNIO 2018-2020**

*Il responsabile del procedimento: Dott.ssa Carbone Clara*

Si attesta che la copia del presente atto viene pubblicata mediante affissione all'Albo dell'Azienda, ove rimarrà per giorni 15 interi e consecutivi.

Dal 27/02/2018 Al 13/03/2018

**IL RESPONSABILE U.O. Affari Generali e Legali  
Dott.ssa Marianna Bonfanti**

Richiamate le seguenti normative nazionali:

- Testo Unico sul Pubblico Impiego, Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e s.m.i.;
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 ad oggetto: “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” ;
- Delibera n. 112/2010 del 28 ottobre 2010 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l’integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT);
- Decreto Legislativo n. 33/2013 e s.m.i. ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA.”;

Richiamate le seguenti normative regionali:

- D.G.R. n. IX/2633 del 06 dicembre 2011, ad oggetto: “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’anno 2012”, ove all’allegato 2 si richiede alle Aziende Sanitarie pubbliche, al fine di presidiare, tra l’altro, la coerenza tra la programmazione regionale con gli obiettivi operativi delle singole strutture la definizione di detto Piano delle Performance;
- Circolare D.G. San. 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;
- D.G.R. del 20.12.2017, n. X/7600 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l’esercizio 2018” che stabilisce, tra l’altro, che, il Piano Integrato per il Miglioramento dell’Organizzazione (P.R.I.M.O.) dovrà rendicontare le attività messe in atto per il perseguimento delle strategie di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure rimandando per gli aspetti operativi alla DGR 7543 del 18.12.2017;

Richiamate

- le Linee Guida rilasciate dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di Regione Lombardia “Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde”;
- le 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”;

Precisato che, a fronte dell’approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico con 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 2018-2020 rappresenta la declinazione degli indirizzi strategici aziendali;

Richiamata, altresì, la Delibera n. 142 del 3.04.2017 ad oggetto: “Adozione del Piano delle Performance per il triennio 2017-2019”

Valutato che il Piano triennale della Performance a scorrimento 2018-2020 è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento ed è stato sottoposto in data 20 febbraio 2018 al Nucleo di Valutazione delle Performance dell’A.S.S.T. di Cremona, che ha validato lo stesso, valutandolo in linea con le disposizioni normative nazionali e regionali, come si evince da documentazione in atti;

Ritenuto, pertanto, di procedere alla formale adozione del Piano triennale della Performance a scorrimento 2018-2020 ed alla relativa pubblicazione in osservanza dei vigenti dispositivi normativi sul sito istituzionale dell’Azienda;

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, del Direttore Socio Sanitario per gli ambiti di competenza;

### DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate:

1. di adottare il Piano triennale della Performance a scorrimento 2018-2020, rappresentato nel testo allegato, quale parte integrante del presente provvedimento (allegato 1), revisione annuale del Piano delle Performance per il triennio 2017 – 2019;
2. di pubblicare detto documento nella sezione del proprio sito istituzionale, denominata “Amministrazione trasparente – Performance – Piano delle Performance”;
3. di trasmettere il presente provvedimento all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di Regione Lombardia;
4. di dare atto che dall’adozione del presente provvedimento non derivano oneri per l’ASST di Cremona;
5. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell’art. 17 comma 6 della L.R. 33/2009 e s.m.i.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Camillo Rossi

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott.ssa Alessandra Bruschi

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Rosario Ganino

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO  
Dott.ssa Paola Mosa



**ASST Cremona**

# **Piano triennale della Performance 2018 - 2020**

## INDICE

<b>1. PREMESSA</b>	<b>3</b>
<b>2. L'AZIENDA SANITARIA</b>	<b>5</b>
2.1 Situazione territoriale e demografica	7
2.1 Organizzazione e dipartimenti	8
2.2 Azienda in cifre	12
<b>3. MISSION E VISION AZIENDALE</b>	<b>20</b>
<b>4. STRATEGIE</b>	<b>21</b>
<b>5. PROGETTI STRATEGICI AZIENDALI E PROGRAMMAZIONE GESTIONALE</b>	<b>21</b>
5.1 Attuazione Legge 23/2015 per la realizzazione dei progetti in ambito sanitario e socio-sanitario	21
5.2 Potenziamento Asset strategici	23
5.3 Gestione dei rapporti istituzionali a livello territoriale	30
<b>6. LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE</b>	<b>32</b>
6.1 Le aree di performance	32
6.2 Il ciclo di gestione della performance	34
<b>7. TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE</b>	<b>39</b>
<b>8. INTERNAL AUDITING</b>	<b>41</b>

## 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 2018-2020 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:

- il livello 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;
- il livello strategico, ovvero l'insieme degli obiettivi di mandato che Regione Lombardia individua ed assegna alla Direzione Generale aziendale;
- il livello 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 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 2018-2020 è strettamente correlato:

- alla programmazione regionale, con particolare riferimento alla Deliberazione di Giunta Regionale n. X /7600 del 22/12/2017 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario Regionale per l'esercizio 2018";
- 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. 1378 del 5 febbraio 2018 "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 2018";

- 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.

Il presente PdP si articola nelle seguenti parti:

- descrizione dell'organizzazione e dell'attività dell'Azienda,
- definizione della mission e vision aziendale, nonché la declinazione di quest'ultime nelle aree strategiche aziendali,
- descrizione dei progetti strategici aziendali con una loro programmazione gestionale per il triennio 2018-2020,
- 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 SANITARIA

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, alcooldipendenza, 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:
  - a) Assistenza integrativa L. 266/2005: canoni di noleggio microinfusori
  - b) 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)
  - c) Gestione ossigenoterapia e ventiloterapia
  - d) 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.

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 DGR n. x/6064 del 30.1.2017 e 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".

## **2.1 Situazione territoriale e demografica**

La provincia di Cremona ha una superficie di Km<sup>2</sup> 1.771 con una densità di 203 abitanti/km<sup>2</sup>, e comprende 115 Comuni per un bacino di utenza (popolazione residente) al 31.12.2017 pari a 359.388 unità, di cui 183.093 femmine (50,94%) e 176.295 maschi (49,05%).

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 2016 pari a 182, in Lombardia questo indice è pari a 159 e in Italia a 165).

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 L'organizzazione e i 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 linea funzionale al Direttore Sanitario), hanno un ruolo sostanziale nell'accompagnamento dei processi strategici innovativi e nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

Gli incarichi di direzione dipartimentale sono conferiti su base annuale a seguito del processo di valutazione.

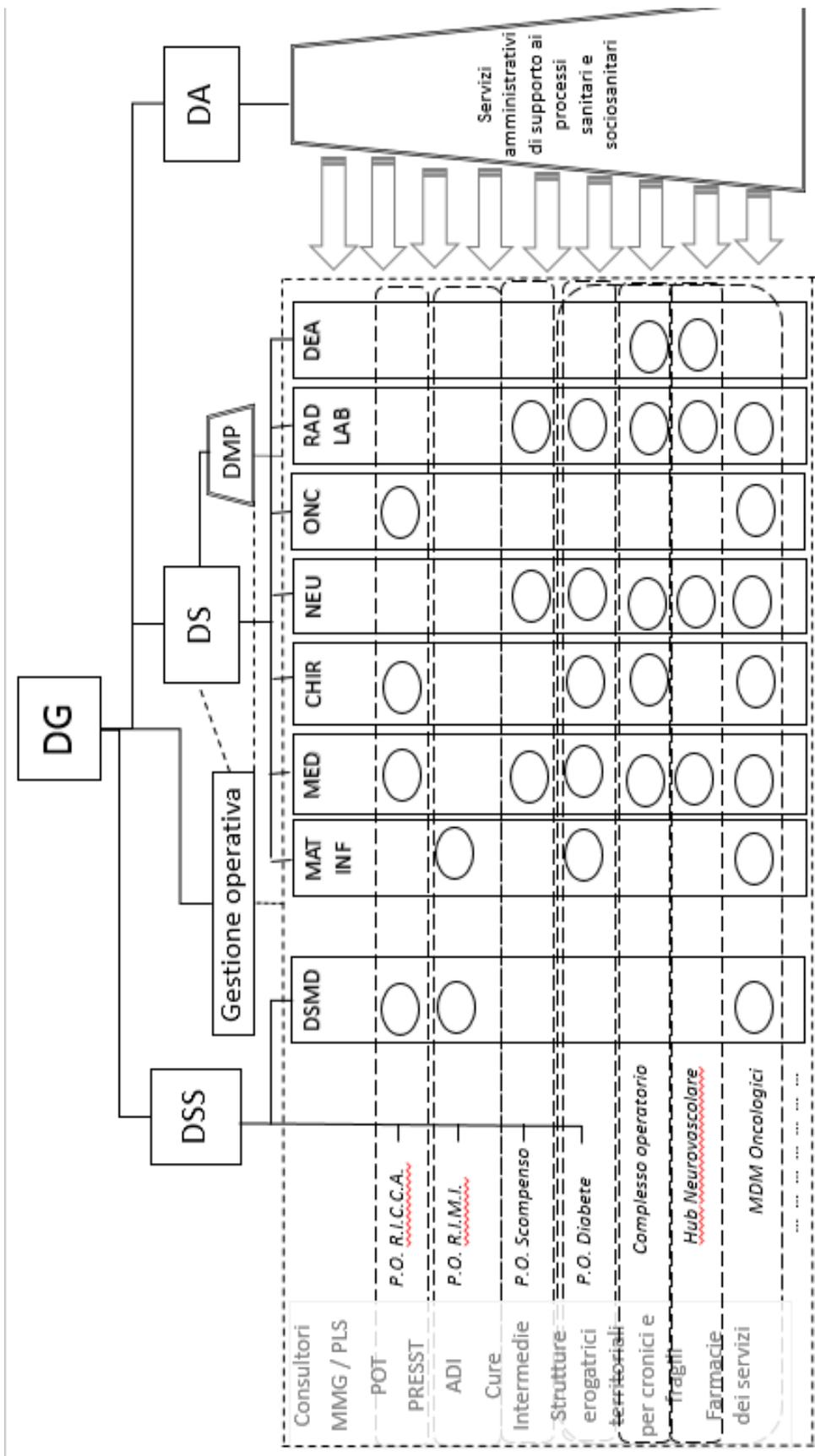
A seguito dell'adozione del nuovo POAS, l'ASST di Cremona risulta organizzata in 8 Dipartimenti gestionali:

- ✓ Dipartimento Chirurgico
- ✓ Dipartimento Medico
- ✓ Dipartimento Neuroscienze Osteo-Articolare
- ✓ Dipartimento Materno-Infantile
- ✓ Dipartimento D.E.A.
- ✓ Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
- ✓ Dipartimento Medicina Radiologica e di Laboratorio
- ✓ 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:
  - ✓ DIFO (Dipartimento Interaziendale funzionale Oncologico)
  - ✓ DMTE
  - ✓ Cure Palliative
  - ✓ Neuroscienze
  - ✓ Laboratorio Mantova-Cremona
  - ✓ Emergenza Urgenza Extraospedaliera

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



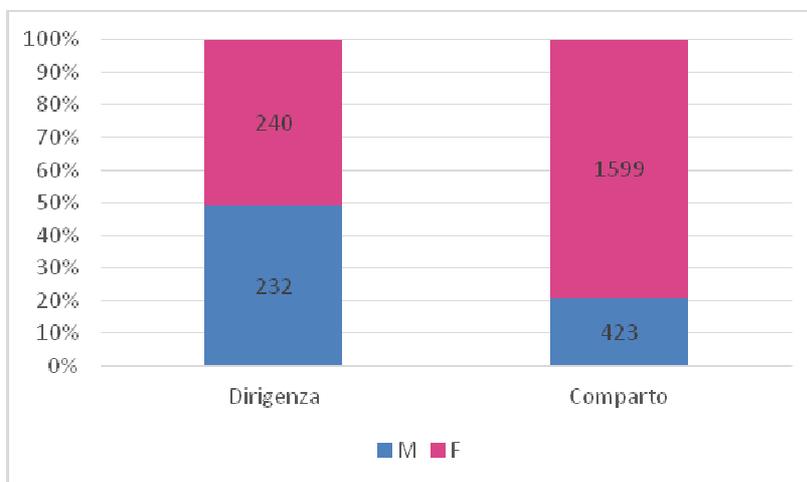
### 2.3 L'Azienda in cifre

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 biennio 2016-2017.

#### **Dati Strutturali**

L'azienda si compone di 2.494 unità di personale (numero teste a tempo determinato e indeterminato) tra Dirigenza (19%) e Comparto (81%). I PL complessivi attivi al 31.12.2017 sono 734 di cui il 78% presso il presidio ospedaliero di Cremona e il 22% presso il presidio ospedaliero di Oglio Po.

Figura 1 Distribuzione personale per genere con distinzione per dirigenza e comparto (numero teste al 31.12.2017 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 31.12.2017

	<b>Presidio Ospedaliero di Cremona</b>	<b>Presidio Ospedaliero di Oglio Po</b>	<b>Strutture Territoriali</b>	<b>Totale azienda</b>
<b>Dirigenza</b>				
Sanitario Medico	320	80	17	417
Sanitario non Medico	30	5	9	44
Professionale e Tecnica	4	0	0	4
Amministrativo	6	1	0	7
<b>Totale Dirigenza</b>	<b>360</b>	<b>86</b>	<b>26</b>	<b>472</b>
<b>età media Dirigenza</b>				<b>48,9</b>
<b>Comparto</b>				
Sanitario	976	298	47	1321
Tecnico	349	116	13	478
Amministrativo	146	30	47	223
<b>Totale Comparto</b>	<b>1471</b>	<b>444</b>	<b>107</b>	<b>2022</b>
<b>età media Comparto</b>				<b>48</b>
<b>Azienda</b>				
<b>Totale azienda</b>	<b>1831</b>	<b>530</b>	<b>133</b>	<b>2494</b>
<b>età media</b>				<b>48,2</b>

Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Tabella 2: PL attivi al 31.12.2017

	<b>Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)</b>	<b>Presidio Ospedaliero di Oglio Po</b>	<b>Totale Azienda</b>
Ordinari	508	145	653
Day hospital (incluso Day surgery)	43	9	52
Sub-acuti	21	8	29
<b>Totale Azienda</b>	<b>572</b>	<b>162</b>	<b>734</b>

Fonte: Direzioni Mediche – ASST Cremona

## Dati di attività – polo ospedaliero e rete territoriale

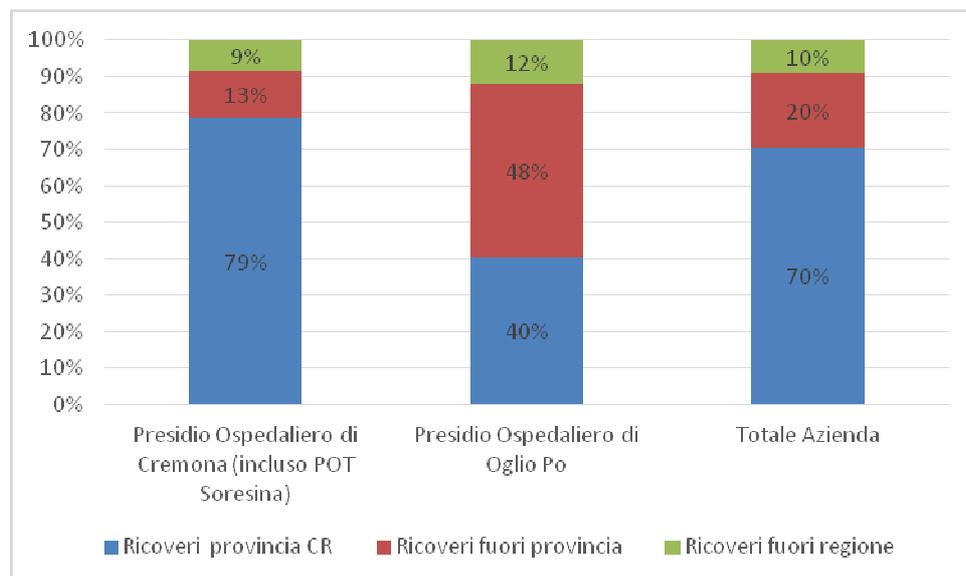
In termini di attività, l'ASST di Cremona nell'anno 2017 ha registrato 28.175 ricoveri (di cui 86% ricoveri ordinari), 3.456394 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC) e 55.095 prestazioni psichiariche (flusso 46SAN). L'azienda registra un tasso di attrazione del 30% (20% provenienti da fuori provincia e 10% provenienti da fuori regione), per effetto della sede del presidio di Oglio Po confinante con la Provincia di Mantova e le province dell'Emilia Romagna. La tabella 4 riporta anche il dettaglio delle attività di ricovero e prestazioni ambulatoriali per esterni per dipartimento.

Tabella 3 Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale (2016 cfr. 2017)

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)		Presidio Ospedaliero di Oglio Po		Totale Azienda	
	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2016	ANNO 2017
<b>Ricoveri Ordinari (a)</b>	<b>19.079</b>	<b>19.314</b>	<b>5.180</b>	<b>5.104</b>	<b>24.259</b>	<b>24.418</b>
GG degenza totali	150.038	150.498	39.757	38.123	189.795	188.621
degenza media	7,86	7,79	7,68	7,47	7,82	7,72
Peso medio DRG	1,23	1,20	1,05	1,04	1,19	1,17
<b>Ricoveri Day hospital (b)</b>	<b>2.836</b>	<b>2.568</b>	<b>879</b>	<b>873</b>	<b>3.715</b>	<b>3.441</b>
N.Accessi Totali	3.164	2.768	879	876	4.043	3.644
Peso medio DRG	0,84	0,85	0,75	0,78	0,82	0,83
<b>Ricoveri Sub-acuti (c)</b>	<b>133</b>	<b>267</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>175</b>	<b>316</b>
GG degenza totali	3363	7476	736	656	4099	8132
degenza media	25,29	28	17,52	13,39	23,42	25,73
<b>Totale Ricoveri (a+b+c)</b>	<b>22.048</b>	<b>22.149</b>	<b>6.101</b>	<b>6.026</b>	<b>28.149</b>	<b>28.175</b>
- di cui %DRG Chirurgici						38%
- di cui % DRG Medici						62%
<b>Totale numero Prestazioni ambulatoriali esterne</b>	<b>2.446.229</b>	<b>2.598.417</b>	<b>810.725</b>	<b>857.977</b>	<b>3.256.954</b>	<b>3.456.394</b>
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali per esterni (esclusi MAC, BIC, NPI)	1.910.601	2.009.998	604.228	647.132	2.514.829	2.657.130
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali PS per esterni	489.628	534.212	193.198	198.328	682.826	732.540
- di cui Numero MAC	14.162	15.906	2.472	2.180	16.634	18.086
- di cui Numero BIC	2.076	2.202	1.047	1.111	3.123	3.313
- di cui Numero prestazioni NPI	29.762	36.099	9.780	9.226	39.542	45.325
<b>Numero prestazioni 46/SAN (Psichiatria)</b>	<b>40.639</b>	<b>41168</b>	<b>13.745</b>	<b>13927</b>	<b>54.384</b>	<b>55.095</b>

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Figura 2 Distribuzione ricoveri per presidio ospedaliero e per tipo di DRG (2016 cfr. 2017)



Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 11 Valorizzazione prestazioni sanitarie (2016 cfr. 2017)

	Totale Azienda	
	ANNO 2016	ANNO 2017
<b>Totale valorizzazione ricoveri</b>	<b>102.680.028</b>	<b>101.800.743</b>
<i>Ricoveri Ordinari</i>	96.427.129	95.063.317
<i>Ricoveri Day hospital</i>	5.565.129	5.368.066
<i>Ricoveri Sub-acuti</i>	687.770	1.369.360
<b>Totale valorizzazione prestazioni ambulatoriali</b>	<b>54.536.599</b>	<b>55.491.833</b>
<i>Prestazioni ambulatoriali esterne (Esterni e PS - esclusi MAC, BIC, NPI)</i>	46.270.566	47.107.565
<i>MAC</i>	3.511.331	3.325.563
<i>BIC</i>	3.245.875	3.377.397
<i>NPI</i>	1.508.827	1.681.308
<b>Psichiatria (flusso 46/san)</b>	<b>5.152.771</b>	<b>5.166.270</b>

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 4 Dati attività di ricovero per Dipartimento (2016 cfr. 2017)

		Ricoveri Ordinari (a)				Ricoveri Day hospital (b)			Ricoveri Sub-acuti (c)	Totale Ricoveri (a+b+c)
		Ricoveri Ordinari (a)	GG degenza totali	degenza media	Peso medio DRG	Ricoveri Ordinari (a)	degenza media	Peso medio DRG		
Dipartimento Chirurgico	2016	14.933.418	24013	6,72	1,271	2.007.212	1497	0,75		16.940.630
	2017	15.147.835	23528	6,74	1,311	1.986.862	1445	0,76		17.134.697
	Diff 2016-2017	214.417				-20.350				194.067
Dipartimento Medico	2016	32.095.631	73991	8,94	1,256	777.225	784	0,97	126.480	32.999.336
	2017	31.335.099	72521	8,93	1,247	881.718	684	1,00	116.920	32.333.737
	Diff 2016-2017	-760.532				104.493			-9.560	-665.599
Dipartimento Oncologico	2016	7.787.775	20.661	10,04	1,293	768.411	416	1,01		8.556.186
	2017	7.928.220	21.309	10,39	1,245	583.909	307	1,06		8.512.129
	Diff 2016-2017	140.445				-184.502				-44.057
Dipartimento Materno-infantile	2016	10.676.141	21.072	4,37	0,655	1.053.216	805	0,72		11.729.357
	2017	10.796.000	22.203	4,4	0,652	943.463	686	0,74		11.739.463
	Diff 2016-2017	119.859				-109.753				10.106
Dipartimento Neuroscienze	2016	23.103.351	36.081	9,41	1,575	711.311	403	0,92		23.814.662
	2017	22.719.738	35.563	9,01	1,526	729.318	389	0,91		23.449.056
	Diff 2016-2017	-383.613				18.007				-365.606
Dipartimento DEA	2016	5.411.224	5.641	5,72	1,663	246.362	132	1,19		5.657.586
	2017	4.782.486	5.489	5,4	1,452	242.100	130	1,19		5.024.586
	Diff 2016-2017	-628.738				-4.262				633.000
Dipartimento DSMD	2016	2419589	8336	11,76	0,771	1392	6	0,64		2.420.981
	2017	2353939	8008	10,68	0,746	696	3	0,64		2.354.635
	Diff 2016-2017	-65650				-696				66.346

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Riguardo al percorso di emergenza-urgenza, si evidenzia per l'anno 2017 un numero totale di accessi pari a 83.810 in riduzione rispetto al 2016. Il tasso di ricovero da PS a livello aziendale è pari al 16,5%.

Tabella 5 Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2016 cfr. 2017)

	Presidio Ospedaliero di Cremona			Presidio Ospedaliero di Oglio Po			Totale Azienda		
	2016	2017	Diff. 2016-2017	2016	2017	Diff. 2016-2017	2016	2017	Diff. 2016-2017
Totale accessi	58658	56954	-1704	27707	26856	-851	86365	83810	-2555
						0			0
codici bianchi	9489	8179	-1310	173	124	-49	9662	8303	-1359
% codici bianchi	16%	14%		1%	0%		11%	10%	
codici verdi	33605	34609	1004	19713	18527	-1186	53318	53136	-182
% codici verdi	57%	61%		71%	69%		62%	63%	
codici gialli	14560	13261	-1299	7421	7738	317	21981	20999	-982
% codici gialli	25%	23%		27%	29%		25%	25%	
codici rossi	1004	905	-99	400	467	67	1404	1372	-32
% codici rossi	2%	2%		1%	2%		2%	2%	
Ricoverati da PS	10373	10460	87	3404	3403	-1	13777	13863	86
% Ricoverati da PS	17,7%	18,4%		12,3%	12,7%		16,0%	16,5%	
Dimessi a domicilio	48217	46426	-1791	24119	23422	-697	72336	69848	-2488
% Dimessi a domicilio	82%	82%		87%	87%		84%	83%	
Trasferiti	43	35	-8	174	20	-154	217	55	-162
% Trasferiti	0,1%	0,1%		0,6%	0,1%		0,3%	0,1%	
deceduti	25	33	8	10	11	1	35	44	9
% deceduti	0,0%	0,1%		0,0%	0,0%		0,0%	0,1%	

Tabella 6 Screening di 1° e 2° livello anno 2017

Tipologia screening	Numero assoluto
n. test eseguiti per tumore cervice uterina	2.188
n. test eseguiti per tumore colon retto	810
n. test eseguiti per tumore mammella	6.350

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 7 Dati attività Hospice (2016 cfr. 2017)

	2016	2017
Numero Ricoveri	364	304
GG degenza totali	4429	4437
degenza media	12,17	14,64
Prestazioni ambulatoriali	2395	2277
Valorizzazione Ricoveri	€ 1.170.422	€ 1.172.771
Valorizzazione ambulatoriali	€ 66.969	€ 63.012

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

### **Area interventi alla famiglia - Consultorio familiare**

	2016	2017

n. prestazioni totali (tariffate e non) area psicosociale	9.294	9803
n. prestazioni totali (tariffate e non) area sanitaria	16.115	15.152
Valorizzazione forfettaria prestazioni non tariffate di Accesso e Tutoring	€ 47.690	€ 62.100
Numero gravidanze seguite presso i consultori	565	567

Fonte: Rete RIMI – ASST Cremona

### **Area delle Dipendenze/Sert**

	2016	2017
n. prestazioni tossicodipendenza	87.724	92.165
n. prestazioni alcolismo	8.073	10.999
n. prestazioni gioco d'azzardo	2.132	2689
n. prestazioni tabagismo	225	646
n. prestazioni HIV/MTS	1.924	1.571

Fonte: DSMD – ASST Cremona

### **Area - Medicina Legale**

	2016	2017
n. pratiche Commissione Invalidi	16.879	9610*
n. pratiche Commissione Medica Locale patenti	5.360	4483
n. visite necroscopiche e fiscali	2.258	1637
Certificazioni monocratiche ed altre prestazioni (collegio medico, indennizzi L.210/92...)	3.489	2496

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

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

### **Area - Valutazione multidimensionale (Cure domiciliari)**

	2016	2017
n. totale prestazioni VAOR	10.034	10256
n. utenti assistenza domiciliare con profilo assistenziale	3.794	3845
n. prestazioni per attività di accoglienza/front office	9.900	11.570

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

### **Area - Cure Primarie – attività territoriali**

	2016	2017
n. prestazioni ventiloterapia, nutrizione artificiale domiciliare, dializzati	1.364	1631
n. prestazioni protesica maggiore	4.082	3.141
n. prestazioni protesica minore	12.904	12.235
n. prestazioni Scelta/revoca, esenzioni, ecc	75.485	88.710

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

### 3. MISSION E VISION AZIENDALE

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 2018 (D.G.R. X /7600 del 22/12/2017), 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 la massima accessibilità e la libertà di scelta, l'equità delle prestazioni, l'ottimizzazione delle risorse, promuovendo l'integrazione ed 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. LE STRATEGIE AZIENDALI

Con riferimento al triennio 2018-2020, le linee strategiche con cui l'ASST di Cremona declina e fa proprie la Mission e la Vision aziendale sono:

- **l'attuazione legge 23/2015 per la realizzazione di progetti in ambito sanitario e socio-sanitario con riguardo specifico alla gestione della presa in carico e all'integrazione ospedale-territorio**, 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 (POT Soresina, PreSST ecc.) con particolare riferimento alla cronicità;
- **il potenziamento degli Asset Strategici:**
  - o miglioramento dell'accessibilità ai servizi e alle prestazioni attraverso la progettazione e la messa a regime di servizi sanitari per target di utenti (Cancer Center e Cure Palliative; Area Donna, Area Casalasco-Viadanese ecc.);
  - o miglioramento della qualità del percorso di cura e di presa in carico in ambito ospedaliero attraverso l'applicazione degli strumenti di Risk Management e l'ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali (ad esempio, Blocchi operatori) e dei percorsi fisici del paziente sia in ambito ospedaliero (tra i due presidi ospedalieri) che territoriale,
  - o 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;
- **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 viene perseguito promuovendo in maniera diffusa all'interno dell'azienda:

- 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 AZIENDALI E PROGRAMMI GESTIONALI

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 biennio 2016-2017 e vengono riprese nel presente PdP per le fasi di attuazione/consolidamento previste per il triennio 2018-2020.

### 5.1 Attuazione legge 23/2015 per la realizzazione di progetti in ambito sanitario e socio-sanitario: gestione presa in carico e integrazione ospedale-territorio

- **R.I.C.C.A.** - Nell'ambito della mission della rete RICCA si distinguono le seguenti progettualità strategiche:
  - **Sviluppo POT di Soresina - Presidio Ospedaliero Territoriale "Polo Sanitario Nuovo Robbiano"**

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 è in fase di implementazione l'attività chirurgica a bassa complessità (BIC). Per il 2018, l'azienda intende consolidare quanto fatto nel biennio precedente e sviluppare il POT secondo la prospettiva della presa in carico e sviluppare presso lo stesso anche l'attività di bassa chirurgia.
  - **POT Cremona** – La progettualità strategica è la realizzazione del POT all'interno del Presidio Ospedaliero di Cremona sempre nella prospettiva della presa carico. Secondo quanto approvato nel Piano di Investimenti Strategico Triennale è stata chiesta l'autorizzazione ed è stato costituito un gruppo di lavoro, con il coinvolgimento dei MMG.
  - **Ammissioni e Dimissioni**

Definito il modello di percorso di presa in carico integrata tra ospedale e territorio, le dimissioni protette diventano strumento fondamentale del nuovo *Centro Servizi Aziendale* in quanto mirano a:

    - sviluppare progettualità specifiche sui pazienti cronici (progetti riabilitativi, cardiologici, pneumologici e di cure palliative) in collaborazione con MMG;
    - attivare interventi domiciliari e territoriali con accessi da parte degli specialisti ospedalieri per i pazienti intrasportabili;
    - costituire un'equipe di continuità assistenziale multiprofessionale (ECA);
    - segnalare in fase di ammissione e dimissione all'ECA i pazienti cronici e fragili;
    - integrare l'ECA con assistenti sociali territoriali;
    - utilizzare strumenti valutativi dei bisogni del paziente;
    - coinvolgere le Unità Operative per la realizzazione dei progetti.

- **Sviluppo del *caregiver* all'interno della Casa Circondariale di Cremona** - realizzazione della fase operativa con l'attivazione delle borse lavoro da parte del Comune di Cremona e dell'Azienda Sociale del Cremonese e riproposta in Autunno 2017 del corso formativo per i detenuti.
- **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: 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 e avvio forme d'integrazione con la Medicina Generale e loro forme associative.  
In fase di prima applicazione, al fine di coniugare la garanzia di efficacia per i pazienti e la sostenibilità del processo dal punto di vista organizzativo, il modello di presa in carico si è rivolto alle seguenti 11 principali cronicità: Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica. Inoltre, in questa sede, è opportuno segnalare che la presa in carico, in una fase successiva, metterà in atto prolungate e persistenti e supporti prevalentemente di tipo socio sanitario (es. ADI, centri diurni, attività ambulatoriali e/o semiresidenziali, cure intermedie) ad anziani fragili con diagnosi di demenza, soggetti in età evolutiva con sindrome di autismo o infine soggetti tossicodipendenti con doppia diagnosi.
- **PREsT Cittadino di Cremona e di Casalmaggiore** - progettazione del Presidio Sociosanitario Territoriale, in collaborazione con enti pubblici e privati accreditati dei territori di Cremona e Casalmaggiore, in punti ove si registra una maggior presenza di pazienti cronici e fragili (>65 anni). L'attuazione di punti unici di accesso sociosanitari territoriali permette la facilitazione dell'avvio della presa in carico e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di prossimità per il cittadino con lo sviluppo di attività gestite dai medici di famiglia.
- **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.
- **RIMI** - nell'ambito della mission della rete RIMI la presa in carico, che riveste un ruolo centrale, viene implementata grazie all'attuazione di modelli organizzativi adeguati e all'utilizzo di PDTA delle donne, delle madri, dei neonati, dei bambini e degli adolescenti per garantire la continuità nell'accesso ai punti di offerta dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali". In questa prospettiva sono state avviate già a partire dal 2016 delle progettualità strategiche, quali: modello di presa in carico (dall'accoglienza,

all'analisi del fabbisogno e valutazione multidimensionale), percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per l'utente fragile dell'area materno-infantile, Prevenzione Educazione alla salute e Screening, Consultorio giovani ecc.

	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
POT Soresina	Implementazione POT Sviluppo attività ambulatoriale secondo la prospettiva della presa carico	Sviluppo POT e sviluppo attività ambulatoriale	Consolidamento
Sperimentazione POT Cremona	Approvazione progetto e avvio lavori	Sviluppo	Consolidamento
Ammissioni e dimissioni protette	Sviluppo nella prospettiva della presa carico	Sviluppo	Consolidamento
Sviluppo del caregiver all'interno della Casa Circondariale di Cremona	Consolidamento	Consolidamento	Mantenimento
Ente Gestore ed erogatore Presa in carico	Stesura, Attuazione e Monitoraggio PAI per i percorsi d'integrazione ospedale-territorio	Sviluppo	Consolidamento
PREssT Cittadino di Cremona e Casalmaggiore	Cremona: approvazione piano e avvio attività Casalmaggiore: avvio lavori	Sviluppo	Consolidamento
Cure palliative - DICP (hospice e cure palliative)	Aggiudicazione nuova gara e avvio	Sviluppo	Consolidamento
Rete RIMI	Implementazione	Sviluppo	Consolidamento

## **5.2 Il potenziamento degli Asset Strategici**

### ***Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e alle prestazioni attraverso la progettazione e la messa a regime di servizi progettati per target di utenti***

- **Cancer Center con Area Donna**

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. Il Centro Oncologico si inserisce nella logica di ripensare l'ospedale per aree assistenziali omogenee e contigue a garanzia di maggior efficienza nell'organizzazione di spazi e risorse a favore del paziente.

Parte del progetto Cancer Center è l'**Area Donna** che, realizzata fra marzo e novembre 2016 - grazie al contributo di privati - comprende:

- area diagnostica senologica (clinica-radiologica, Area chirurgica senologica);
- area oncologica medica mammaria/sfera genitale femminile ed oncologica-sperimentale;
- piastra di laboratorio oncoematologica con farmacogenomica e successivamente con genoteca.

La realtà avviata nel 2016 riprende le indicazioni di R.L. in ambito di patologia mammaria e Breast Unit, si trasforma nel nuovo POAS nella U.O. Multidisciplinare di Patologia Mammaria e ricerca traslazionale dedicata all'area senologica e onco-ginecologica. Nel Dicembre 2016 è stata accreditata con EUSOMA. Fra le iniziative più significative si ricordano: "La settimana di prevenzione oncologica" (gennaio 2017); "Mi prendo cura di Te" iniziativa di prevenzione centrata sui percorsi di salute al femminile, protagonista la nuova AREA DONNA (8 marzo 2017), la Giornata nazionale contro l'ipertensione (maggio 2017); "la settimana dell'allattamento", un fitto programma di iniziative per mamme bambini e famiglie che ha visto la collaborazione fra attività ospedaliere e consultori (ottobre 2017).

In tale contesto la ricerca, le collaborazioni con i centri universitari e IRCCS assumono un valore fondante e consentono di offrire alle pazienti opportunità di diagnosi e trattamento d'avanguardia e migliorare la qualità degli esiti: per gli operatori rappresentano un'opportunità di crescita culturale e professionale.

- **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.

- **Centro Servizi aziendale** - Istituzione di un Centro Servizi multi-professionale finalizzato alla gestione dei pazienti cronici e fragili dal punto di vista clinico e sociale. Tale struttura è composta da figure professionali dedicate che accompagneranno il paziente nel percorso di cura ambulatoriale e, in caso di ricovero, s'inseriranno nel momento della dimissione. In questo contesto le dimissioni protette diventano uno strumento fondamentale del nuovo centro servizi aziendale in quanto mirano a sviluppare progettualità specifiche sui pazienti cronici (progetti riabilitativi, cardiologici, pneumologici e di cure palliative) in collaborazione con MMG; attivare interventi domiciliari e territoriali con accessi da parte degli specialisti ospedalieri per i pazienti intrasportabili; costituire un'equipe di continuità assistenziale multiprofessionale (ECA); segnalare in fase di ammissione e dimissione all'ECA i pazienti cronici e fragili; integrare l'ECA con assistenti sociali territoriali; utilizzare strumenti valutativi dei bisogni del paziente e coinvolgere le Unità Operative per la realizzazione dei progetti. E' in corso la stesura di un accordo con gli erogatori privati accreditati dell'area cremonese per costituire la rete della presa in carico di Cremona al fine di condividere sia il percorso di resa in carico (fase arruolamento, fase stesura PAI ecc.) che gli strumenti (ad esempio, piattaforma informatica).
- **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 encomi) 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 migliorare l'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. (L'elenco completo delle associazioni che collaborano con l'azienda è pubblicato sul sito [www.ospedale.cremona.it](http://www.ospedale.cremona.it)).
- **CUP e miglioramento tempi di attesa** – 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). Inoltre, ai fini di un maggiore monitoraggio e contenimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (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. 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.

- **Punti di accoglienza diffusi e ambulatori aperti**

Al fine di migliorare l'accessibilità al servizio da parte del cittadino-utente, nonché l'organizzazione dello stesso, ASST di Cremona ha progettato e in parte già implementato l'apertura di punti di accesso/accolgenza ai servizi sanitari in maniera diffusa nel territorio. In quest'ottica rientrano: attivazione di nuovi punti di accoglienza e accettazione in Area Donna (Novembre 2016), in Oncologia (Luglio 2017) e nel dipartimento di Neuroscienze (in corso di attivazione) e l'apertura di nuovi punti prelievo nella rete territoriale. Inoltre, verranno attivati gli "Ambulatori Aperti" al fine di garantire un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nei giorni festivi e prefestivi.

	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Cancer Center e Area Donna	Piano strutturale: progettazione lavori Piano clinico: progettazione integrazioni	Piano strutturale: avvio lavori Piano clinico: sviluppo integrazioni	Sviluppo
Area Casalasco-Viadanese	Avvio	Sviluppo	Consolidamento
Centro Servizi Aziendale	Avvio POC e POOP	Sviluppo	Consolidamento
Customer Satisfaction, Ascolto e Associazioni di volontariato	Sviluppo nuove attività	Mantenimento	Mantenimento
CUP e Miglioramento tempi di attesa	- Riorganizzazione attività alla luce della presa carico - Adesione nuova gara regionale - Istituzione gruppo di lavoro tempi attesa anche alla luce del recepimento DGR X/7766 del 17 gennaio 2018	Sviluppo	Consolidamento
Punti accoglienza Diffusi	Ampliamento e attivazione	Ampliamento	Mantenimento

### ***Miglioramento della qualità e della sicurezza del percorso di cura e di presa in carico***

- **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 inseriti alcuni indicatori all'interno degli obiettivi di budget a livello aziendale, tra i quali: la riduzione del 5% del numero di prescrizioni radiologiche e di laboratorio rispetto all'anno precedente; il miglioramento del tasso di DRG ad alto rischio di inappropriately, la riduzione della % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni con lo stesso MDC, la riduzione della degenza media pre-operatoria. Infine, per quanto riguarda i dispositivi medici, è prevista l'istituzione di un gruppo che funga da strumento di supporto decisionale per l'acquisto e l'introduzione di nuovi Dispositivi Medici, nonché l'istituzione di uno stretto monitoraggio sulle richieste degli stessi da parte delle diverse UUOO, con l'obiettivo di ridurre gli sprechi legati all'utilizzo incongruo dei DM o il loro stoccaggio non ponderato preventivamente. Infine, in quest'ottica rientra anche il progetto della "Presa in carico", la cui entrata a regime dovrebbe comportare come effetto indiretto la riduzione, laddove possibile, degli accessi in urgenza per problematiche legate alla cronicità o allo stato di fragilità del paziente che, a loro volta, tendono a generare ricoveri inappropriati.
- **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:
  - il progetto "Attività Chirurgica in Mono-operatore";
  - sviluppo e 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
  - 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.

- 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. In ottemperanza ai contenuti della nota regionale prot. G1.2017.0038696 del 21/12/2017 “Linee Guida attività di Risk Management anno 2018”, si è provveduto all’aggiornamento ed inserimento, nel database regionale, dei sinistri, delle cadute ed infortuni relativi al secondo semestre 2017 ed entro il 31 marzo p.v. verrà redatto il Piano Annuale di Risk Management 2018. 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.

	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Appropriatezza prestazioni e deospedalizzazione	Consolidamento e Sviluppo nuove linee di attività: diagnostica per immagini e di laboratorio	Consolidamento	Mantenimento
Ottimizzazione piattaforme produttive e fluidità del percorso del paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento Funzione di Gestione operativa</li> <li>- Implementazione blocco operatorio</li> <li>- Avvio riprogettazione attività ambulatoriale alla luce della presa carico</li> <li>- Riorganizzazione linea produttiva Emergenza/Urgenza e gestione PL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento Funzione di Gestione operativa</li> <li>- Consolidamento Blocco operatorio</li> <li>- Sviluppo riorganizzazione attività ambulatoriale</li> <li>- Consolidamento linea produttiva E/U e gestione PL</li> </ul>	Consolidamento
Qualità e Risk Management	Sviluppo e Consolidamento	Consolidamento	Consolidamento

## **Aggiornamento strutturale e tecnologico**

- **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) **La realizzazione delle strutture per l'implementazione della Presa in carico del paziente cronico:** operatività del "Centro Servizi" per la Presa in carico del paziente cronico quale luogo per l'accoglienza dei pazienti stessi e realizzazione di una nuova sede per le attività socio-sanitarie nel Comune di Casalmaggiore.
  - 3) **continuità nelle azioni già avviate nel corso del 2017** (Cancer Center, lavori per la centralizzazione dei servizi di accettazione e prenotazione della Radiologia del POC, altre riqualificazioni e ricollocazioni ecc.)
  - 4) **approvazione e avvio del progetto esecutivo dell'intervento "Adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti tecnologici dell'Azienda – Presidio Ospedaliero di Cremona"** (cfr. Decreto Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia n. 5545 del 14.6.2016 e deliberazione n. 93 del 10.3.2017).
- **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. Tale Piattaforma dovrà integrare gli ambiti d'intervento sanitari, socio sanitari e sociali e dovrà offrire tutte le componenti utili all'interoperabilità con i software sia interni alla ASST, sia messi a disposizione da soggetti della intera filiera erogativa che da tutti i soggetti terzi (ad esempio, erogatori privati accreditati) che possono operare nella specificità del quadro territoriale in sinergia con la ASST per la corretta esecuzione dei servizi socio sanitari e sociali in risposta alla domanda di salute dei pazienti presi in carico.

La ASST di Cremona ha inoltre avviato, sempre nell'ambito dei Progetti finanziati dalla DGR n. X/6548/2017, l'attività di analisi per la definizione delle specifiche tecniche e funzionali per la

realizzazione di una nuova piattaforma informatica che integri il percorso del paziente che attualmente avviene all'interno dei diversi presidi ambulatoriali ed ospedalieri e, a seguito della LR 23/2015, si estende su tutto il territorio distrettuale. La nuova architettura informatica, fortemente integrata alla Piattaforma Regionale di Integrazione, e in futuro alla NPRI, 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.

	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Azioni strutturali	Avvio azioni adeguamento strutturale	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	- Recepimento DGR regionali in tema di finanziamenti per Investimenti - Recepimento DGR X/6548/2017 (Sistema informativo socio sanitario): analisi complessiva "AS IS" e "To BE" e avvio procedure	Sviluppo e progettazione	Sviluppo

### **5.3 Gestione dei rapporti istituzionali a livello territoriale in relazione agli assetti organizzativi**

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 garantirne la piena realizzazione le due ASST hanno costituito nel mese di Maggio 2017 un Dipartimento Funzionale Interaziendale di Neuroscienze.

- **Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese (vedi sopra)**
- **Collaborazioni Inter-aziendali tra ASST dell'ATS Valpadana.**
  - **convenzioni** in aree Specialistiche Ambulatoriali (Rete Allergologica Mantova-Cremona-Crema, Cardiochirurgia Mantova vs Cremona);
  - **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”*;
  - **attività interventistica:** Cardiologia Interventistica presso la ASST di Mantova;
  - **consolidamento** del Dipartimento DMTE (Cremona, Crema e Mantova);
  - **costituzione** Dipartimenti Inter-aziendali tra ASST e ATS della Val Padana: Cure Palliative (DICP), Oncologico (DIFO);
  - **collaborazioni** con la ASST di Crema per Elettrofisiologia, Radioterapia e Neurochirurgia;
  - **collaborazioni** con le ASST di Crema e Mantova nelle Strutture di staff sanitarie: Medicina Legale (ASST Crema), Farmacia (ASST Crema) e RSPP (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;
  - **avvio di collaborazione** per lo studio di nuovi assetti organizzativi delle strutture complesse in ottica inter-aziendale nelle aree servizi e di Alta Specializzazione - Ematologia e Radioterapia;
  - **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

	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Sviluppo HUB e di Neurochirurgico e di Neuroradiologia Interventistica	Mantenimento e Sviluppo attività di neurochirurgia e attività neuroradiologia	Sviluppo	Consolidamento
Collaborazioni Inter-aziendali tra ASST dell'ATS Valpadana	Consolidamento attività avviate e sviluppo nuovi ambiti (alleanza con ASST Mantova per Area cardiologica e Fisica sanitaria)	Consolidamento attività avviate e sviluppo nuovi ambiti di collaborazione	Consolidamento attività avviate e sviluppo nuovi ambiti di collaborazione



## 6. LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE

### 6.1 Le aree di Performance

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 per l'anno 2018 ha definito, nell'ambito del processo di programmazione e controllo annuale, un sistema di valutazione strutturato in 4 aree di Performance:

- 1) **Performance Economica o dell'efficienza gestionale (peso 30%)**, 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, particolarmente critiche alla luce dei benchmark regionali (ad esempio, Dispositivi Medici);
- 2) **Performance degli Esiti, dell'Efficacia e dell'Appropriatezza dei processi (peso 30%)**, nell'ambito della quale viene proposta una selezione di obiettivi e indicatori del Cruscotto Regionale di valutazione: Esito, Network delle regionali e di Appropriatezza (ad esempio, tempestività degli interventi per frattura di femore per pazienti  $\geq 65$  anni, livello di ospedalizzazione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza; degenza media pre-operatoria, appropriatezza prescrittiva per le prestazioni erogate a pazienti ricoverati ecc.);
- 3) **Performance efficienza processi interni, accessibilità ai servizi e integrazione ospedale-territorio (peso 20%)**, 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 del Contributo all'organizzazione e Risk Management (peso 20%)**, 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 già condivisi nell'ambito della presa in carico,
  - favorire la produzione di nuovi PDTA a carattere fortemente interdisciplinare ed interprofessionale dando impulso alle reti di patologia (ROL, REL, RENE, STEMI, STROKE, DIABETE),
  - completare l'informatizzazione delle liste di attesa,
  - rispettare e monitorare gli obiettivi di Risk Management per il perseguimento del miglioramento della qualità delle prestazioni e sicurezza del paziente, oltre al mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale;
  - consolidare l'attività di controllo interno della documentazione sanitaria migliorandone la qualità delle informazioni, la congruenza, la tempestività e la completezza (ad esempio, rendicontazione flussi informativi, Cartella Clinica ecc.).

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:

- b) 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;
- c) 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;
- d) 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;
- e) Chiarezza e Trasparenza: le logiche di valutazione sono oggettive frutto dell'applicazione delle regole di valutazione definite nell'ambito delle linee guida al budget;
- f) 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.

## **6.2 Ciclo di gestione delle Performance**

Il Piano delle Performance rappresenta lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (art. 4 D.Lgs. 150/2009), raccogliendo in un'unica "cornice di sintesi" le funzioni di pianificazione, monitoraggio e valutazione dell'Azienda.

Ciò avviene anche attraverso il processo di programmazione e controllo, basato sui principi del coinvolgimento e della condivisione degli operatori, che si concretizza temporalmente nel processo di budget annuale, strumento di guida dei comportamenti aziendali.

Relativamente agli obiettivi operativi annuali, il Piano rimanda quindi al Budget, che riportano anche gli indicatori di risultato, i valori storici e i valori attesi negoziati con le articolazioni organizzative aziendali.

Per ciascuna unità operativa, titolare di CdR, si prevede una scheda budget con obiettivi e indicatori raggruppati nelle 4 aree di Performance sopra descritte (Performance Economica, Performance Esito e Appropriatezza, Performance efficienza dei processi interni, Performance Contributo all'organizzazione e Risk management). Il sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, inoltre, si completa con un'area di "Obiettivi Istituzionali", considerati obiettivi pre-requisito per accedere alla valutazione complessiva della scheda budget. Gli Obiettivi istituzionali sono riconducibili alle seguenti tre aree:

- g) perseguimento degli obiettivi di mandato, del contratto ATS, obiettivi Piano Regionale SISS (non ancora definiti al momento degli incontri di negoziazione delle schede budget),
- h) rispetto obiettivi contenuti nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, ciascuna unità operativa per la propria area di competenza,
- i) rispetto obiettivi previsti dal Percorso della certificabilità del Bilancio (stesura e applicazione Procedure PAC), ciascuna unità operativa per la propria area di competenza.

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.

In generale, il processo di Budget e l'attribuzione degli obiettivi individuali permette di responsabilizzare e motivare i professionisti al raggiungimento degli obiettivi assegnati anche realizzando un razionale utilizzo delle risorse destinate. Il budget è, dunque, uno strumento di programmazione per definire obiettivi (gestionali) dell'azienda nel breve periodo (1 anno), ma anche di controllo, coordinamento e integrazione, motivazione, responsabilizzazione, comunicazione e trasparenza, cambiamento organizzativo e valutazione (risultato)

Schema Scheda budget Obiettivi

Area performance	Peso Area	Obiettivo	Indicatore	Peso obiettivo	Storico 2016	Dato 2017 (stima)	Valore atteso
Obiettivi istituzionali	Pre-requisito						
P. Economica	30%						
Esito e Appropriatelyzza	30%						
Processi e Efficienza	20%						
Contributo Organizzazione	20%						

Alla fase di assegnazione degli obiettivi, seguono le fasi di:

1. monitoraggio della performance che consiste in un sistema di programmazione e controllo che, attraverso azioni integrate, consente di garantire un costante monitoraggio degli obiettivi che vengono definiti ad inizio anno e il cui raggiungimento è descritto da indicatori misurabili
2. valutazione della performance che si realizza a chiusura d'anno raccogliendo tutti i dati qualitativi e quantitativi relativi a risorse, attività e risultati. In altri termini, al termine dell'esercizio, le schede di budget sono oggetto di valutazione ai fini della Valutazione delle Performance Organizzativa, infatti, a ciascun obiettivo presente nella scheda di budget viene assegnato un peso percentuale ed il raggiungimento, parziale o totale dell'obiettivo, determinerà il valore finale. Sommati tutti i valori relativi ai singoli obiettivi (tali valori sono calcolati come il prodotto tra il peso dell'obiettivo e il grado di raggiungimento) si determinerà il valore finale. Il punteggio totale della scheda di valutazione rappresenta la performance del CdR o del singolo dirigente. La valutazione della performance individuale annuale del singolo dirigente concorre al percorso di valutazione periodica dell'incarico di cui è titolare, definito in coerenza con le disposizioni contrattuali vigenti e volto a verificare le attività svolte e gli obiettivi raggiunti in relazione all'incarico ricoperto, inclusi i comportamenti personali e organizzativi sottesi al ruolo agito.
3. eventuali rivalutazioni degli obiettivi assegnati in accordo con i Responsabili di Dipartimento ed il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Gli obiettivi definiti nel presente documento sono rendicontati nella Relazione sulla Performance (art. 10, c. 1, lettera b), d. lgs. 150/2009), che rappresenta il momento di conclusione del Ciclo di Gestione della Performance, fornendo quindi un quadro completo e unitario di rendicontazione dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento.

<b>Fasi/Tempi</b>	
1. Piano Performance e Negoziazione schede budget CdR	Gennaio-Febbraio 2018
2. Proposta (Regole, BPE, Contratto, Mandato, Decreto assegnazione)	Gennaio-Aprile 2018
3. Monitoraggio performance	Mensile/Trimestrale
4. Revisione Budget per effetto del monitoraggio aziendale, fase assestamento regionale	Giugno-Luglio 2018
5. Rendicontazione schede budget	Febbraio 2019
6. Valutazione schede budget	Marzo/Aprile 2019
7. Relazione Piano Performance	Giugno 2019

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 2018-2020 con i relativi indicatori di risultato, in applicazione delle linee strategiche indicate nelle pagine precedenti.

Area Performance	Peso area	Obiettivi	Indicatore	Fonte	Obiettivo 2018	Obiettivo 2019	Obiettivo 2020
Performance economica	30%	Miglioramento Livello efficienza	Consumi Sanitari/Valorizzazione ricavi	Controllo Direzionale	Riduzione	Riduzione	Mantenimento
		Mantenimento Attività Sanitarie	Valorizzazione ricavi	Controllo Direzionale	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento
		Contenimento Costi	Costi DM e File R	Controllo Direzionale	Riduzione	Riduzione	Riduzione
Perf. Esiti e Approprietezza	30%	Miglioramento Esiti e efficacia clinica	Indicatori Esiti (cruscotto regionale)	Cruscotto Regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale
		Miglioramento Approprietezza area degenza	Indicatori Network regioni (cruscotto regionale)	Cruscotto Regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale
			Rapporto DRG ad elevato rischio inappropriatezza rispetto a DRG appropriati	Ufficio epidemiologico	Indicazioni regole di sistema (<20%)	Indicazioni regole di sistema (<20%)	Mantenimento
			Costo prestazioni di radiologia e laboratorio per pazienti ricoverati e di PS/1000 euro di fatturato	Controllo Direzionale/Cruscotto regionale	Riduzione	Riduzione	Riduzione
			Degenza media pre-operatoria	Controllo Direzionale/Cruscotto regionale	Riduzione (VA Benchmark regionale)	Riduzione (VA Benchmark regionale)	Riduzione (VA Benchmark regionale)
		Aumento utilizzo Biosimilari	Scostamento utilizzo rispetto al programmato	Farmacia	Aumento	Mantenimento	Mantenimento
		Rispetto PDTA	Indicatori Indicatori PDTA (governo clinico – cruscotto regionale)	Cruscotto regionale	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento
		Tempestività processi produttivi	Rispetto tempi di attesa secondo normativa vigente (prestazioni ambulatoriali e di ricovero)	Controllo Direzionale	Riduzione	Riduzione	Mantenimento
Processi interni, customer satisfaction e integrazione H-T	20%	Saturazione Capacità produttiva BO	Tasso utilizzo SO	Controllo Direzionale e Gestione operativa	Aumento (VA>= 80%)	Aumento (VA>= 80%)	Aumento (VA>= 80%)
			Rispetto inizio primo intervento (8:15)	Controllo Direzionale e Gestione operativa	Miglioramento (VA>= 80%)	Miglioramento (VA>= 80%)	Mantenimento
			Nr pazienti con Pre-ricovero/ totale interventi effettuati in elezione	Controllo Direzionale e Gestione operativa	Aumento (VA>=70%)	Aumento (VA>=70%)	Mantenimento
		Promozione integrazione ospedale-territorio	Numero visite specialistiche a domicilio entro 15 gg dalla richiesta	Direzione Socio-sanitaria	Rispetto tempistica nel 98% dei casi	Rispetto tempistica nel 98% dei casi	Rispetto tempistica nel 98% dei casi
			Rispetto tempi "protocollo" aziendale per la segnalazione delle dimissioni protetta	Direzione Socio-sanitaria	Rispetto tempistica nel 98% dei casi	Rispetto tempistica nel 98% dei casi	Rispetto tempistica nel 98% dei casi
Contributo all'organizzazione e Risk Management	20%	Tempestività SDO	Codifica e validazione entro il giorno 5 del mese successivo a quella della dimissione	Direzione Medica	Rispetto tempistica nel 100% dei casi	Rispetto tempistica nel 100% dei casi	Rispetto tempistica nel 100% dei casi
		Completezza documentazione clinica	Riduzione casi di annullamento del rimborso del ricovero a seguito di riscontro da parte dei NOC/tot casi analizzati	Direzione Medica	Riduzione	Riduzione	Riduzione
		Partecipazione stesura PDTA e attuazione PDTA per pazienti cronici	Monitoraggio applicazione	Direzione Socio-sanitaria	audit semestrali	audit semestrali	audit semestrali
		Partecipazione ai team multidisciplinari (area oncologica)	numero riunioni partecipate/riunioni totali	Dipartimento Oncologico	>70%	>70%	>70%
		Riduzione sinistri	Riduzione sinistri distinto per specialità	Avvocatura e Risk management	Benchmark regionale	Benchmark regionale	Benchmark regionale

## 7. 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 deliberazione del 29/01/2018 prot. 2825/18, ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2018-2020, 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 2017, al Piano Nazionale Anticorruzione, adottato con deliberazione ANAC n.1208 del 22.11.2017.

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, analogamente ai precedenti, si pone, quindi, quali obiettivi strategici 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.

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 D.Lgs. n. 33/2013, modificato dal D.Lgs. 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 D.Lgs. 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.

Fondamentale è ritenuto lo sviluppo di un Piano formativo quale leva per la prevenzione della corruzione incidendo sul cambiamento della cultura.

Il RPCT ha strutturato diversi momenti di confronto con la Direzione Strategica nel corso dei mesi di novembre e dicembre 2017, durante i quali sono stati discussi e definiti gli obiettivi ritenuti strategici per la politica di prevenzione aziendale.

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 nell'area "Amministrazione trasparente" e nelle notizie in primo piano della home page del sito internet 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:

- 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;
- 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 mensilmente costituiscono il "tavolo aziendale degli staff" al fine di condividere, programmare ed attuare, in modo integrato, gli obiettivi aziendali.

Il PTPCT 2018-2020 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", costituenti, per le UU.OO. e per il relativo personale, prerequisito per accedere alla valutazione degli obiettivi di budget assegnati.

La declinazione delle misure di prevenzione, come sopra indicate, è specificatamente contenuta nel PTPCT 2018-2020. Il PTPCT 2018-2020 è consultabile sul sito <http://www.ospedale.cremona.it> alla sezione Amministrazione Trasparente.

## 8. 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, Accreditamento, 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 2018 è stata definita con apposito Piano, approvato dal Direttore Generale con provvedimento deliberativo n. 40 del 29 gennaio 2018, e consegue allo svolgimento delle seguenti analisi:

- il completamento dell'attuazione della riforma socio sanitaria regionale, con il conseguente consolidamento degli assetti territoriali ed organizzativi secondo le previsioni contenute nel nuovo piano di organizzazione aziendale strategico;
- 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 dell'attuazione delle raccomandazioni fornite ai servizi auditati, nonché il completamento delle azioni volte al miglioramento di alcuni dei processi esaminati nel corso del 2017 che richiedono un'ulteriore fase di accompagnamento nel miglioramento del processo in generale, con particolare riferimento alla mitigazione dei rischi individuati.

L'attività di I.A. dell'ASST di Cremona, nel 2018, prevederà:

- audit di monitoraggio e verifica dell'implementazione delle raccomandazioni e dei piani di azioni determinati: per l'area sperimentazioni cliniche e per l'area formazione sponsorizzata
- nuovi audit da attivare:

o area PAC – percorso attuativo della certificabilità dei dati e dei bilanci :

ambiti: tenuto conto del nuovo percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC) degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale a seguito D.G.R. n. X/7009 del 31.7.2017 e che, pertanto, l'ASST di Cremona dovrà implementare nel biennio 2015/2019, è necessario verificare l'attuazione delle procedure adottate secondo il piano previsto da Regione. Gli ambiti da auditare riguarderanno l'area "immobilizzazioni" e l'area "rimanenze"; strutture organizzative oggetto di audit:

- unità economico finanziaria
- unità operative coinvolte a seconda delle procedure oggetto di audit, previo confronto con Direzione Strategica;

obiettivi specifici dell'audit, a cui sottendono i corrispondenti rischi:

- verificare la congruità dei processi operativi rispetto alle procedure adottate e alla prassi operativa
- valutare il rischio collegato ad un censimento incompleto dei beni e delle attrezzature non di proprietà ma presenti in azienda.

o area Servizio Unificato di Assistenza Protesica –SUPI- (area D)

ambiti: in attuazione della L.R. 23/2015 e tenuto conto di quanto già indicato nella DGR – Regione Lombardia – n. X/6917 del 24/07/2017 “Determinazioni in merito all’attivazione del servizio unificato di assistenza protesica e integrativa (S.U.P.I.)”, è necessario verificare l’effettiva attivazione del servizio, nonché effettuare le azioni di controllo di Internal Auditing sui processi di assistenza protesica così come specificati nella delibera stessa.; strutture organizzative oggetto di audit:

- U.O. Servizi Sanitari Socio Sanitari e Territoriali
- UUOO Gestione Cronicità di Cremona e Casalmaggiore

obiettivi specifici dell’audit, a cui sottendono i corrispondenti rischi:

- effettuare le azioni di controllo di Internal Auditing sui processi di assistenza protesica, così come specificati nel dettaglio nella DGR n. X/6917 del 24/07/2017 sopra indicata.