

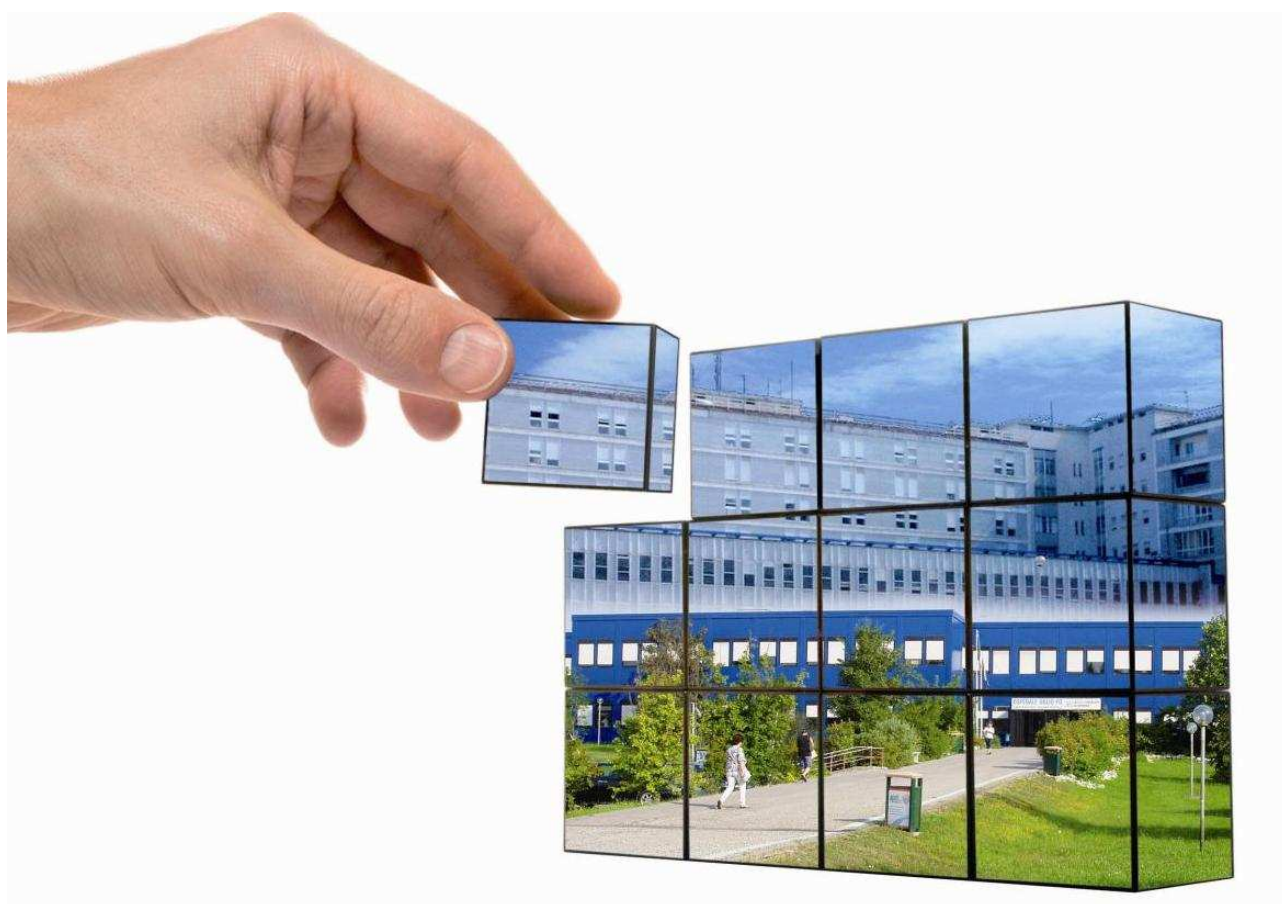
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2018



Sommario

Premessa	Pag. 3
1. L'ASST di Cremona in cifre	Pag. 4
2. Il Ciclo di Gestione della Performance	Pag. 10
3. La valutazione della Performance	Pag. 13
3.1 I progetti strategici realizzati: un quadro di sintesi	Pag. 13
3.2 La performance Aziendale e la performance organizzativa	Pag. 18
3.3 La Performance individuale	Pag. 25
4. Trasparenza e Anticorruzione	Pag. 27
5. Internal Auditing	Pag. 29

Premessa

Il Piano delle Performance 2018-2020, adottato con delibera n. 102 del 26 febbraio 2018, è stato predisposto secondo le disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150 e le linee guida fornite dall'OIV di Regione Lombardia.

Esso rappresenta il documento strategico programmatico per il triennio che dà avvio al ciclo di gestione delle performance, definendo, in coerenza con le risorse assegnate, quali sono gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance stessa dell'Azienda per il periodo in oggetto. Attraverso questo documento, quindi, l'Azienda descrive le attività e i progetti attivi che sono rappresentati da indicatori di misurazione.

Questa relazione è il documento conclusivo del ciclo della performance relativo al 2018 ed è anche l'atto con il quale viene messa a disposizione di tutti gli Stakeholders (cittadini, organizzazioni di consumatori, organizzazioni di pazienti, volontari, organizzazioni del terzo settore) una sintesi dei risultati conseguiti nel corso dell'anno 2018 rispetto a quanto programmato.

La presente Relazione, che fa riferimento al Piano delle Performance 2018-2020, è il prodotto dell'azione di programmazione e valutazione svolta dalla Direzione Strategica aziendale attraverso i Servizi di Staff e il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni Aziendale e rappresenta la sintesi di tutte le azioni messe in campo nelle diverse articolazioni dell'azienda da parte di tutti gli operatori.

In tale documento vengono descritti i risultati raggiunti nell'anno 2018 per ciascuno dei tre seguenti livelli:

1. progetti strategici realizzati e/o fasi rilevanti di progetti pluriennali effettuate nell'anno 2018;
2. la performance organizzativa sia a livello aziendale valutata rispetto al raggiungimento degli obiettivi definiti da Regione Lombardia sia a livello di unità operativa a cui, alla luce del processo di programmazione regionale e aziendale, sono stati assegnati gli obiettivi di budget per l'anno 2018 (secondo la procedura definita nel Sistema di misurazione e valutazione della performance);
3. la performance individuale del personale dipendente dell'Azienda, rispetto alla qualità della prestazione e al contributo individuale fornito alle strutture di afferenza per il raggiungimento degli obiettivi di budget, secondo le apposite procedure definite dalla contrattazione aziendale.

La relazione viene pubblicata sul sito istituzionale dell'ASST di Cremona nella sezione "Amministrazione Trasparente" dedicata alla rendicontazione delle informazioni e dei documenti relativi al ciclo della performance.

1. L'ASST di Cremona in cifre

L'ASST di Cremona 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 2019 (D.G.R. XI /1046 del 17/12/2018), è quella di concorrere con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica di presa in carico della persona, garantendo **massima accessibilità e libertà di scelta**, l'equità delle prestazioni, l'**ottimizzazione delle risorse**, promuovendo l'**integrazione e il raccordo istituzionale** con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e del volontariato.

L'ASST 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, l'ASST di Cremona è baricentrica, fattore che la rende interlocutore privilegiato per alleanze con le altre ASST dei territori confinanti in funzione di precise progettualità.

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

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

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

- con DGR n. X/5234 del 31.5.2016 avente ad oggetto "Determinazioni in merito al trasferimento dalla ex AO di Crema alla ASST di Cremona di attività relative al presidio **"Polo Sanitario Nuovo Robbiani" di Soresina** ai sensi della LR 23/2015", Regione Lombardia ha stabilito il subentro della ASST di Cremona alla ex AO di Crema nelle attività sanitarie afferenti al presidio stesso (POT, Attività ambulatoriali).
- con DGR n. X/5954 del 5.12.2016 Regione Lombardia ha attivato, in via sperimentale, il **Servizio Unificato Protesica e Integrativa (SUPI)**, progetto istituito al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSR e individua l'ASST di Cremona come ASST contabile di tutto il territorio di appartenenza ATS Val Padana. Pertanto a partire dal 1.1.2017 l'ASST di Crema ha ceduto parte dei contratti di servizi relativi all'Assistenza integrativa e protesica all'ASST di Cremona.
I servizi oggetto di tale subentro sono a partire dal 1 gennaio 2017:
 1. **assistenza integrativa** L. 266/2005: canoni di noleggio microinfusori;
 2. **assistenza protesica** DM 332/99: Protesica Minore (Ausili per incontinenti), Protesica Maggiore (Ausili da Elenco 1, Elenco 2 gestione magazzino, acquisto/ noleggio ausili Elenco 3);
 3. gestione **ossigenoterapia e ventilo terapia**;
 4. gestione **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)**.
- con Decreto Direzione Generale Welfare n. 3682 del 28.4.2016 "Organizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della LR n. 23/2015 e con successiva nota prot. n. G1.2016.0024665 del 19.7.2016 è stata disposta, a partire dal 1.1.2017, l'attivazione del percorso per l'organizzazione nelle ASST dell'**attività vaccinale**, in precedenza in capo alle ATS.
- con deliberazione n. 236 del 7.7.2016 l'Azienda ha approvato il "Progetto sperimentale per l'istituzione e la gestione di un ambito territoriale omogeneo per l'area Oglio Po", condiviso con l'ASST di Mantova, con l'obiettivo generale di creare un territorio omogeneo in cui insistono gli **ambiti territoriali degli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore**, potenziando l'attività del Presidio Ospedaliero Oglio Po di Casalmaggiore per garantire una migliore integrazione dei servizi offerti dalla rete territoriale ed afferenti agli ex distretti di Viadana e Casalmaggiore.

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

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

L'ASST di Cremona, nel 2018, conta **2.455 dipendenti** fra medici, infermieri, assistenti sociali, assistenti religiosi, personale tecnico e amministrativo con un'**età media di 48,2 anni** (cfr. Tabella 1), ed ha un valore della produzione di 291.385.000 euro (di cui 20.544.000 € relativi al territorio).

In termini di attività, l'ASST di Cremona nell'anno 2018 ha registrato **27.473 ricoveri** (di cui 87% ricoveri ordinari e 38% ricoveri di tipo chirurgico), 3.478.375 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC) e 53.557 prestazioni psichiatriche (flusso 46SAN).

Riguardo all'area dei ricoveri, l'azienda registra un **tasso di attrazione del 15%** (7% provenienti da fuori provincia e 8% provenienti da fuori regione). Come riportato nella tabella 3, nel 2018 si è registrato un calo dei pazienti fuori provincia (-5,8% rispetto al 2017) e di pazienti fuori regione (-15,2% rispetto al 2017) a causa della chiusura del ponte che collega la provincia di Cremona alla provincia di Parma.

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

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 31.12.2018

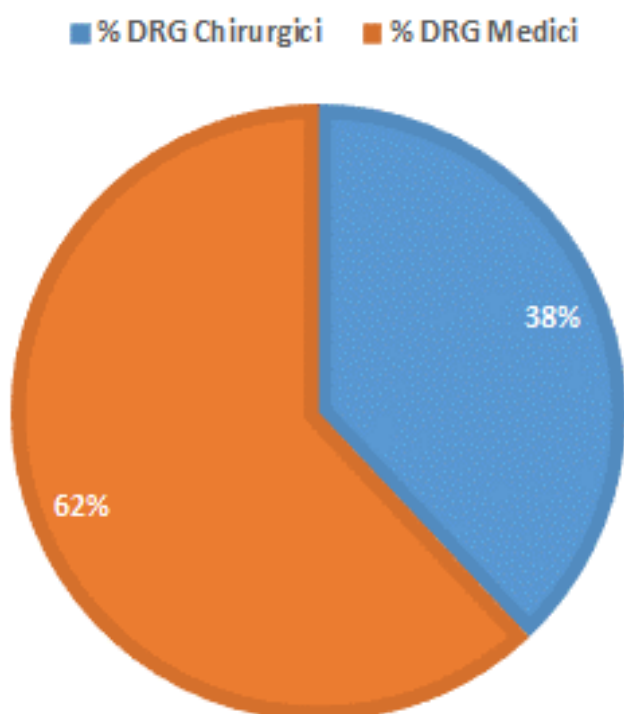
	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero di Oglio Po	Strutture Territoriali	Totale azienda
Dirigenza				
Sanitario Medico	312	77	16	405
Sanitario non Medico	33	4	9	46
Professionale e Tecnica	4	0	0	4
Amministrativo	8	0	0	8
Totale Dirigenza	357	81	25	463
Età media Dirigenza				48,62
Comparto				
Sanitario	985	278	47	1310
Tecnico	332	116	14	462
Amministrativo	154	29	37	220
Totale Comparto	1471	423	98	1992
Età media Comparto				47,83
Azienda				
Totale azienda	1828	504	123	2455
Età media				48,22

Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Tabella 2 Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale (2017 cfr. 2018)

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)		Presidio Ospedaliero di Oglio Po		Totale Azienda	
	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2017	ANNO 2018	ANNO 2017	ANNO 2018
Totale Ricoveri (a+b+c)	22.149	21.748	6.026	5.725	28.175	27.473
Ricoveri Ordinari (a)	19.314	18.958	5.104	4.843	24.418	23.801
GG degenza totali	150.498	152.856	38.123	37.553	188.621	190.409
degenza media	7,79	8,06	7,47	7,75	7,72	8
Peso medio DRG	1,2	1,19	1,04	1,08	1,17	1,17
Ricoveri Day hospital (b)	2.568	2.541	873	847	3.441	3.388
N. Accessi Totali	2.768	2.695	876	850	3.644	3.545
Peso medio DRG	0,85	0,86	0,78	0,78	0,83	0,84
Ricoveri Sub-acuti (c)	267	249	49	35	316	284
GG degenza totali	7.476	7.327	656	647	8.132	7.974
degenza media	28	29,43	13,39	18,49	25,73	28,08
Totale numero Prestazioni ambulatoriali esterne (flusso 28SAN)	2.598.417	2.608.950	857.977	869.425	3.456.394	3.478.375
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali per esterni (esclusi MAC, BIC, NPI)	2.009.998	2.026.946	647.132	657.861	2.657.130	2.684.807
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali PS per esterni	534.212	529.123	198.328	200.507	732.540	729.630
- di cui Numero MAC	15.906	17.526	2.180	2.621	18.086	20.147
- di cui Numero BIC	2.202	2.202	1.111	1.007	3.313	3.209
- di cui Numero prestazioni NPI	36.099	33.153	9.226	7.429	45.325	40.582
Numero prestazioni 46/SAN (Psichiatria)	41.168	39.976	13.927	13.581	55.095	53.557

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona



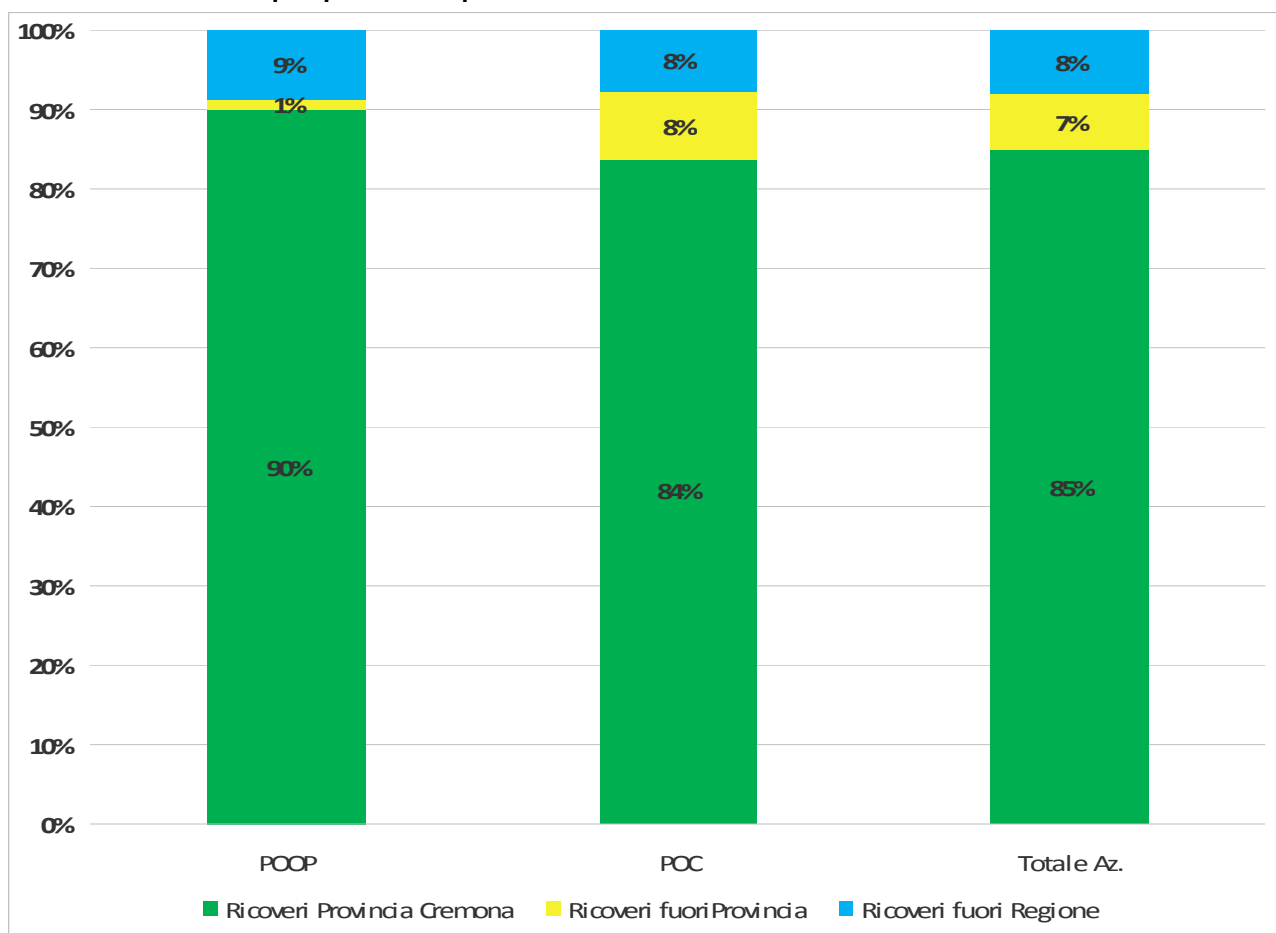
Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 3: Ricoveri per provenienza e per presidio ospedaliero (2017 e 2018)

		Ricoveri Provincia Cremona	Ricoveri fuori Provincia	Ricoveri fuori Regione	Totale Ricoveri
POOP	2017	5248	54	724	6026
	2018	5146	76	503	5725
	Delta	-102	22	-221	-301
POC	2017	18313	1946	1890	22149
	2018	18229	1807	1712	21748
	Delta	-84	-139	-178	-401
Totale Az.	2017	23561	2000	2614	28175
	2018	23375	1883	2215	27473
	Delta	-186	-117	-399	-702

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Distribuzione ricoveri per presidio ospedaliero 2018



Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Riguardo al percorso di emergenza-urgenza, si evidenzia per l'anno 2018 un numero totale di accessi pari a 82.711 in riduzione rispetto al 2016. Il tasso di ricovero da PS a livello aziendale è pari al 16,3% (18,1% per il POC e 12,2% per il POOP).

Tabella 4 Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2016 cfr. 2018)

	Presidio Ospedaliero di Cremona				Presidio Ospedaliero di Oglio Po				Totale Azienda			
	2016	2017	2018	Diff.2016-2018	2016	2017	2018	Diff.2016-2018	2016	2017	2018	Diff.2016-2018
Totale accessi	58.658	56.954	56.927	-1.731	27.707	26.856	25.784	-1.923	86.365	83.810	82.711	-3.654
codici bianchi	9.489	8.179	7.775	-1.714	173	124	157	-16	9.662	8.303	7.932	-1.730
% codici bianchi	16%	14%	14%		1%	0%	0%		11%	10%	9,6%	
codici verdi	33.605	34.609	35.568	1.963	19.713	18.527	18.090	-1.623	53.318	53.136	53.658	340
% codici verdi	57%	61%	62%		71%	69%	70%		62%	63%	65%	
codici gialli	14.560	13.261	12.686	-1.874	7.421	7.738	7.062	-359	21.981	20.999	19.748	-2.233
% codici gialli	25%	23%	22%		27%	29%	27%		25%	25%	24%	
codici rossi	1.004	905	898	-106	400	467	475	75	1.404	1.372	1.373	-31
% codici rossi	2%	2%	1,5%		1%	2%	1,8%		2%	2%	1,6%	
Ricoverati da PS	10.373	10.460	10.333	-40	3.404	3.403	3.143	-261	13.777	13.863	13.476	-301
% Ricoverati da PS	17,70%	18,40%	18,13%		12,30%	12,70%	12,20%		16%	16,50%	16,30%	
Dimessi a domicilio	48.217	46.426	46.484	-1.733	24.119	23.422	22.591	-1.528	72.336	69.848	69.075	-3.261
% Dimessi a domicilio	82%	82%	81,67%		87%	87%	87,60%		84%	83%	83,50%	
Trasferiti	43	35	63	20	174	20	38	-136	217	55	101	-116
% Trasferiti	0,00%	0,00%	0,00%		0,62%	0,07%	0,15%		0,30%	0,10%	0,13%	
Deceduti	25	33	47	22	10	11	12	2	35	44	59	24
% Deceduti	0,00%	0,00%	0,00%		0,00%	0,00%	0,00%		0,00%	0,00%	0,00%	

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Con riferimento all'attività territoriale, di seguito vengono presentati alcuni dei dati più significativi in termini di prestazioni offerte relativi all'area socio-assistenziale: area interventi alla famiglia – Consultorio familiare, area dipendenze e SERT, area medicina legale, area Cure domiciliari e Cure primarie.

Tabella 5: Area interventi alla famiglia – Consultorio familiare

	2016	2017	2018
n. prestazioni totali (tariffate e non) area psicosociale	9.294	9.803	8.996
n. prestazioni totali (tariffate e non) area sanitaria	16.115	15.152	14.880
Valorizzazione forfettaria prestazioni non tariffate di Accesso e Tutoring	€ 47.690	€ 62.100	€ 63.170
Numero gravidanze seguite presso i consultori	501	494	465

Fonte: RIMI – ASST Cremona

Tabella 6: Area delle Dipendenze/Sert

	2016	2017	2018
n.prestazioni tossicodipendenza	87.724	92.165	91.182
n.prestazioni alcolismo	8.073	10.999	12.287
n..prestazioni gioco d'azzardo	2.132	2.689	3.351
n. prestazioni tabagismo	225	646	983
n. prestazioni HIV/MTS	1.924	1.571	1.009

Fonte: DSMD – ASST Cremona

Tabella 7: Area - Medicina Legale

	2016	2017	2018
n. pratiche Commissione Invalidi	16.879	9.610*	9.890
n. pratiche Commissione Medica Locale patenti	5.360	4.483	4.826
n. visite necroscopiche e fiscali	2.258	1.637	692**
Certificazioni monocratiche ed altre prestazioni (collegio medico, indennizzi L.210/92)	3.489	2.496	1.379***

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

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

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

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

Tabella 8: Area - Valutazione multidimensionale (Cure domiciliari)

	2016	2017	2018
n. totale prestazioni VAOR	10.034	10.256	11.308
n. utenti assistenza domiciliare con profilo assistenziale	3.794	3.845	1.108
n. prestazioni per attività di accoglienza/front office	9.900	11.570	14.150

*Dato in calo anche per nuove regole di ATS che hanno spostato utenti verso il profilo prestazionale (aumentati da 1.253 del 2017 a 1.624 del 2018)

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

Tabella 9: Area - Cure Primarie – attività territoriali

	2016	2017	2018
n. prestazioni ventiloterapia, nutrizione artificiale domiciliare, dializzati	1.364	1.631	1.764
n. prestazioni protesica maggiore	4.082	3.141	5.032
n. prestazioni protesica minore	12.904	12.235	12.880
n. prestazioni Scelta/revoca, esenzioni, ecc	75.485	88.710	28.023*

*Il dato si riferisce al solo primo trimestre, successivamente i dati non sono più stati disponibili dal NAR-Nuova Anagrafe Regionale

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

2. Il Ciclo di gestione della Performance

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

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

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

Nel corso del periodo 2012-2018, si è, quindi, consolidato il ciclo di gestione della performance. In particolare, nel corso dell'anno 2018 il processo di budget è stato strutturato nelle seguenti fasi come indicato sul regolamento aziendale (Decreto n. 327 8/11/2018)):

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

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

In particolare, per l'anno 2018, la programmazione aziendale degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi è stata effettuata sulla base della seguente normativa regionale:

- Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, adottato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 88 del 17.11.2010;
- Legge Regionale 23 del 11/08/2015;
- Regole di gestione del Servizio SSR per l'esercizio 2018 (D.G.R. X/7600 del 20/12/2017 e succ. X/491 del 02/08/2018);
- Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST Cremona approvato con delibera del Direttore Generale n. 77 del 6 marzo 2017 (approvato da Regione Lombardia con decreto X/6330 del 13 marzo 2017);

- Piano delle performance 2018-2020 approvato con delibera del Direttore Generale n.102 del 26 febbraio 2018;
- Obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati al Direttore Generale per l'anno 2018 con D.G.R. X/415 del 02/08/2018;
- Contratti integrativi anno 2018 tra ASST Cremona e ATS Val Padana per l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e per l'attività di psichiatria e di neuropsichiatria infantile e relativi obiettivi progetti allegati sottoscritti in data 31/05/2018;
- Bilancio Preventivo Aziendale approvato con delibera n. 114 del 14/04/2018 e Bilancio Consuntivo approvato con decreto n. 218 del 15/05/2019.

Dall'insieme di questi indirizzi, l'ASST di Cremona ha definito, come già richiamato nel Piano della Performance 2018-2020, i propri obiettivi strategici, a loro volta, declinati in progetti strategici e in obiettivi operativi trasferiti alle unità operative attraverso il budget e articolati nelle seguenti cinque aree strategiche:

Pertanto, l'ASST di Cremona, in linea con le indicazioni del Regolamento aziendale "Processo di budget" (Decreto n. 327 8/11/2018), ha definito per l'anno 2019, nell'ambito del processo di programmazione e controllo annuale, un sistema di valutazione strutturato nelle seguenti aree di Performance:

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

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

- a) **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;
- b) **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;

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



3. La valutazione della performance

3.1 I progetti strategici: un quadro di sintesi

Con riferimento ai progetti strategici richiamati nel Piano della Performance 2018-2020, di seguito si propone una breve descrizione di quanto realizzato. Tali progetti strategici possono essere classificati in tre linee strategiche:

- **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;**
- **il potenziamento degli Asset Strategici:**
 - 1) miglioramento dell'accessibilità ai servizi e alle prestazioni attraverso la progettazione e la messa a regime di servizi sanitari per target di utenti;
 - 2) miglioramento della qualità del percorso di cura e di presa in carico in ambito ospedaliero;
 - 3) 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.

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

- **Sviluppo POT di Soresina - Presidio Ospedaliero Territoriale "Polo Sanitario Nuovo Robbiani":** Nel 2016 è stato avviato lo sviluppo dei percorsi di continuità assistenziale attraverso l'arruolamento dei pazienti per l'implementazione del POT. È stata attivata la centrale operativa che vede la presenza dell'infermiere case-manager, dell'assistente sociale, di una figura amministrativa e del medico. Nel Maggio 2017, (con autorizzazione da parte dell'ATS Val Padana), sono stati attivati gli ambulatori Chirurgici (Chirurgia Generale e Senologia) ed è in fase di implementazione l'attività chirurgica a bassa complessità (BIC) e nel corso del 2018 sono state avviate le attività di chirurgia a bassa complessità (BIC).
- **Dimissioni Protette:** Le dimissioni protette diventano strumento fondamentale per garantire la presa in carico nel territorio dei pazienti dopo la risoluzione del quadro clinico acuto o la sua stabilizzazione e per i quali il percorso terapeutico proseguirà a domicilio con l'attivazione delle cure domiciliari o in un'extraospedaliere (es. Struttura Riabilitativa specialistica o di Cure Intermedie o SubAcuti o in Hospice o in Residenza Sanitaria Assistenziale). Nel corso del 2018 è stato definito il protocollo della dimissione del paziente che vede coinvolte tutte le UUOO cliniche e, per il coordinamento del progetto, le UUOO RICCA-Centro Servizi e Gestione Operativa
- **ASST Cremona come Gestore ed Erogatore Presa in Carico:** ASST Cremona è Ente riconosciuto come Soggetto Gestore ed Erogatore della Presa in carico della cronicità anche in filiera con erogatori privati/pubblici. L'ASST Cremona, in questa nuova veste, ha portato avanti (e porta avanti tutt'oggi) diversi percorsi volti all'integrazione tra ospedale e territorio. Tra i più rilevanti nel corso del biennio precedente: attivazione della struttura Rete RICCA, progettazione e avvio dei percorsi dei pazienti cronici attraverso la stesura, la condivisione e l'attuazione dei PDTA per le patologie croniche, costituzione del Centro Servizi (Centro Servizi multi-professionale finalizzato alla gestione dei pazienti cronici e fragili dal punto di vista clinico e sociale) e avvio forme d'integrazione con la Medicina Generale e loro forme associative. Nella parte finale del 2018, dopo l'acquisizione della piattaforma informatica della presa carico IRIS e di formazione degli specialisti sul tema, il Centro Servizi ha avviato le proprie attività di arruolamento dei pazienti cronici con la sottoscrizione dei Patti di cura e dei relativi PAI.
- **PREsT Cittadino di Cremona e di Casalmaggiore:** E' stato progettato il 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 che ha portato nel 2018 all'avvio delle attività.
- **Rete Integrata Materno Infantile (RIMI):** Sono stati progettati e attuati 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. Tali progettualità sono state consolidate nel corso del biennio 2017-2018.

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 diagnostico terapeutiche già presenti con certezza di tempi, metodi e approcci terapeutici. Parte del progetto **Cancer Center** è l'Area Donna che, realizzata fra marzo e novembre 2016, 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. Nel corso del biennio 2017-2018 l'Area Donna ha sviluppato e consolidato il livello attività perseguendo l'adeguamento alle indicazioni del DM'70 sulla rete regionale dei centri di Senologia.
- **CUP, miglioramento tempi di attesa e Punti accoglienza:** Nell'ambito dell'approvazione del POAS 2016-2018 è stata costituita la nuova UOC "Servizi sanitari, socio sanitari e territoriali" a cui compete la Gestione servizi di front office ospedalieri (CUP-cassa, laboratorio analisi, anatomia patologica, radiologia, punti prelievo e attività di prelievo esterne, accettazione ricoveri) e territoriali: prenotazione, accesso, dimissione coordinandosi con l'area della Direzione Socio-Sanitaria. La riorganizzazione delle attività del CUP ha comportato dei cambiamenti sull'organizzazione del lavoro nelle fasi di prenotazione, accettazione e rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (flusso 28SAN). Nel corso dell'anno 2018, ai fini di un maggior governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero (in applicazione delle DGR X/7766 del 17 gennaio 2018), è stato attivato un gruppo di lavoro per il monitoraggio dei tempi di attesa ed è stato individuato a livello aziendale il Responsabile Unico Aziendale dei tempi di attesa (delibera n. 132 del 05/03/2018). A quest'ultimo, ai fini di un contenimento complessivo delle liste di attesa, sono stati 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. Inoltre, sempre nel corso del 2018, l'azienda, dando ai pazienti la possibilità di disdire le prenotazioni, ha cercato di ridurre il rischio di "no show" mantenendo la capacità produttiva elevata attraverso riallocazione degli slot.

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

- **Ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente:** Con l'approvazione del POAS 2016-2018 (marzo 2017), 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; la gestione ottimale dei posti letto attraverso la figura del "bed manager"; la gestione 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. A questo proposito nel corso del

biennio 2017-2018 sono stati sviluppati i seguenti progetti: "consolidamento ed efficientamento della Week Surgery", "revisione del percorso del paziente chirurgico e riorganizzazione dei blocchi di sala operatoria", "riorganizzazione del processo di pre-ricovero", "centralizzazione delle liste operatorie e programmazione accentrata degli interventi", "integrazione attività operatoria dei due Presidi (es. prestazioni urologiche e oculistiche ecc.), "gestione dei posti letto a livello accentrato attraverso la figura del bed manager", "progettazione della gestione centralizzata delle agende ambulatoriali anche alla luce della presa in carico dei pazienti cronici".

- **Qualità e sicurezza delle cure – risk management:** In ottemperanza alla Circolare Regionale prot. G1.2016.0039962 del 21.12.2016 "Linee guida attività di Risk Management - Anno 2017", l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona con deliberazione n. 2 del 10.01.2018 ha preso atto delle relazioni conclusive sulle attività di risk management relative all'anno 2017, nell'ambito del piano approvato con deliberazione n. 117 del 27.03.2017, comprendente i progetti operativi specifici: prevenzione delle infezioni nosocomiali nei pazienti dializzati; il gruppo delle idoneità difficili; indagine relativa alla riconciliazione farmacologica nei pazienti con ricoveri ospedalieri ripetuti, costante monitoraggio di protocolli specifici inerenti il rischio in ostetricia e ginecologia, il rischio sepsi ed infezioni correlate all'assistenza nonché il rischio connesso ai farmaci antitumorali. I monitoraggi e gli indicatori del Piano Annuale di Risk Management si integrano con il sistema PIMO. A partire dal 1.1.2018 l'Azienda ha affidato alla società Marsh spa il servizio di brokeraggio assicurativo allo scopo di implementare le politiche aziendali di risk management.

Aggiornamento strutturale e tecnologico

- **Adeguamento strutturale** Nel 2018 sono stati realizzati con la finalità di ottimizzare i percorsi, anche in ottica di maggiore sicurezza:
 - l'adeguamento alla normativa antincendio del Presidio Ospedaliero Cremonese: con l'obiettivo di rendere 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
 - completamento 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
 - lavori per la centralizzazione dei servizi di accettazione e prenotazione della Radiologia del POC, altre riqualificazioni e ricollocazioni ecc.
- **Ammodernamento tecnologico Sistemi informativi:** Con la DGR n. X/6548 del 4.5.2017 con cui è stato stanziato un finanziamento regionale nell'ambito del capitolo "**Sistema informativo socio sanitario**". A tal fine, l'ASST di Cremona ha avviato nel corso dell'anno 2017 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 integra gli ambiti d'intervento sanitari, socio sanitari e sociali e offre 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 integra il percorso del paziente, 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. Nel 2018, l'ASST di Cremona, ha infatti aderito alla Convenzione Consip SGI per l'implementazione della cartella clinica elettronica.

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

- **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. Nel 2018 si è consolidata tale attività soprattutto nella seconda metà dell'anno grazie alla nomina del nuovo direttore dell'UOC di Neurochirurgia dell'ASST di Cremona.
- **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** il tasso di fuga 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. Con Delibera n.481 del 15 novembre 2017 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. La sperimentazione è stata consolidata con DGR XI/795 del 12/11/2018
- **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"*;
 - **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), 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.

3.2 La performance Aziendale e la performance organizzativa

A) La Performance Aziendale

Con la DGR X/415 del 02/08/2018, la Regione Lombardia attraverso DG Welfare, in aggiunta agli obiettivi legati alle attività istituzionali in coerenza con la DGR n. X/7600 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018" e succ X/491 del 02/08/2018, ha assegnato gli Obiettivi di sviluppo del Sistema per l'anno 2018 suddivisi in tre categorie:

- Obiettivi di Performance ed Esiti
- Obiettivi Specifici Aziendali
- Obiettivi di Implementazione ed Evoluzione del Sistema

Al momento della stesura del presente documento non risulta ancora formalizzata la valutazione finale poiché l'azienda, in questa fase del processo di valutazione è ancora in corso.

Obiettivi di Performance e Esito

Gli obiettivi di efficacia clinica e di performance organizzativa, che Regione Lombardia ha assegnato alle aziende sanitarie del SSR sono misurati attraverso indicatori oggettivi riconducibili a specifici protocolli e rappresentano una sintesi significativa degli indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti) e del Network delle Regioni (sviluppato in collaborazione con l'Università Sant'Anna di Pisa). La misurazione di tali indicatori è stata resa disponibile dalla pubblicazione dei dati sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>). Per ogni obiettivo sono previste 5 fasce cromatiche che identificano il posizionamento dell'azienda rispetto ai valori medi regionali: rosso (molto basso), arancione (basso), giallo (media regionale), verde chiaro (alto) o verde scuro (molto alto). I suddetti indicatori sono 19 e riguardano le seguenti aree:

- Indicatori di esito Area Clinica CARDIOCIRCOLATORIO
- Indicatori di esito Area Clinica CHIRURGIA GENERALE
- Indicatori di esito Area Clinica GRAVIDANZA E PARTO
- Indicatori di esito Area Clinica OSTEOMUSCOLARE
- Indicatori di esito Area Clinica RESPIRATORIA
- Indicatori di esito Area Clinica CHIRURGIA ONCOLOGICA
- Efficienza ed appropriatezza (Network Regioni)

Nel 2018, l'ASST di Cremona mostra nel 71% degli obiettivi un posizionamento in media o superiore alla media regionale (rispetto al 47% del 2017). Si segnala che il posizionamento a livello aziendale è frutto della media dei valori/posizionamenti dei due presidi ospedalieri (Cremona e Oglio PO). Al momento di stesura del presente documento, il processo di valutazione da parte della Regione su tali indicato è ancora in corso.

Nel corso del 2018, l'azienda ha lavorato da un punto di vista organizzativo e clinico su alcune aree come descritto di seguito:

- rispetto **all'Area Gravidanza e Parto**, l'ASST Cremona ha incrementato l'attività formativa e di addestramento sul campo per migliorare la gestione delle complicanze durante l'evento parto: si registra un significativo miglioramento degli indicatori relativi alle complicanze (sia parti cesarei che naturali) rispetto al 2017. Per quel che riguarda il tasso di tagli cesarei primari l'ASST di Cremona si mantiene nella media delle aziende del SSR Lombardo con una percentuale nel 2018 del 19% contro un valore mediano regionale del 16%;
- in merito **all'area Oncologica**, l'azienda ha adottato e implementato, in virtù del progetto Cancer Center e Area Donna, percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali del paziente oncologico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza delle cure. Si osserva, infatti, un miglioramento degli indicatori di processo del percorso del paziente oncologico rispetto al 2017 come ad esempio: "Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella" (con un valore che si attesta al 13,1%, sebbene ancora superiore al valore mediano regionale pari a

5,07%) e gli indicatori di Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella, tumore al colon e tumore al retto

- rispetto **all'area Medica**, l'azienda ha consolidato il percorso organizzativo avviato già nel 2017 delle Dimissioni protette finalizzato a garantire una maggiore fluidità del percorso del paziente medico in fase di dimissione verso strutture territoriali extra-ospedaliere; mentre **sull'area chirurgica** l'azienda ha messo in atto delle azioni di riorganizzazione del percorso del paziente chirurgico (ad esempio, riorganizzazione del pre-ricovero, centralizzazione liste di attesa operatorie, saturazione sedute operatorie, linea dedicata all'urgenza per progetto frattura di femore ecc.) i cui effetti saranno apprezzabili nei prossimi anni.
- con riferimento **all'area dell'emergenza/urgenza**, il tasso di abbandono dal PS risulta in miglioramento e comunque superiore al valore medio regionale; tuttavia l'azienda ha avviato delle azioni di riorganizzazione dei percorsi interni al PS per ridurre i tempi di permanenza dei codici gialli il cui impatto sarà visibile nel prossimo anno.

Tabella 10: Indicatori programma nazionale esito (PNE)

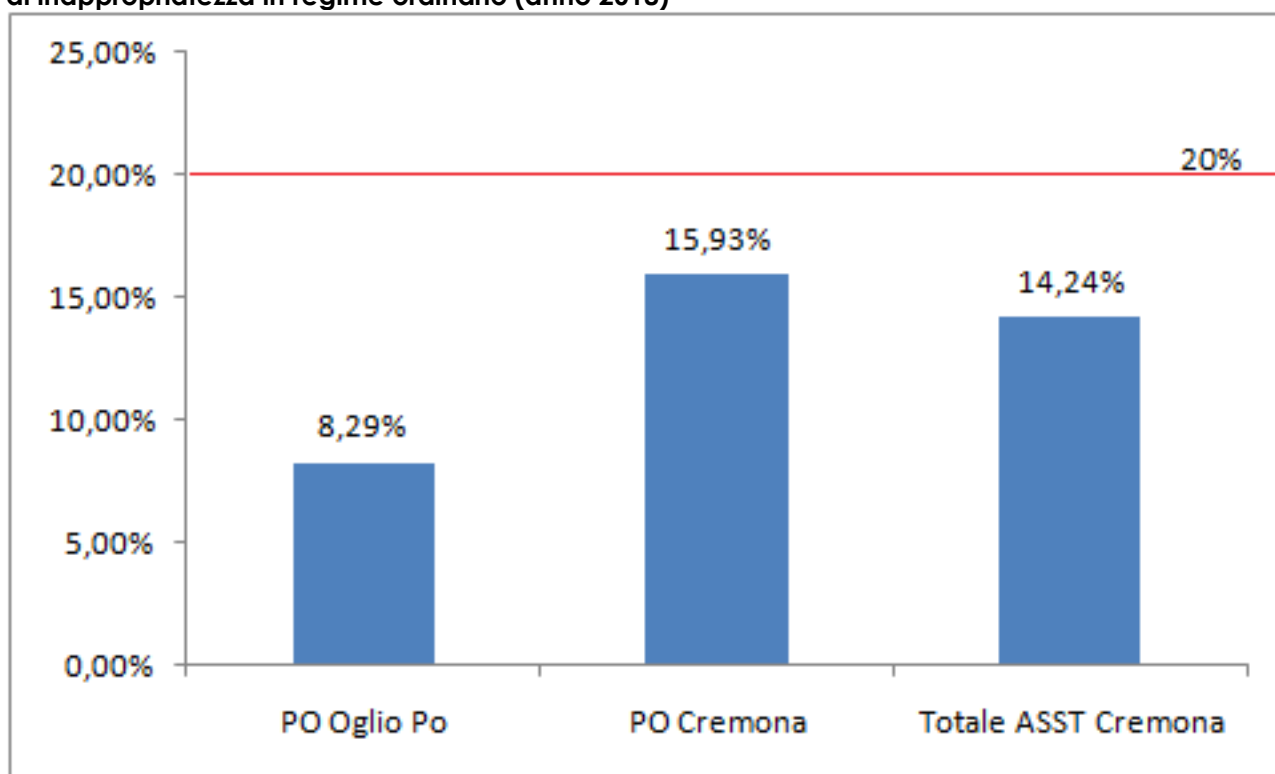
Area Clinica	Indicatore (Descrizione)	Valutazione 2017	Valutazione 2018	Valore 2017	Valore 2018
CARDIOCIRCOLATORIO	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	2	3	8,12%	8,85%
CARDIOCIRCOLATORIO	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	5	5	3,57%	13,04%
CHIRURGIA GENERALE	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	2	2	71,98%	76,86%
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	3	3	16,15%	18,13%
GRAVIDANZA E PARTO	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	5	3	1,31%	0,47%
GRAVIDANZA E PARTO	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	5	3	1,11%	0,26%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	4	3	17,01%	13,10%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	3	3	3,45%	3,75%
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	2	3	65,89%	55,32%
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	3	3	8,36%	7,96%

Tabella 11: Indicatori Network delle Regioni

Descrizione Indicatore	Fascia (Rif. Regione) 2017	Fascia (Rif. Regione) 2018	Valore 2017	Valore 2018
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	2	1	14,23	9,8
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	1	4	27,77	70,26
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	1	1	8,67	6,66
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	2	1	15,39	12,3
Percentuale accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti	5	5	27,35	59,09
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	3	4	0,42	0,72
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	2	2	-1,27	-1,24
Abbandoni da Pronto Soccorso	3	2	2,62	1,58

Nell'ambito degli obiettivi di appropriatezza, la Regione Lombardia ha previsto il contenimento dei DRG ad elevato Rischio di Inappropriatezza fissando per l'anno 2018 il target del 20%, ovvero il rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario deve essere \leq al 20%. L'ASST di Cremona ha registrato a livello aziendale un rapporto pari a 14,24% (15,93% per il POC e 8,29% per il POOP), inferiore al valore atteso per l'anno 2018 (20%) e in lieve diminuzione rispetto al valore del 2017 (15,14%).

Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (anno 2018)



Fonte: Portale di Governo Regione Lombardia (area Appropriatezza)

Obiettivi Specifici Aziendali

I risultati raggiunti rispetto agli obiettivi inseriti in questa sezione sono riassunti di seguito:

- a) *Equilibrio economico del bilancio, con il rispetto dei tempi di pagamento e di rendicontazione economico finanziaria e adesione alle politiche di acquisto secondo la logica delle aggregazioni di domanda del sistema sanitario regionale.*

L'azienda ha approvato il bilancio di esercizio 2018 con il pareggio di bilancio.

Riguardo alle politiche di acquisto si riporta quanto segue. La percentuale di spesa aggregata per beni e servizi su base annua si conferma a livelli importanti (pari nel 2018 al 77% circa del totale relativo al perimetro di riferimento). Con delibera n. 272 del 14.12.2012 l'Azienda ha istituito l'Elenco telematico Fornitori Sintel e mediante tale piattaforma telematica di intermediazione, oltre che mediante il MEPA, vengono gestite le procedure per la scelta del contraente. L'ASST partecipa in maniera fattiva e costante all'attività del consorzio d'acquisto di riferimento e alle iniziative centralizzate.

La **programmazione biennale degli acquisti 2018/2019** è stata deliberata e pubblicata secondo quanto stabilito dall'art. 1 comma 505 della L.208/2015 e dell'art. 21 del D.Lgs. 50/2016 ed inviata in Regione secondo i tempi e le modalità stabilite; la programmazione 2018/2019 è stata definita secondo le indicazioni regionali e della centrale di committenza.

Di grande impatto inoltre continua ad essere l'attività conseguente all'applicazione della riforma sanitaria di cui alla L. 23/2015, soprattutto in considerazione delle criticità legate all'introduzione dei nuovi LEA.

Alla luce di quanto sopra, la ASST prosegue il lavoro avviato in questi anni di una politica gestionale di rigore sul versante dei costi, coinvolgendo e sensibilizzando tutti gli operatori sull'utilizzo delle risorse con invito a una maggiore analisi critica delle scelte di utilizzo dei materiali che, garantendo le stesse performance qualitative comportino un minor costo e con la richiesta di operare con la massima oculatezza la scelta discrezionale degli acquisti, in relazione alla possibilità concessa dalle gare di appalto aggiudicate con Accordi quadro. E' stata altresì ribadita ai soggetti coinvolti nei processi di approvvigionamento la necessità che, nel caso di acquisti derivanti da accordi quadro, sia posta particolare attenzione alla scelta del materiale da acquistare, sia con riferimento ai prezzi che con riferimento alla rotazione dei fornitori.

Il monitoraggio mensile riguarda anche l'andamento dell'attività di ricovero, delle prestazioni ambulatoriali e il mix tra queste, poiché la scelta del regime assistenziale può influenzare il livello dei costi della struttura e rappresenta una leva direttamente controllabile dagli operatori sanitari. Per questo motivo, in alcuni casi, laddove fortemente appropriato da un punto di vista clinico e organizzativo, l'attività viene orientata verso prestazioni ambulatoriali complesse (BIC, MAC).

Il monitoraggio mensile che viene effettuato, oltre ad essere inviato alle strutture interessate, è oggetto di discussione e di confronto nell'ambito delle riunioni del Collegio di Direzione, incontri con l'area amministrativa e di staff e all'interno dei comitati di Dipartimento. Anche per il 2018, si è proceduto, come di consueto, ad un monitoraggio mensile secondo le modalità sopra descritte al fine di avere immediatamente evidenza delle discordanze rispetto all'obiettivo e conseguentemente adottare misure correttive.

Si è provveduto a determinare alla data del 31/12/2018 l'indicatore di tempestività dei pagamenti secondo i criteri previsti dal DPCM 22 settembre 2014.

Ai fini dell'elaborazione dell'indicatore complessivo si è tenuto conto dei pagamenti effettuati tramite G3S – Finlombarda (sino alla data del 30 settembre 2018) e di quelli effettuati direttamente dall'Azienda rettificando i dati, come previsto dalla norma, al fine dell'annullamento degli effetti del contenzioso.

Si precisa che, la fase di avvio del progetto SIOPE+ a partire dal 1 ottobre 2018, ha visto purtroppo numerose criticità informatiche legate all'invio e alla generazione dei flussi di pagamento, difficoltà più volte segnalate alla software house di assistenza e anche durante l'incontro con Lombardia Informatica avvenuto a Mantova in data 27 novembre 2018.

Le criticità riscontrate sono state relative a errori segnalati da RL+ e dall'applicativo interno al momento della trasmissione degli OPI di pagamento che si evidenziavano al momento della

generazione dei flussi stessi e che hanno richiesto inevitabilmente l'intervento del tecnico programmatore dell'assistenza, non sempre tempestivamente risolte.

Tuttavia nel corso del mese di settembre, secondo quanto indicato nella nota Direzione Centrale Programmazione Finanza e Controllo di Gestione A1.2018.0216141 del 10.9.2018, considerato l'avvio del SIOPE+ a partire dal 1 ottobre 2018 ed in relazione alle nuove modalità di trasmissione dei pagamenti effettuati mediante il "Sistema G3S", si era proceduto all'invio in pagamento di tutte le fatture pervenute e liquidate, con particolare riferimento anche a quelle scadenti la prima quindicina di ottobre, in modo da limitare gli eventuali impatti sui tempi di pagamento nel periodo di avvio del nuovo sistema SIOPE+.

Grazie all'anticipo di numerosi pagamenti avvenuto nei mesi di agosto e settembre e al recupero del mese di dicembre, l'indicatore cumulato dell'anno 2018 è risultato ancora negativo, come evidenziato nella tabella sotto riportata.

INDICATORE TOTALE ANNO 2018	-6,38	56,56
------------------------------------	--------------	--------------

Ci sono ancora azioni possibili da mettere in campo per contrarre i tempi di pagamento nel corso del 2019: con riferimento infatti alle fatture del territorio relative ai beni di protesica, i tempi di liquidazione risentono purtroppo della cronica carenza di personale dipendente afferente al servizio che non riesce a contrarre i tempi di verifica della documentazione relativa alle prestazioni di assistenza protesica e ad assicurare contemporaneamente i servizi di front office al cittadino e di distribuzione degli ausili.

Nella tabella sotto riportata si pongono a confronto i dati relativi all'indicatore di pagamento del 2018 con gli ultimi due anni precedenti:

	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018
INDICATORE TOTALE	4,20	-2,95	-6,38

Si evidenzia una netta contrazione dei tempi di pagamento avvenuta nell'ultimo triennio.

Con riferimento agli indicatori economici si segnala che complessivamente a livello aziendale la voce "Ricavi", quale valorizzazione delle prestazioni sanitarie si è ridotta dello 0,7% come effetto fisiologico del processo di deospedalizzazione e miglioramento dell'utilizzo dei setting assistenziali a favore dell'ambito ambulatoriale e ambito ricoveri sub-acuti (tabella 12). Dal punto di vista dei consumi si rileva un aumento dei consumi sanitari (al netto del file F) legato principalmente ad alcune categorie di DM utilizzati in alcune nuove procedure chirurgiche (ad esempio, cardiologia), facendo registrare una lieve flessione in aumento dell'indicatore di efficienza.

A fronte di tali dinamiche, l'azienda ha avviato dei **sistemi di monitoraggio mensili relativi all'andamento dell'attività di ricovero**, delle prestazioni ambulatoriali e il mix tra queste, poiché la scelta del regime assistenziale può influenzare il livello dei costi della struttura e rappresenta una leva direttamente controllabile dagli operatori sanitari. Per questo motivo, in alcuni casi, laddove fortemente appropriato da un punto di vista clinico e organizzativo, l'attività viene orientata verso prestazioni ambulatoriali complesse (BIC, MAC).

Il monitoraggio mensile che viene effettuato, oltre ad essere inviato alle strutture interessate, è oggetto di discussione e di confronto nell'ambito delle riunioni del Collegio di Direzione, incontri con l'area amministrativa e di staff, all'interno delle riunioni di revisione/monitoraggio del budget e all'interno dei comitati di Dipartimento.

Tabella 12: Indicatori Economici (2017 cfr. 2018)

Obiettivo	Indicatore	2017	2018
Ricavi (valorizzazione attività sanitaria per esterni)		162.093.169	160.919.154
	Valore attività di Ricovero	100.496.884	99.015.323
	Valore subacuti	1.369.360	1.373.300
	Valore hospice	1.172.771	1.101.624
	Valore prestazioni ambulatoriali	46.448.695	46.913.201
	Valore NPI (incluso progetti G e attività indirette flusso NPI)	1.731.933	1.613.005
	Valore attività psichiatrica	5.166.270	5.173.334
	Valorizzazione prestazioni territoriali	5.707.256	5.729.367
Consumi sanitari	Consumi sanitari	67.742.143	73.432.829
	Consumi sanitari al netto file F	30.406.630	31.324.426
	Rapporto consumi sanitari (al netto file f)/ricavi	18,76%	19,46%
Costo del personale	Costo del personale (dip e altri)	138.713.000	139.352.000
	Rapporto personale (inclusi LP cococo interinali comandi personale universitario, ecc..)	85,58%	86,60%

- b) *Risposta ai bisogni di salute con l'erogazione dei volumi programmati e contrattualizzati di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura nel rispetto dei tempi di attesa, degli obiettivi di rendicontazione dei flussi di attività e nel rispetto degli obiettivi elencati in appendice al Contratto stipulato con l'ATS Val Padana il 31/05/2016.*

Per l'anno 2018 l'ASST di Cremona, complessivamente, ha erogato prestazioni per pazienti lombardi in misura superiore a quanto riconosciuto dal contratto con ATS Val Padana (+727.997 euro). Tale incremento è principalmente legato ad un aumento delle prestazioni ambulatoriali, come diretta conseguenza della dinamica di deospedalizzazione e di presa in carico dei pazienti cronici attraverso regimi assistenziali alternativi al ricovero (Tabella 13).

Relativamente ai tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero sottoposte a monitoraggio dalla normativa vigente, l'azienda ha avviato nel corso del 2018 un percorso di riorganizzazione delle configurazioni delle agende di prenotazione e ha intensificato le azioni di monitoraggio. La Tabella 14 presenta, a partire dal flusso 28SAN, la percentuale di ottemperanza rispetto ai tempi di attesa previsti nelle date sottoposte a monitoraggio e nelle altre date per l'anno 2018.

Tabella 13: Confronto Consuntivo 2018 e Contratto ATS 2018

	Consuntivo 2018	Contratto ATS 2018	Differenza Cons. Contratto
Ricoveri lombardi	91.895.000	91.734.419	160.581
Hospice lombardi	1.098.000	1.092.700	5.300
Ambulatoriale	42.782.000	42.099.298	682.702
Sub acuti lombardi	1.330.310	1.450.896	-120.586
Psichiatria	4.954.000	4.954.000	-
NPI (al netto progetto 260.000)	1.123.000	1.123.000	-
Nuove reti sanitarie	300.000	300.000	-
TOTALE	143.482.310	142.754.313	727.997

Tabella 14: Confronto Consuntivo 2018 e Contratto ATS 2018

Totale Prestazioni	87.395
di cui prestazioni nelle date Monitoraggio TA	4.386
di cui prestazioni nelle altre date Monitoraggio TA	82.805
%_OTTEMPERANZA_DATE_MTA	89%
%_OTTEMPERANZA_ALTRE_DATE	87%

Fonte: UO Controllo Direzionale – ASST Cremona

B) LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI

Il processo di programmazione aziendale ha recepito le direttive regionali che costituiscono obiettivi prioritari per l'Azienda e ne ha previsto la declinazione con l'assegnazione di obiettivi alle UUOO attraverso lo strumento del budget che evidenzia, per ciascuna unità, le risorse assegnate e i risultati attesi.

Il processo di budget, ancorché definito nell'ambito di una programmazione pluriennale, ha una valenza correlata all'anno di bilancio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere gran parte dei programmi annuali delle attività.

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

Relativamente all'anno 2018, per tutti i livelli dell'organizzazione sono stati definiti obiettivi riconducibili alle aree di performance, come già richiamato sopra.

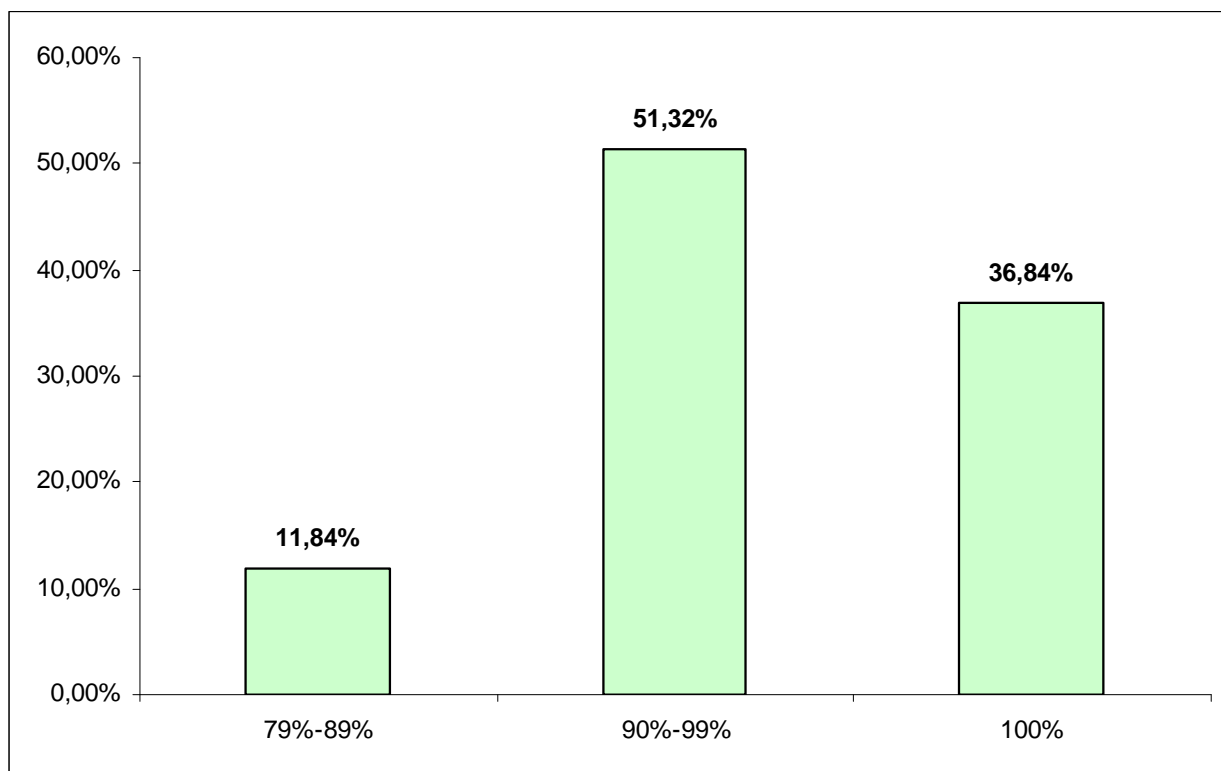
Da una parte, gli obiettivi assegnati sono stati declinati e misurati attraverso **indicatori di risultato quantitativi** con la possibilità di effettuate approfondimenti successivi per esplorare i fenomeni sottostanti. Dall'altra parte sono stati individuati degli **indicatori di processo riconducibili alla stesura e all'implementazione di progetti di miglioramento** (ad esempio, Protocolli aziendali, Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA - ecc.) che sono stati certificati da UUOO aziendali, alle quali la Direzione Strategica ha assegnato il coordinamento di tali progettualità.

Il sistema di **monitoraggio periodico** (generalmente mensile per gli obiettivi di efficienza e trimestrale/semestrale per gli obiettivi delle altre aree) e di confronto sull'andamento degli obiettivi (nell'ambito di riunioni con la Direzione Strategica e comitati di dipartimento) ha permesso di garantire la fruibilità delle informazioni utili al processo decisionale e all'attivazione di correttivi ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La valutazione della performance organizzativa delle UUOO si è basata sulle regole e sul rispetto dei Valori Attesi definiti nelle schede di budget e ha previsto, laddove possibile, un **range di tolleranza del 10%** all'interno del quale l'obiettivo viene raggiunto proporzionalmente. Oltre a questa misurazione oggettiva e chiara, i risultati finali sono stati, successivamente, riletti tenendo anche in considerazione degli elementi di contesto e organizzativi in modo da valutare i contributi organizzativi delle singole UUOO per far fronte ad eventuali situazioni di criticità nel perseguimento degli obiettivi stessi o eventuali trend in miglioramento. Il processo di valutazione viene, quindi, condiviso con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che può proporre sulle singole valutazioni dei correttivi rispetto alle valutazioni proposte.

Per l'anno 2018, il livello di **raggiungimento degli obiettivi** delle schede budget per le UUOO di attesta **mediamente al 95,6%** (minimo 79%, massimo 100%). Circa il 11,8% delle UUOO ha raggiunto una valutazione compresa tra 79% e 89%; il 51,3% una valutazione compresa tra 90% e 99% e il 36,9% pari al 100%.

Distribuzione punteggi finali delle schede budget 2018



Fonte: UO Controllo Direzionale – ASST Cremona

3.3 La performance individuale

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

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

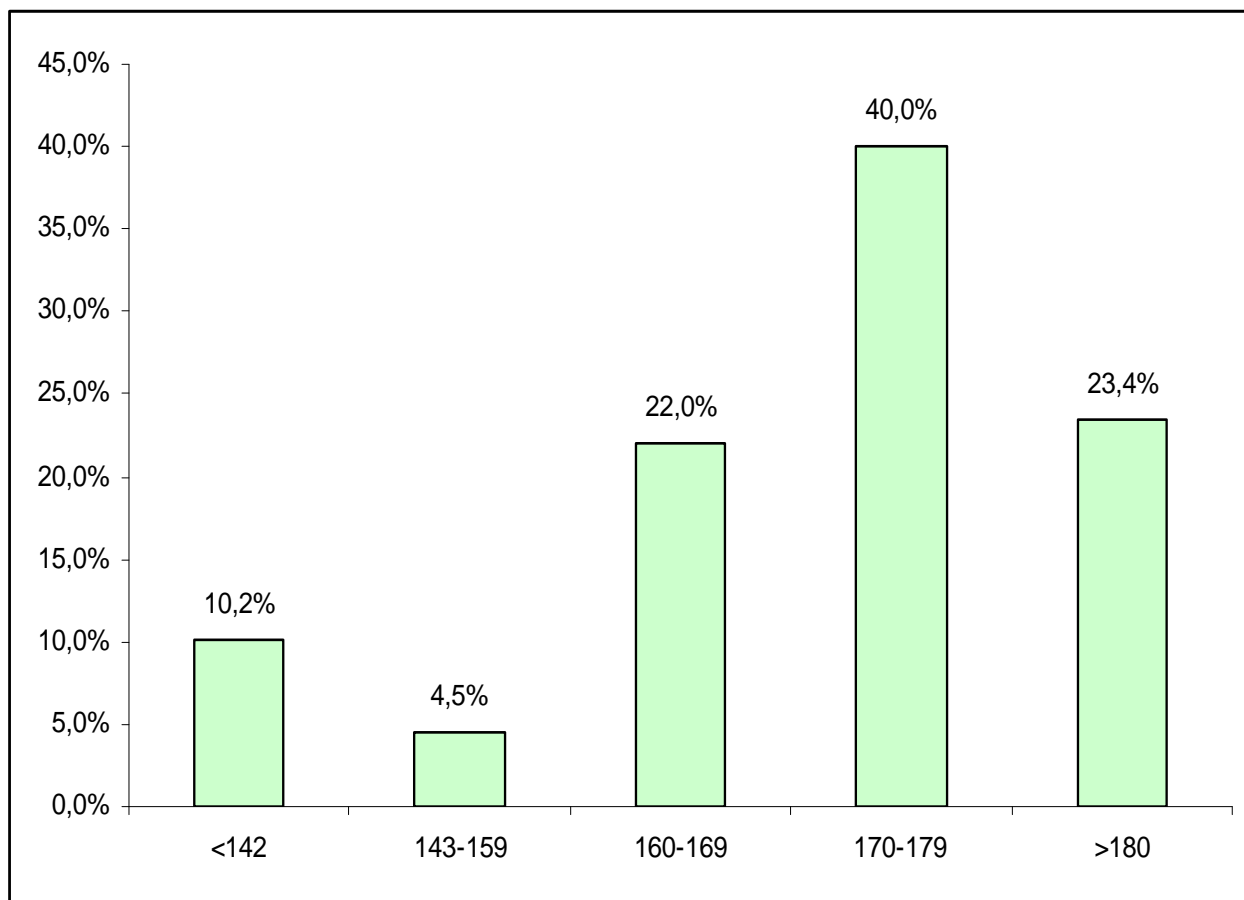
La valutazione tiene conto sia della qualità della prestazione resa dal dipendente sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

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

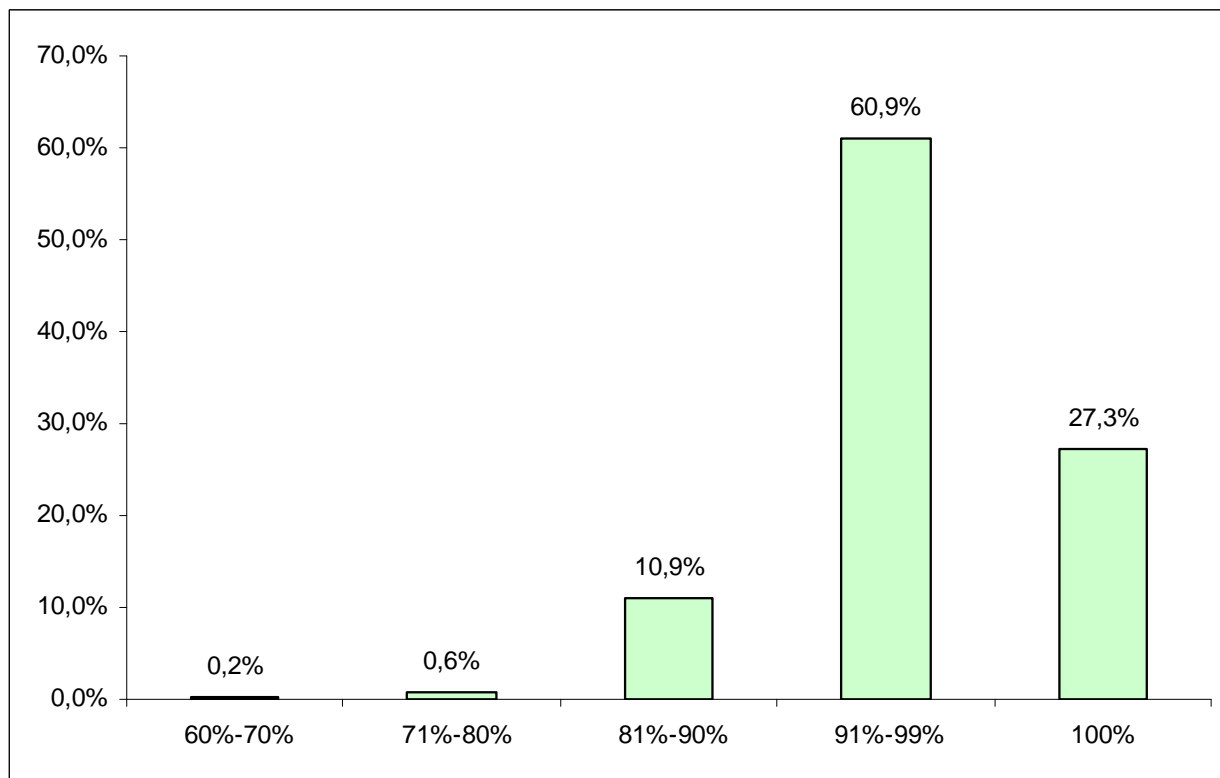
La valutazione del personale è stata mediamente elevata, raggiungendo la piena valutazione per la quasi totalità del personale dirigente.

La media del punteggio conseguito dal personale del comparto è stata pari a 167/200 ed il 72% dei dipendenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale, mentre la valutazione media dei dirigenti è stata pari a 95,80% e il 60,92% dei dipendenti dirigenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale. Le distribuzioni dei punteggi sono rappresentate nelle due figure seguenti rispettivamente per il comparto e per la dirigenza.

Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2018 - comparto



Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2018 - dirigenza



4 Trasparenza e anticorruzione

L'Azienda Socio - Sanitaria Territoriale di Cremona, con deliberazione N.41 del 29/01/2018 prot. 2825/18, ha adottato il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 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, ed 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.

L'aggiornamento del Piano, per il quale è stato confermato l'approccio metodologico e la struttura dei Piani aziendali degli anni precedenti, rappresenta, per l'ASST di Cremona, 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 di prevenzione integrato con gli altri Sistemi presenti in azienda.

L'aggiornamento del PTPC 2018-2020, persegue, quindi, i seguenti 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. A tal fine, il PTPC 2018 – 2020 è intervenuto:

- confermando misure già poste in essere e applicate efficacemente
- introducendo nuove misure ove precedentemente non previste
- ridefinendo modalità attuative di talune misure originariamente contemplate, ma non ancora compiutamente attuate o efficaci
- specificando ed implementando le attività di monitoraggio e controllo dell'applicazione delle misure previste.

Le misure di prevenzione della corruzione, ivi compresi gli obblighi di trasparenza, individuati nel PTPC sono stati declinati in obiettivi specifici organizzativi ed individuali ed assegnati, attraverso lo strumento del budget, alle strutture sanitarie, amministrative e tecniche, ai loro dirigenti ed al personale secondo le posizioni ricoperte. Parimenti di fondamentale importanza è stato il coordinamento delle strategie in materia di anticorruzione e trasparenza con gli **strumenti di controllo interno**, in particolare *Internal Auditing* per le aree relative alla conduzione delle sperimentazioni cliniche, formazione sponsorizzata, immobilizzazioni e rimanenze e SUPI (servizio unificato di assistenza protesica).

Nel corso dell'anno sono state effettuate verifiche sulla effettiva sostenibilità delle misure previste e sulla loro attuabilità in rapporto, principalmente, alla prosecuzione, nel corso dell'anno, dell'implementazione dell'assetto organizzativo aziendale, definito con il Piano di organizzazione strategico aziendale (POAS) approvato dalla Giunta Regionale della Regione Lombardia a marzo 2017.

Le tempistiche previste nel PTPC 2018/2020 per l'implementazione di alcune misure, sono state influenzate dalla messa in atto, da parte dell'Azienda, di attività necessarie per l'adeguamento strutturale, principalmente alla normativa antincendio: l'azione di adeguamento ha coinvolto ed impegnato, trasversalmente, tutte le strutture dell'azienda. Sono state riprese nel PTPC 2019/2021 le misure non completamente esaurite al 31 dicembre 2018.

In tema di trasparenza e anticorruzione si riportano di seguito le principali linee d'azione attuate, pertanto, nell'anno 2018:

- **Codice di comportamento aziendale:** con decreto aziendale n. 355 del 30.11.2018 è stato adottato il testo aggiornato, in conformità all'art.54 c.5 del D.Lgs 165/2001 e s.m.i. e nel rispetto delle linee guida emanate da ANAC (da ultimo la delibera n. 358/2017), del codice di comportamento per il personale e del codice etico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona; nel 2019 proseguirà, pertanto, l'iter interno di verifica della diffusione e conoscenza del codice da parte dei dipendenti e nuovi collaboratori dell'Azienda, soprattutto attraverso la previsione di iniziative formative interne.
- **Rotazione del personale:** sono state potenziate le misure compensative previste nel PTPC 2018-2010, e cioè:
 - incarichi e nomine di Direttore di dipartimento, Direttore di struttura complessa e Dirigente di struttura semplice, a POAS 2016-2018 approvato da Regione Lombardia, assegnati attraverso una procedura trasparente ad evidenza pubblica: in merito a ciò, nel 2017, con provvedimento deliberativo n. 115 del 27.03.2017 l'ASST di Cremona ha approvato ed attuato il "Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali".
 - Segregazione delle funzioni, con attribuzione a soggetti diversi delle funzioni istruttorie, procedurali amministrative, di valutazione tecnica, decisionali e di verifica dell'esecuzione:
 - o come previsto dal comma 12 dell'art 77 del DLgs 50/2016, nelle more della adozione della disciplina in materia di iscrizione all'Albo nazionale dei componenti delle commissioni giudicatrici, è stato deliberato il Regolamento per "la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione per la predisposizione dei capitolati tecnici", che definisce le modalità attuative degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici al fine di assicurare imparzialità dell'azione amministrativa nel rispetto dei principi di economicità, trasparenza, efficacia, tempestività e correttezza (delibera n. 245 del 18/07/2016): nel 2018 l'ASST ha confermato l'utilizzo del regolamento, che viene agito anche mediante controlli sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi dei commissari;
 - o sono stati implementati processi e percorsi trasparenti e condivisi da soggetti diversi su procedure quali: 1) gli acquisti di beni definiti infungibili, per i quali, nel 2017, con provvedimento deliberativo n. 427 del 2.10.2017 "Approvazione regolamento per l'acquisizione di prodotti e servizi infungibili e/o esclusivi", si è provveduto in ASST all'aggiornamento regolatorio interno; 2) la valutazione sulla destinazione delle risorse per investimento, mediante la convocazione della Commissione Dispositivi Medici aziendale; 3) la condivisione di procedure e creazione di moduli standard per la gestione delle procedure di gara, al fine di garantire l'intervento di soggetti diversi nei processi di valutazione e di decisione. Nel 2019, anche in ottemperanza alle indicazioni dettate da Regione Lombardia con DGR n. XI /491/2018 – allegato C - si provvederà all'aggiornamento del regolamento in materia di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, prevedendo verifiche di monitoraggio e controllo di attuazione;
 - o sono stati adottati, nel 2018, regolamenti aziendali, a garanzia del buon andamento dell'azione amministrativa;
 - o è stato avviato in Azienda, nel 2017, il percorso della certificabilità dei bilanci di cui alla DGR n. X/7009 del 31.2017; nel rispetto delle scadenze definite dal percorso, nel 2018 sono state implementate le procedure previste dalle Linee guida regionali per le seguenti aree: Immobilizzazioni, Patrimonio netto e Area Rimanenze; l'attuazione del percorso proseguirà anche nel 2019 per le seguenti aree: Area crediti e ricavi, Disponibilità liquide, Area debiti e costi;
 - o nel 2018 è stato implementato, ed è entrato a regime, il processo di gestione e produzione dei provvedimenti aziendali informatizzati – work flow; l'Azienda, con provvedimento deliberativo n.188 del 16 marzo 2018, ha adottato il "Regolamento aziendale in materia di adozione dei decreti del direttore generale e delle determinazioni dirigenziali", che disciplina gli ambiti delle competenze per la produzione dei provvedimenti aziendali ed i soggetti legittimati, descrive il processo di work flow, definisce i contenuti essenziali dei provvedimenti, la loro pubblicità legale ed i controlli a cui sono assoggettati.

- Attivazione di Audit finalizzati alla verifica dei processi e delle attività delle Risorse Umane e dei Sistemi Informativi: nel 2018 è proseguito l'audit di approfondimento procedurale sulla tematica della valutazione del personale dirigente.
- **Revisione della regolamentazione dello svolgimento delle attività e degli incarichi extra istituzionali:** con decreto aziendale n. 389 del 20.12.2018 è stato adottato il nuovo "Regolamento aziendale in materia di incarichi extra istituzionali (ex art.53 del d.lgs n. 165/2001 e s.m.i.); pur non essendo intervenute norme nazionali e/o regionali in materia che imponessero una revisione della regolamentazione, la scelta dell'aggiornamento, prevista nel PTPCT aziendale 2018/2020 è stata motivata dalla necessità di adottare un regolamento interno più strutturato e meglio articolato rispetto al precedente, con lo scopo di chiarire le fattispecie di "incompatibilità", "conflitto di interessi" ed "occasionalità" collegate alla materia e favorirne, in questo modo, la corretta applicazione, nonché dalla opportunità di inserire, rispetto alle disposizioni prima vigenti:
 - delle limitazioni allo svolgimento degli incarichi extra istituzionali (vedi articolo 12), che attengono alla sfera di discrezionalità dell'azione amministrativa dell'ASST, e da intendersi quali strumenti di salvaguardia della tenuta organizzativa aziendale e di controllo per la prevenzione della corruzione;
 - delle regole previste dalla norma di legge sul pantouflage, dandone una connotazione operativa, che costituisce attuazione dell'azione prevista nel PTPCT 2018/2020 sulla fattispecie della incompatibilità dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
 - dalla opportunità di prevedere una nuova modulistica, che si differenzia dalla precedente in uso per l'inserimento dell'autocertificazione, da parte del dipendente, dell'esistenza / inesistenza delle situazioni, tutte spiegate nel regolamento, che consentono lo svolgimento dell'incarico extra istituzionale; ciò rappresenta una assunzione diretta di responsabilità da parte del dipendente, che comporta obbligatoriamente la conoscenza delle regole di comportamento.
- Monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali – buon andamento dell'attività amministrativa: nel 2018 tali azioni si sono consolidate con la messa in atto delle misure previste nel PTPCT 2018/2020, e cioè:
 - è stata aggiornata la descrizione dell'articolazione degli uffici aziendali, e dei rispettivi procedimenti di competenza, presente sul sito internet aziendale;
 - è stato adottato il "Regolamento aziendale in materia di adozione dei decreti del direttore generale e delle determinazioni dirigenziali";
 - è stata attivata la produzione esclusiva di provvedimenti aziendali informatizzati mediante utilizzo di work flow della piattaforma "Archiflow" aziendale.
- Attuazione di misure specifiche di prevenzione applicabili ai processi identificati nel Catalogo dei Processi nel PTPCT 2018-2020, rispetto ai quali è stata effettuata la valutazione e ponderazione del rischio: tali misure sono state identificate in obiettivi, che hanno costituito "obiettivo di budget" per le unità operative/servizi aziendali individuati in dettaglio nel PTPCT medesimo (aree di rischio: contratti, libera professione, sperimentazioni cliniche e sponsorizzazioni, acquisizione e gestione delle risorse umane, attività commissioni medicina legale, gestione del paziente defunto in ambito ospedaliero, affari legali e contenzioso).
- Misure di trasparenza - verifica semestrale del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013, aggiornati dal D.Lgs 97/2016: la verifica annuale da parte del Nucleo di Valutazione, effettuata sul campione di informazioni indicato da ANAC nella delibera n. 141/2019, ha dato esito positivo.

5 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.

Con provvedimento deliberativo n. 40 del 29 gennaio 2018 è stato approvato il piano di attività di IA per l'anno 2018, focalizzato nelle seguenti aree:

- **audit di monitoraggio e verifica** dell'implementazione delle raccomandazioni e dei piani di azioni determinati:
 - **area sperimentazioni cliniche** - obiettivi specifici dell'audit: modifica del regolamento di funzionamento del C.E., in adesione ai suggerimenti forniti nell'ambito dell'attività di internal auditing nel corso del 2017, introducendo modifiche alle procedure e finalizzate ad una maggiore trasparenza nel reclutamento del personale che partecipa alle sperimentazioni, e ad una migliore efficienza del processo di approvazione/conduzione/monitoraggio delle sperimentazioni cliniche.
 - **area formazione sponsorizzata** - obiettivi specifici dell'audit: verificare la predisposizione di procedure aziendali regolamentanti la partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni sponsorizzati, sia come discenti, sia come docenti e verificare la compiuta attuazione delle procedure nella gestione delle pratiche;
- **nuovi audit da attivare:**
 - **area PAC** – percorso attuativo della certificabilità dei dati e dei bilanci: obiettivi specifici dell'audit: 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.
 - **area Servizio Unificato di Assistenza Protesica –SUPI:** 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.

Nell'arco dell'anno sono stati condotti audit su tutte le aree interessate dal piano, con la seguente specifica di risultato:

- monitoraggio area sperimentazioni cliniche: la misura segnalata al termine dell'audit 2017, prevista anche nel PTPCT aziendale 2018-2020, ed inerente l'adozione di un regolamento aziendale che disciplinasse lo svolgimento, in ASST, della sperimentazione clinica, è stata attuata (decreto n. 464 del 28.12.2018).
- monitoraggio area formazione sponsorizzata: la misura prevista nel piano – predisposizione di procedure aziendali regolamentanti la partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni sponsorizzati – è stata realizzata in parte, in quanto nel 2018 è stata definita una proposta di regolamentazione aziendale, rispondente già alle procedure che, nel concreto, vengono attuate, ma non ancora formalmente approvata, in quanto si attendevano le linee guida regionali in materia, poi emanate nel gennaio 2019.
- Audit area PAC . Immobilizzazioni e Rimanenze: nel verificare le tempistiche e l'attuazione delle procedure, così come richieste dal percorso PAC, in particolare per le aree Immobilizzazioni e Rimanenze, è stata prescritta, in quanto mancante, la corretta diffusione e gestione delle stesse mediante il sistema qualità. E' stata positivamente riscontrata l'attività svolta per la tenuta dell'inventario fisico periodico che, nel 2018, ha interessato il presidio ospedaliero Oglio Po di Casalmaggiore, nonché l'attuazione, nei relativi procedimenti aziendali, delle procedure "Piano Investimenti", "Riconciliazione tra libro cespiti e contabilità generale".
- Audit area SUPI : per la verifica sui processi di assistenza protesica di competenza dell'ASST è stato utilizzato, quale guida, l'elenco delle azioni per l'Internal Auditing previsto dalla DGR X/6917 del 27.07.2017 "Determinazioni in merito all'attivazione del servizio unificato di assistenza protesica e integrativa": è stata rilevata la mancanza di procedure di qualità aziendali inerenti la gestione dell'assistenza protesica, almeno come ASST operativa.