

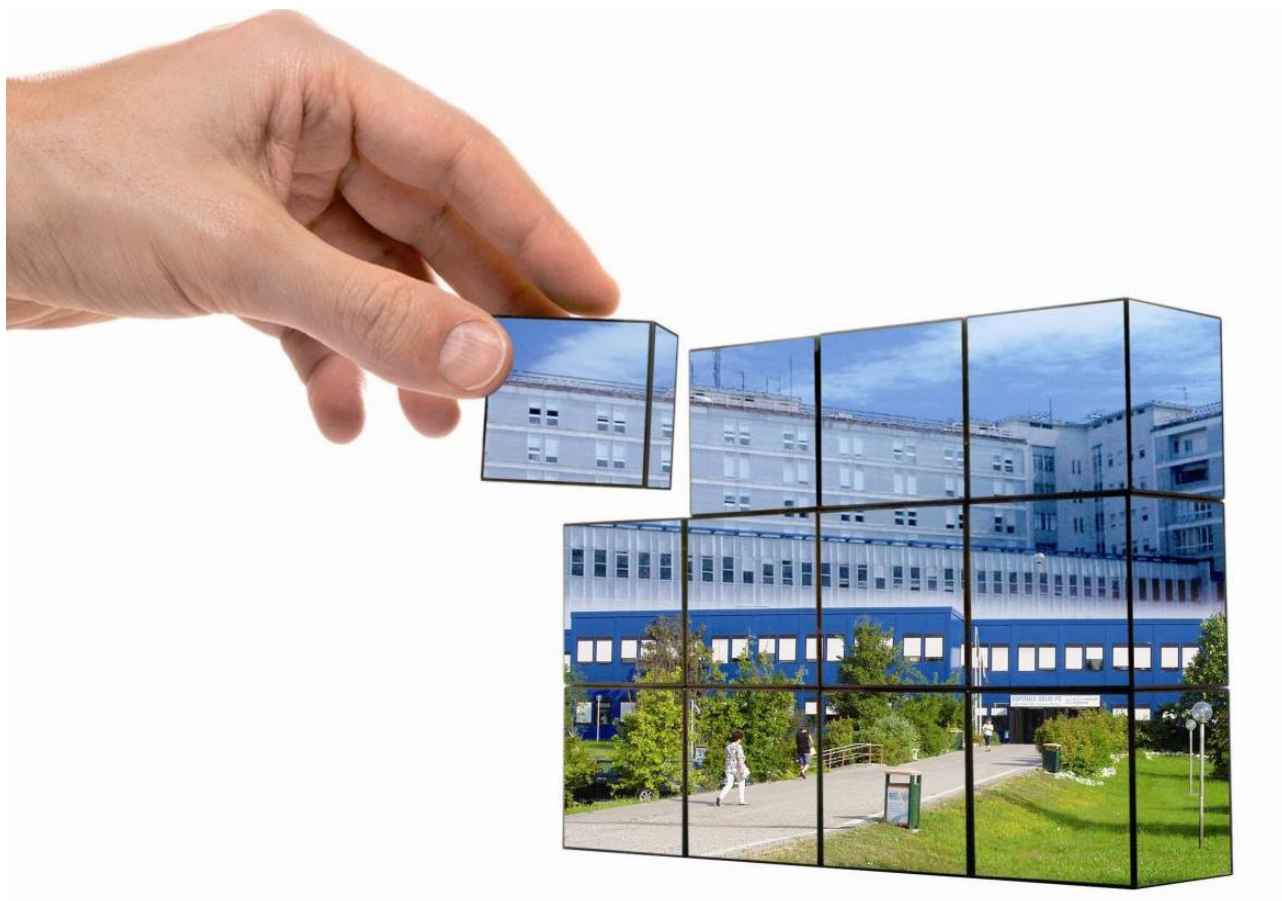
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

## RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019



## Sommario

<b>Premessa</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>1. L'ASST di Cremona in cifre</b>	Pag. 4
<b>2. Il Ciclo di Gestione della Performance</b>	Pag. 13
<b>3. La valutazione della Performance</b>	Pag. 16
<b>3.1 I progetti strategici realizzati: un quadro di sintesi</b>	Pag. 16
<b>3.2 La performance Aziendale e la performance organizzativa</b>	Pag. 20
<b>3.3 La Performance individuale</b>	Pag. 27
<b>4. Trasparenza e Anticorruzione</b>	Pag. 29
<b>5. Internal Auditing</b>	Pag. 30

## Premessa

Il Piano delle Performance 2019-2021, adottato con decreto n. 81 del 28 febbraio 2019, 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 2019 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 2019 rispetto a quanto programmato.

La presente Relazione, che fa riferimento al Piano delle Performance 2019-2021, 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 2019 per ciascuno dei tre seguenti livelli:

1. progetti strategici realizzati e/o fasi rilevanti di progetti pluriennali effettuate nell'anno 2019;
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 2019 (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 ventilazione 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 recepito 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 2019, conta **2.418 dipendenti** fra medici, infermieri, assistenti sociali, assistenti religiosi, personale tecnico e amministrativo con un'**età media di 48,42 anni** (cfr. Tabella 1), ed ha un valore della produzione di 293.120.230 euro (di cui 21.437.184 € relativi al territorio).

In termini di attività, l'ASST di Cremona nell'anno 2019 ha registrato **24.951 ricoveri** (di cui 85% ricoveri ordinari e 40% ricoveri di tipo chirurgico), 4.144.091 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC, di cui tabella 4) e 54.292 prestazioni psichiatriche (flusso 46SAN).

Riguardo all'area dei ricoveri, l'azienda registra un **tasso di attrazione del 16%** (7,5% provenienti da fuori provincia e 8,5% provenienti da fuori regione). Come riportato nella tabella 3, nel 2019 si è registrato un calo dei pazienti fuori provincia (-1,4 % rispetto al 2018) e di pazienti fuori regione (-5% rispetto al 2018).

A 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.

Nel corso dell'anno 2019 a livello aziendale la valorizzazione delle prestazioni sanitarie complessive si è ridotta pesantemente rispetto all'anno 2018 (tabella 15) a seguito del pesante calo subito dall'attività di ricovero.

Tale situazione è solo parzialmente giustificata dall'effetto fisiologico del processo di deospedalizzazione e miglioramento dell'utilizzo dei setting assistenziali a favore dell'ambito ambulatoriale e ambito ricoveri sub-acuti, in quanto le motivazioni di tale situazione sono riconducibili ai seguenti eventi:

- chiusura del punto nascita del presidio ospedaliero Oglio Po avvenuta il 01/11/2018: tale evento ha determinato un calo importante dei parti a livello aziendale andando, pertanto, ad incidere sui drg prodotti dalle uu.oo. di Ostetricia e Ginecologia e Pediatria del Presidio ospedaliero Oglio Po;
- carenza di personale anestesista: 14 risorse in meno rispetto alle 43 previste dall'organico. Tale situazione ha determinato una contrazione a livello aziendale delle sedute operatorie incidendo notevolmente sulla produzione chirurgica (calo importate dei ricoveri per le uu.oo. afferenti al Dipartimento Chirurgico e al Dipartimento di Neuroscienze);
- carenza di personale ortopedico del Presidio Ospedaliero Cremonese: nel corso del 2019 si è dimesso il Direttore della UOC e contemporaneamente si sono dimessi altri 5 dirigenti ortopedici. Tale situazione ha generato una grave criticità nel reparto determinando un notevole calo di attività;
- turn-over di responsabili di UOC: nel corso del 2019 si sono resi vacanti diversi posti di Responsabili che non hanno trovato copertura nel corso dello stesso anno. Tale situazione ha comportato un progressivo calo di fatturato nelle uu.oo. interessate;
- riorganizzazione a partire dal periodo estivo del reparto di Orl con contrazione delle sedute operatorie a seguito delle dimissioni per pensionamento del Direttore della UOC e carenza di organico medico;
- riorganizzazione della UOC di Radioterapia: a livello strategico si è deciso di effettuare una riduzione drastica dei posti letto di Radioterapia al fine di arrivare progressivamente alla completa dismissione del reparto di degenza e far transitare tutta l'attività in regime di ambulatoriale al fine di meglio allinearsi al principio dell'appropriatezza.

Contrariamente all'attività di ricovero, che risulta nettamente in calo rispetto all'anno 2018, si evidenzia un trend in crescita per l'attività ambulatoriale (+2.626.909). Tale risultato positivo è il frutto del trend di deospedalizzazione per le discipline oncologiche (oncologia, ematologia e radioterapia) ed il frutto dell'intensificazione dell'attività chirurgica oculistica a bassa complessità presso il Presidio Ospedaliero Oglio Po.

Si evidenzia, inoltre, come la composizione della produzione al proprio interno sia cambiata negli ultimi anni, in linea con i trend nazionali e regionali, rilevando una riduzione dell'attività di ricovero ad elevato rischio di inappropriatezza a favore di un aumento di attività erogate su setting

ospedalieri a minor intensità di cura (come ad esempio, area dei sub-acuti, Hospice) o verso attività assistenziali territoriali (ad esempio, Area Prevenzione - Screening).

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 tramite la pubblicazione dei dati sul datawarehouse aziendale, è oggetto di discussione e di confronto nell'ambito delle riunioni di revisione/monitoraggio del budget e all'interno dei comitati di Dipartimento.

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

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

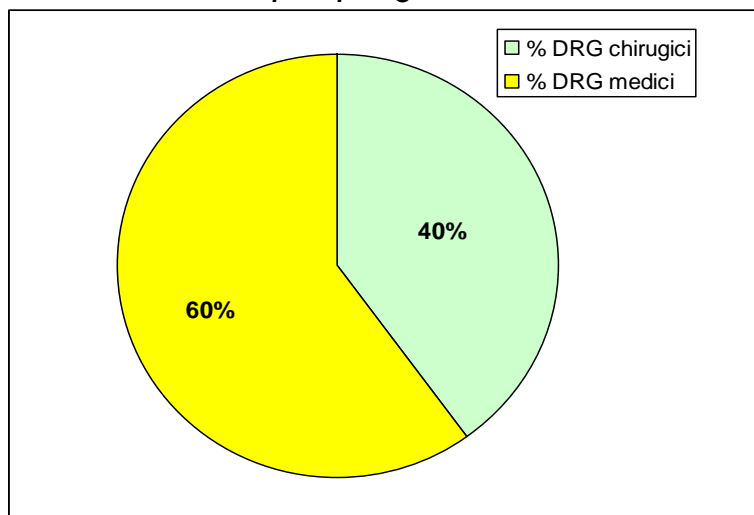
Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

**Tabella 2 Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

### Suddivisione ricoveri per tipologia



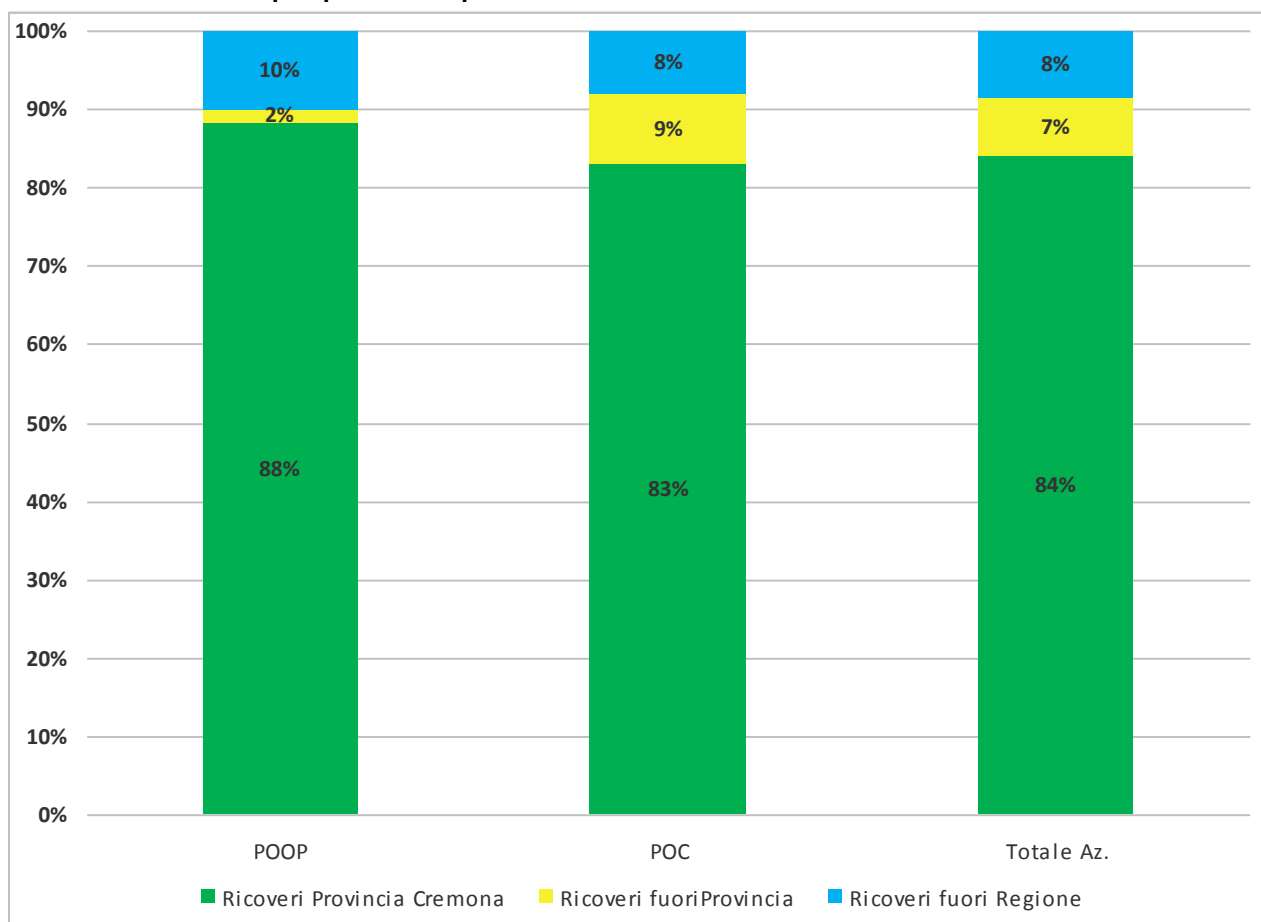
Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

**Tabella 3: Ricoveri per provenienza e per presidio ospedaliero (2018 e 2019)**

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

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

### Distribuzione ricoveri per presidio ospedaliero 2019



Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

**Tabella 4: Prestazioni ambulatoriali per esterni per tipologia (2017 cfr. 2019)**

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

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

**Tabella 5 Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

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 6: Screening di 1° e 2° livello anno 2019**

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

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

**Tabella 7: Dati attività Cure Palliative (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

**Tabella 8: Dati Area interventi alla famiglia - Consultorio familiare (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: Rete RIMI – ASST Cremona

**Tabella 9: Dati attività Area delle Dipendenze/Sert (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: DSMD – ASST Cremona

**Tabella 10: Dati attività Area - Medicina Legale (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

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

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

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

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

**Tabella 11: Dati attività Area - Valutazione multidimensionale (Cure domiciliari) (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

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

**Tabella 12: Dati attività Area - Cure Primarie – attività territoriali (2017 cfr. 2019)**

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

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

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

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

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

## 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 2012-2019, si è, quindi, consolidato il ciclo di gestione della performance. In particolare, nel corso dell'anno 2019 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 di reporting e monitoraggio a cadenza mensile/trimestrale degli obiettivi contenuti nelle schede di budget e il cui raggiungimento è descritto da indicatori misurabili attraverso i sistemi informatici e resi disponibili nel datawarehouse aziendale;
- 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 per la validazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione dei risultati. 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 2019, 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 2019 (D.G.R. XI/1046 e succ. D.G.R. XI/1444 e XI/1986)
- Determinazione in ordine alla direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona (D.G.R. XI/1082);
- 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 2019-2021 approvato con decreto del Direttore Generale n.81 del 28 febbraio 2019;
- Obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati al Direttore Generale per l'anno 2019 con D.G.R. XI/1681 del 27/05/2019;
- Contratti integrativi anno 2019 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 31/05/2019;
- Prima e seconda appendice al contratto 2019 tra ASST Cremona e ATS Val Padana sottoscritte rispettivamente il 24/06/2019 ed il 18/12/2019;
- Bilancio Preventivo Aziendale approvato con decreto n. 417 del 20/09/2019

Dall'insieme di questi indirizzi, l'ASST di Cremona ha definito, come già richiamato nel Piano della Performance 2019-2021, 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  $\geq 65$  anni, livello di ospedalizzazione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza; degenza media pre-operatoria, appropriatezza prescrittiva per le prestazioni erogate a pazienti ricoverati ecc.) 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 è lo strumento attraverso il quale assicurare un percorso di integrazione di strumenti, conoscenze e risorse per migliorare i risultati aziendali.



### 3. La valutazione della performance

#### 3.1 I progetti strategici: un quadro di sintesi

Con riferimento ai progetti strategici richiamati nel Piano della Performance 2019-2021, 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). Nel corso del 2019 si sono consolidati gli ambulatori Chirurgici e i piccoli interventi di Chirurgia. L'attività ortopedica è stata effettuata nel corso del primo semestre ed è stata poi sospesa a causa della carenza di organico.
- **Dimissioni Protette:** Le dimissioni protette diventano strumento fondamentale per garantire la presa in carico nel territorio dei pazienti dopo la risoluzione del quadro clinico acuto o la sua stabilizzazione e per i quali il percorso terapeutico proseguirà a domicilio con l'attivazione delle cure domiciliari o in un'extraospedaliera (es. Struttura Riabilitativa specialistica o di Cure Intermedie o SubAcuti o in Hospice o in Residenza Sanitaria Assistenziale). Nel corso del 2018 è stato definito il protocollo della dimissione del paziente che vede coinvolte tutte le UUOO cliniche e, per il coordinamento del progetto, le UUOO RICCA-Centro Servizi e Gestione Operativa. Nel corso del 2019 è stata data attuazione a questo progetto ed è stata valutata l'adesione delle unità operative alla procedura mediante l'assegnazione di obiettivi di budget.
- **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 e per tutto l'anno 2019, 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.

- **POT Cremona:** nel corso dell'anno 2019 è stata richiesta la conversione dei posti letto destinati al POT in cure intermedie. Lo sviluppo delle attività è previsto a seguito dell'approvazione regionale della quale si è in attesa
- **Cure Palliative:** Candidatura quale Ente erogatore di Cure Palliative (proposta sperimentale area Casalasco-Viadanese) e adesione alla Rete Inter-funzionale e rete locale (5 Giugno 2017). La ASST intende erogare l'intera filiera di servizi e sta definendo con l'ASST di Mantova un accordo tecnico-operativo per l'erogazione di cure palliative domiciliare (UCP Dom) nel territorio casalasco-viadanese. A tal proposito, nel mese di Settembre 2017 è stato avviato un tavolo di programmazione locale per la definizione della presa in carico integrata con enti pubblici, privati accreditati, associazioni e volontariato che ha portato nel 2018 all'avvio delle attività. Nel corso del 2019 si è provveduto a consolidare tale attività presso il presidio ospedaliero Oglio Po e sono stati effettuati dei percorsi formativi anche in collaborazione con l'ASST di Mantova.

## 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 triennio 2017-2019 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. Nel corso del 2019 l'azienda ha provveduto a:

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

### **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. L'ottimizzazione dei processi di cura in ambito chirurgico e la razionalizzazione dei setting assistenziali già avviati nel 2019 che saranno oggetto di consolidamento nel prossimo triennio sono i seguenti: consolidamento ed efficientamento della Week Surgery, revisione del percorso del paziente chirurgico e la saturazione dei blocchi di sala operatoria, integrazione attività operatoria dei due presidi (es. prestazioni urologiche ed oculistiche), riorganizzazione del processo di pre-ricovero che ha previsto una revisione delle evidenze in merito all'appropriatezza degli esami di laboratorio e di diagnostica e la concreta applicazione delle "best practice" attraverso la stesura di un protocollo, centralizzazione delle liste operatorie e programmazione accentrata degli interventi, gestione dei posti letto a livello accentrato attraverso la figura del bed manager che segue altresì anche le dimissioni protette per l'organizzazione dei relativi trasporti, progettazione della gestione centralizzata delle agende ambulatoriali anche alla luce della presa in carico dei pazienti cronici, ridefinizione del protocollo relativo alla linea dell'urgenza, ottimizzazione dei tempi di risposta alla linea dell'urgenza
- **Qualità e sicurezza delle cure – risk management:** In ottemperanza alla Circolare Regionale prot. G1.2016.0039962 del 21.12.2016 "Linee guida attività di Risk Management - Anno 2017", l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona con deliberazione n. 2 del 10.01.2018 ha preso atto delle relazioni conclusive sulle attività di risk management relative all'anno 2017, nell'ambito del piano approvato con deliberazione n. 117 del 27.03.2017, comprendente i progetti operativi specifici: prevenzione delle infezioni nosocomiali nei pazienti dializzati; il gruppo delle idoneità difficili; indagine relativa alla riconciliazione farmacologica nei pazienti con ricoveri ospedalieri ripetuti, costante monitoraggio di protocolli specifici inerenti il rischio in ostetricia e ginecologia, il rischio sepsi ed infezioni correlate all'assistenza nonché il rischio connesso ai farmaci antitumorali. I monitoraggi e gli indicatori del Piano Annuale di Risk Management si integrano con il sistema PIMO. A partire dal 1.1.2018 l'Azienda ha affidato alla società Marsh spa il servizio di brokeraggio assicurativo allo scopo di implementare le politiche aziendali di risk management. A partire dal 2019 è stato prodotto un report, trasmesso ai responsabili delle UU.OO. aziendali, contenente le informazioni dei sinistri aziendali aperti dal 01.01.2018, e dal quale emerge il collegamento tra l'operato del professionista e l'accadimento dell'evento che ha generato responsabilità per malpractice, anche al fine di includere tale dimensione professionale nei percorsi di valutazione del personale.

### Aggiornamento strutturale e tecnologico

- **Adeguamento strutturale** Nel 2019 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
  - azioni finalizzate alla riorganizzazione logistica degli spazi del monoblocco ospedaliero dedicati all'attività ambulatoriale e degli studi medici al fine di migliorare l'assetto organizzativo
- **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. Nel 2019 è partita la sperimentazione del progetto della cartella clinica informatizzata presso la UO di Malattie Infettive e sono stati effettuati corsi di formazione a tutto il personale nella seconda metà dell'anno. E' stata inoltre introdotta la scala NEWS2 in una decina di reparti si è provveduto ad analizzare i punti di forza e di debolezza di tale strumento. Nel corso del 2019 l'ASST di Cremona ha, inoltre, avviato un progetto di ammodernamento tecnologico di ERP. Tale progetto ha visto l'avvio dell'ammodernamento dei moduli di fatturazione attiva/incassi e di bilancio nel corso del 2019.

### 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 2019 l'ASST di Cremona ha provveduto a rivedere l'assetto della UOC di Neurochirurgia al fine di potenziare l'attività alla luce della prosecuzione della condivisione del progetto con l'ASST di Mantova.

- **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 '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. Nel 2019 è proseguito il progetto sperimentale interaziendale che prevede il rilancio del Presidio di Oglio PO per i processi di integrazione ospedale-territorio anche in relazione alla revisione dei percorsi materno infantili dovuti alla chiusura del punto nascita (DGR XI/267 del 28/06/2018).
- **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 XI/1681 del 27/05/2019, la Regione Lombardia attraverso DG Welfare, in coerenza con la DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019", ha assegnato gli Obiettivi di sviluppo del Sistema per l'anno 2019 suddivisi in tre tipologie:

- Attività istituzionali
- Obiettivi prioritari: consistono in obiettivi di particolare rilevanza, enucleati dalle attività istituzionali
- Obiettivi Specifici: consistono negli obiettivi individuati per ciascuna Azienda a seguito di incontri svoltisi tra la DG Welfare e le Direzioni Strategiche delle ASST

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

#### Obiettivi Specifici Aziendali di Performance e Esito

Gli obiettivi di efficacia clinica e di performance organizzativa 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 2019, l'ASST di Cremona mostra nel 73% degli obiettivi un posizionamento in media o superiore alla media regionale sovrapponibile al risultato del 2018. Si segnala che il posizionamento a livello aziendale è frutto della media dei valori/posizionamenti dei due presidi ospedalieri (Cremona e Oglio PO).

Nel corso del 2019, 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 miglioramento della valutazione degli indicatori relativi ai parti cesarei rispetto al valore mediano regionale tra 2018 e 2019;
- 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 2018 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 9,52%, sebbene ancora superiore al valore mediano regionale pari a 5,18%) e gli indicatori di Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella, tumore alla prostata e tumore al retto
- rispetto **all'area Medica**, l'azienda ha consolidato il percorso organizzativo 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 non ha potuto mettere completamente in atto tutte le azioni di riorganizzazione preventivate 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.) a causa dei problemi organizzativi citati in premessa (es. carenza anestesisti e ortopedici)
- con riferimento **all'area dell'emergenza/urgenza**, il tasso di abbandono dal PS risulta in miglioramento sia rispetto al 2018 che rispetto al valore medio regionale; mentre resta ancora critico l'indicatore relativo ai tempi di permanenza dei codici gialli, per ovviare a tale problema l'azienda ha avviato delle azioni di riorganizzazione dei percorsi interni al PS.

**Tabella 13: Indicatori programma nazionale esito (PNE)**

AREA CLINICA	INDICATORE (DESCRIZIONE)	Valutazione 2018	Valutazione 2019	Valore 2018	Valore 2019
CARDIOCIRCOLATORIO	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	2	3	8,85%	10,27%
CARDIOCIRCOLATORIO	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	5	5	13,04%	4,76%
CHIRURGIA GENERALE	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	2	2	76,86%	76,99%
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	3	2	18,13%	21,39%
GRAVIDANZA E PARTO	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	3	5	0,47%	0,87%
GRAVIDANZA E PARTO	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	3	1	0,26%	0,30%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	3	3	13,10%	9,52%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	3	1	3,75%	0%
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	3	4	55,32%	39,76%
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	3	1	7,96%	5,49%

**Legenda livello di aderenza agli standard per indicatori PNE**

<b>MOLTO ALTO</b>
<b>ALTO</b>
<b>MEDIO</b>
<b>MEDIO BASSO</b>
<b>BASSO</b>

**Tabella 14: Indicatori Network delle Regioni**

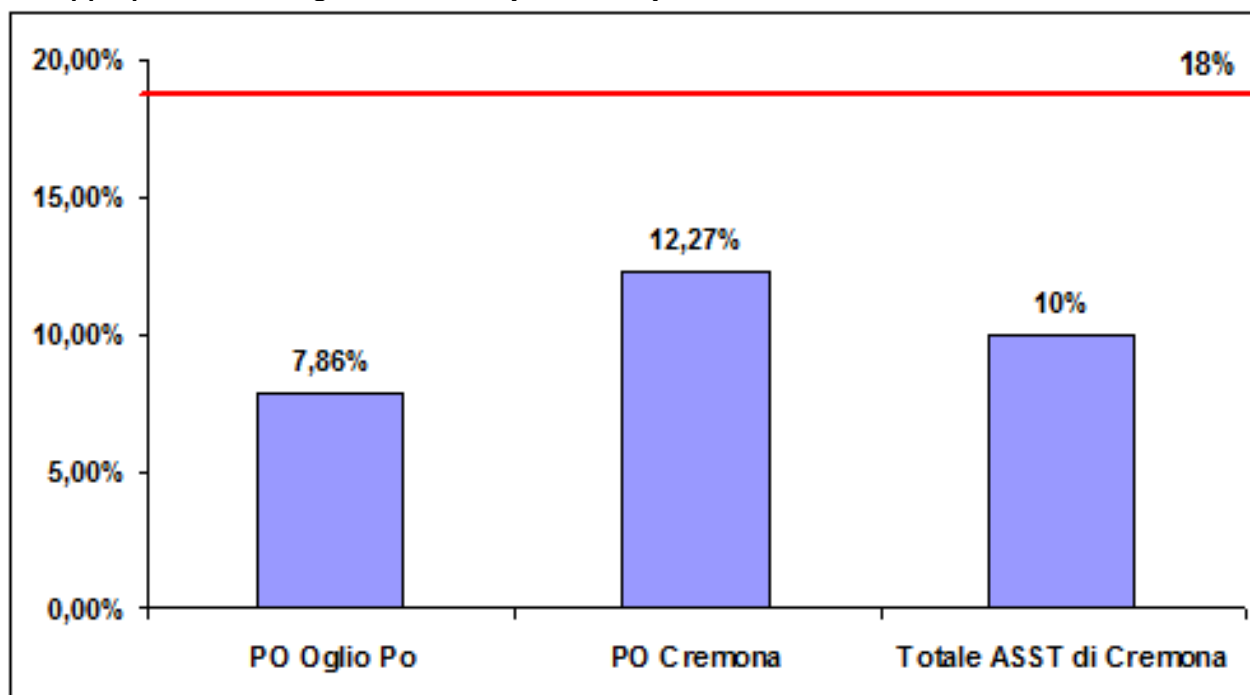
Descrizione Indicatore	Fascia (Rif. Regione) 2018	Fascia (Rif. Regione) 2019	Valore 2018	Valore 2019
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	1	1	9,80	14,63
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	4	2	70,26	44,30
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	1	1	6,66	8,64
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	1	1	12,30	7,54
Percentuale accessi con codice giallo visitati entro 30 minuti	5	5	59,09	62,14
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	4	4	0,72	0,71
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	2	2	-1,24	-1,02
Abbandoni da Pronto Soccorso	2	2	1,58	1,50

**Legenda livello di aderenza agli standard per indicatori Network Regioni**

<b>ALTO/MOLTO ALTO</b>
<b>MEDIO</b>
<b>MEDIO BASSO</b>
<b>BASSO</b>

Nell'ambito degli obiettivi di appropriatezza, la Regione Lombardia ha previsto il contenimento dei DRG ad elevato Rischio di Inappropriatezza fissando per l'anno 2019 il target del 18%, 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 18%. L'ASST di Cremona ha registrato a livello aziendale un rapporto pari a 10% (12,27% per il POC e 7,86% per il POOP), inferiore al valore atteso per l'anno 2019 (18%) e in lieve diminuzione rispetto al valore del 2018 (12%).

**Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (anno 2019)**



Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

**Obiettivi Specifici Aziendali (economici)**

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 sta predisponendo il bilancio di esercizio 2019.

Riguardo alle politiche di acquisto si riporta quanto segue.

In linea con le disposizioni normative vigenti l'iter di approvvigionamento di beni e servizi prevede i seguenti step:

- verifica dell'esistenza di convenzioni attivate da ARCA Lombardia o, in mancanza, da CONSIP S.p.A;
- in assenza di tali opportunità di acquisto e di diverse indicazioni da parte di ARCA, si procede alla gestione di gare aggregate all'interno del consorzio d'acquisto di riferimento;
- in via assolutamente residuale, si procede alla stipula di contratti autonomi, previa comunicazione a Regione nelle forme previste.

La percentuale di spesa aggregata per beni e servizi su base annua si conferma a livelli importanti (pari nel 2019 al 76% 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.

Relativamente alla programmazione biennale degli acquisti 2019/2020, definita secondo le indicazioni regionali e della centrale di committenza:

- con Decreto n. 460 del 29.10.2019 è stato approvato il "Programma biennale degli acquisti di forniture e servizi di importo stimato superiore a 1 milione di euro (art. 21 comma 6 D. Lgs 50/2016)" per il periodo 2020/2021;
- con Decreto n. 139 del 29.3.2019 è stata approvata la "Programmazione biennale degli acquisti di beni e servizi di importo stimato superiore a 40.000 euro (art. 21 comma 6 D. Lgs 50/2016)".

Gli atti sono stati pubblicati secondo quanto stabilito dall'art. 1 comma 505 della L.208/2015 e dell'art. 21 del D.Lgs. 50/2016 ed inviati in Regione secondo i tempi e le modalità stabilite.

In linea con le Regole di sistema, l'avvio di procedure di global service e/o facility management viene preceduta da specifica richiesta autorizzatoria, lo stesso dicasi per le procedure di acquisto "miste".

Le procedure di acquisto di prodotti infungibili vengono avviate nel rispetto delle indicazioni vigenti e in linea con specifico Regolamento aziendale e con quanto definito nella DGR n. XI/415 del 2.8.2018.

E' proseguito l'impegno per la corretta e completa rilevazione dei dati di popolazione degli Osservatori Regionali e del Flusso Consumi e Contratti, ed è ormai una prassi consolidata l'utilizzo delle banche dati regionali per le attività di benchmarking e rinegoziazione dei prezzi di acquisto nonché per la determinazione dei base.

L'ASST partecipa in maniera fattiva e costante all'attività del consorzio d'acquisto di riferimento (AIPEL) e alle iniziative centralizzate.

Si è provveduto a determinare alla data del 31/12/2019 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 di tutti i pagamenti effettuati direttamente dall'Azienda rettificando i dati, come previsto dalla norma, al fine dell'annullamento degli effetti del contenzioso.

Sulla base di quanto sopra esposto, l'indicatore totale per il quarto trimestre 2019 è stato determinato in giorni -17,36, con un tempo medio ponderato di pagamento pari a 41,36 giorni, come indicato nella tabella sotto riportata:

	<b>INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO</b>	<b>TEMPO MEDIO PONDERATO DI PAGAMENTO</b>
<b>INDICATORE TOTALE I Trim 2019</b>	<b>-1,28</b>	<b>57,96</b>
<b>INDICATORE TOTALE II Trim 2019</b>	<b>-10,44</b>	<b>48,81</b>
<b>INDICATORE TOTALE III Trim 2019</b>	<b>-9,72</b>	<b>49,00</b>
<b>INDICATORE TOTALE IV Trim 2019</b>	<b>-17,36</b>	<b>41,36</b>

Si rilevano quindi tempi di pagamento perfettamente in linea con i tempi di pagamento concordati contrattualmente con i fornitori e previsti dalla normativa.

Si è proceduto alla determinazione anche dell'Indicatore complessivo dell'anno 2019, così come indicato nella sotto riportata tabella:

	<b>INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO</b>	<b>TEMPO MEDIO PONDERATO DI PAGAMENTO</b>
<b>INDICATORE TOTALE ANNO 2019</b>	<b>-9,65</b>	<b>49,62</b>

Nella tabella sotto riportata si pongono a confronto i dati relativi all'indicatore di pagamento del 2019 con gli ultimi due anni precedenti:

	ANNO 2019	ANNO 2018	ANNO 2017
<b>INDICATORE TOTALE</b>	<b>-9,65</b>	<b>-6,38</b>	<b>-2,95</b>

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 pesantemente (tabella 15) come dettagliato all'interno del capitolo "1.L'ASST di Cremona in cifre".

Dal punto di vista dei consumi si rileva una contrazione dei consumi sanitari (al netto del file F) legato principalmente ad alcune categorie di DM (es. protesica e materiale diagnostico) facendo registrare una contrazione dell'indicatore di efficienza.

Tale contrazione è la risultante del calo dell'attività chirurgica, per quanto concerne la protesica, mentre per quanto riguarda il materiale diagnostico il calo è imputabile all'adesione da parte dell'azienda a gare ARCA che hanno comportato una considerevole riduzione dei prezzi unitari.

**Tabella 15: Indicatori Economici (2018 cfr. 2019)**

Obiettivo	Indicatore	2018	2019
<b>Ricavi (valorizzazione attività sanitaria per esterni)</b>		<b>160.919.154</b>	<b>158.220.522</b>
	Valore attività di Ricovero	99.015.323	93.679.053
	Valore subacuti	1.373.300	1.368.460
	Valore hospice	1.101.624	1.084.408
	Valore prestazioni ambulatoriali	46.913.201	49.540.110
	Valore NPI (incluso progetti G e attività indirette flusso NPI)	1.613.005	1.599.329
	Valore attività psichiatrica	5.173.334	5.190.817
	Valorizzazione prestazioni territoriali	5.729.367	5.758.345
<b>Consumi sanitari</b>	Consumi sanitari	73.432.829	70.120.862
	Consumi sanitari al netto file F	31.324.426	28.647.045
	Rapporto consumi sanitari (al netto file f)/ricavi	19,46%	18,11%
<b>Costo del personale</b>	Costo del personale (dip e altri)	139.352.000	137.184.996
	Rapporto personale (inclusi LP cococo interinali comandi personale universitario, ecc..)/ricavi	86,60%	86,70%

- 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 31/05/2019.*

Per l'anno 2019 l'ASST di Cremona, complessivamente, ha erogato prestazioni per pazienti lombardi in misura inferiore a quanto riconosciuto dal contratto con ATS Val Padana (-1.836.947,95 euro). Tale riduzione è principalmente legata al calo dei ricoveri, determinato dai fattori precedentemente descritti (Tabella 16).

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 nel corso del 2019. La Tabella 17 presenta, a partire dal flusso 28SAN, la percentuale di ottemperanza rispetto ai tempi di attesa previsti nelle date sottoposte a monitoraggio per l'anno 2019.

**Tabella 16: Confronto Consuntivo 2019 e Contratto ATS 2019**

	Consuntivo 2019	Contratto ATS 2019	Differenza Cons. Contratto
Ricoveri lombardi	86.154.858,58	88.575.535	-2.420.676,42
Hospice lombardi	1.084.408	1.096.913,53	-12.505,53
Ambulatoriale	44.934.229	44.248.283	685.946
Sub acuti lombardi	1.292.360	1.450.896	-158.536
Psichiatria	4.954.000	4.954.000	-
NPI (al netto progetti 260.000)	1.123.064	1.123.000	64
Nuove reti sanitarie	368.760	300.000	68.760
<b>TOTALE</b>	<b>139.911.679,58</b>	<b>141.748.627,53</b>	<b>-1.836.947,95</b>

**Tabella 17: Confronto Consuntivo 2019 e Contratto ATS 2019**

<b>Totale Prestazioni</b>	<b>59.618</b>
di cui prestazioni nelle date Monitoraggio TA	2.855
di cui prestazioni nelle altre date Monitoraggio TA	56.763
%_OTTEMPERANZA_DATE_MTA	96,18%

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 2019, per tutti i livelli dell'organizzazione sono stati definiti obiettivi riconducibili alle aree di performance, come già richiamato sopra.

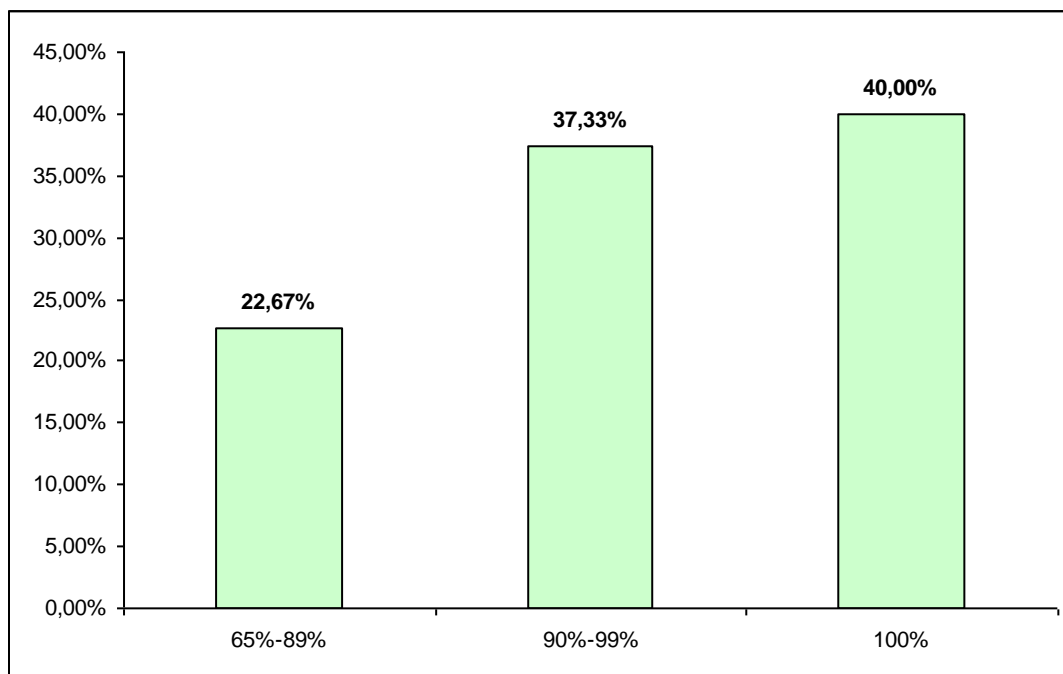
Da una parte, gli obiettivi assegnati sono stati declinati e misurati attraverso **indicatori di risultato quantitativi** con la possibilità di effettuare approfondimenti successivi per esplorare i fenomeni sottostanti. Dall'altra parte sono stati individuati degli **indicatori di processo riconducibili 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: ha previsto come generale criterio di valutazione, laddove applicabile, un **range del 10%** all'interno del quale l'obiettivo viene considerato raggiunto proporzionalmente (oltre tale soglia, è considerato non raggiunto). Oltre a questa misurazione standard, 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 verifica la correttezza dell'applicazione dei criteri definiti.

Per l'anno 2019, il livello di **raggiungimento degli obiettivi** delle schede budget per le UUOO si attesta **mediamente al 94,02%** (minimo 65%, massimo 100%). Circa il 22,67% delle UUOO ha raggiunto una valutazione compresa tra 65% e 89%; il 37,33% una valutazione compresa tra 90% e 99% e il 40% pari al 100%.

**Distribuzione punteggi finali delle schede budget 2019**



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.

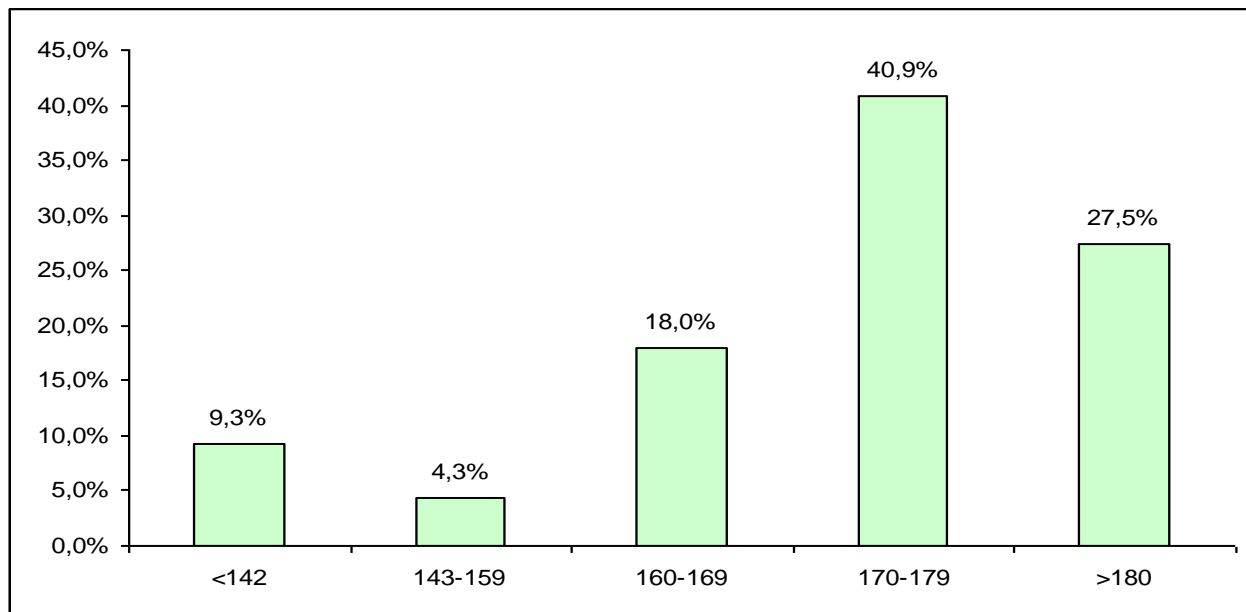
La valutazione tiene conto sia della qualità della prestazione resa dal dipendente sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

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

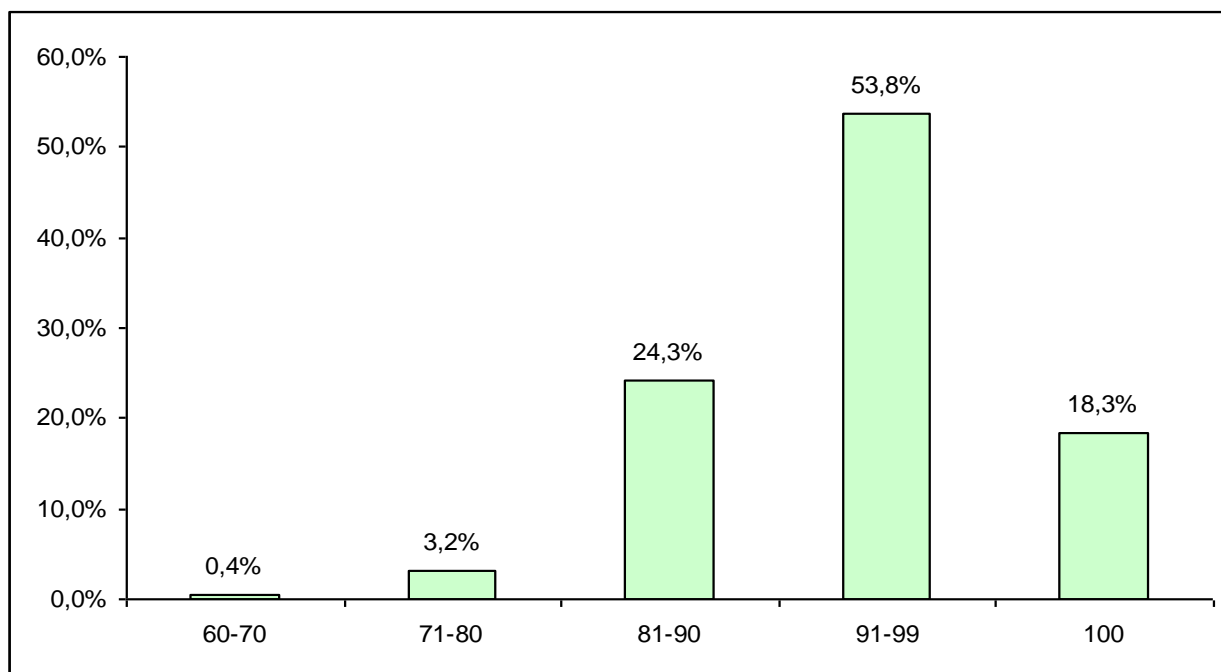
La valutazione del personale è stata mediamente elevata, raggiungendo la piena valutazione per la quasi totalità del personale dirigente.

La media del punteggio conseguito dal personale del comparto è stata pari a 168/200 ed il 73% dei dipendenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale, mentre la valutazione media dei dirigenti è stata pari a 93,69% e il 57,37% dei dipendenti dirigenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale. Le distribuzioni dei punteggi sono rappresentate nei due grafici seguenti rispettivamente per il comparto e per la dirigenza.

**Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2019 - comparto**



**Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2019 - dirigenza**



## 4 Trasparenza e anticorruzione

L'Azienda Socio - Sanitaria Territoriale di Cremona, con decreto n. 33 del 29/01/2019 prot. 2963/19, ha adottato il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021**, 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 decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016, ed in conformità a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione.

L'aggiornamento del Piano Triennale Aziendale, per il quale è stato confermato l'approccio metodologico e la struttura dei Piani 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 2019-2021, 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 2019 – 2021 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, all'assetto organizzativo aziendale. L'avvio del mandato della nuova direzione strategica, di fatto determinatosi a metà febbraio 2019 con le nomine dei direttori amministrativo, sanitario e sociosanitario, e l'urgente necessità di turn over a cui l'Azienda ha dovuto far fronte e che ha impegnato l'azione amministrativa nell'attuazione delle garanzie di stabilizzazione delle competenze e delle responsabilità ed erogazione delle prestazioni, hanno influenzato le tempistiche previste nel PTPC 2019/2021 per l'implementazione di alcune misure. Pertanto sono state riprese nel PTPC aziendale 2020/2022 le misure non completamente esaurite al 31 dicembre 2019.

La rendicontazione puntuale dell'attività di prevenzione della corruzione e trasparenza posta in essere nell'anno 2019 è stata compiutamente prodotta dal RPCT aziendale nella tempistica determinata da ANAC ed è visionabile sul sito dell'ASST di Cremona, nella sezione amministrazione trasparente – altri contenuti – prevenzione della corruzione (link: <https://www.asst-cremona.it/relazione-del-responsabile-della-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza> )

## 5 Internal Auditing

E' presente 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. 82 del 28 febbraio 2019 è stato approvato il piano di attività di IA per l'anno 2019, 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: verifica circa l'attuazione del nuovo regolamento aziendale, nonché della conseguente adesione da parte di tutte le unità operative e servizi coinvolti alle procedure previste per ogni singola fase del processo;
  - **area formazione sponsorizzata** - obiettivi specifici dell'audit: verificare la predisposizione del nuovo regolamento volto a disciplinare le procedure aziendali regolamentanti la partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni sponsorizzati, sia come discenti, sia come docenti;
  - **area PAC** – percorso attuativo della certificabilità dei dati e dei bilanci(area C) – obiettivi specifici: monitorare, proseguendo l'attività già espletata di internal auditing, l'effettuazione dell'inventario fisico dei beni nel Presidio Ospedaliero di Cremona, verificando la congruità dei processi operativi rispetto alle procedure adottate e alla prassi operativa e il rispetto della tempistica;
  - **area Servizio Unificato di Assistenza Protesica –SUPI** – obiettivi specifici: monitorare l'iter del progetto di realizzazione di un unico S.U.P.I. gestore, nell'ambito della ATS Val Padana, presso l'ASST di Mantova, per le ASST Cremona, Mantova e Crema.
- **nuovi audit da attivare:**
  - **area PAC percorso attuativo della certificabilità dei dati e dei bilanci(area E)**– obiettivi specifici dell'audit: verificare l'attuazione delle procedure adottate secondo il piano previsto da Regione rispetto ai seguenti ambiti: area "immobilizzazioni" , area "immobilizzazioni" e area "rimanenze" - verificare la congruità dei processi operativi rispetto alle procedure adottate e alla prassi operativa.

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: le verifiche sull'attuazione del regolamento aziendale approvato nel 2018 hanno evidenziato un disallineamento procedurale ed organizzativo; il monitoraggio sull'area è stato mantenuto anche nel Piano di IA anno 2020.
- 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.
- Monitoraggio area PAC Immobilizzazioni e Rimanenze: è stata positivamente riscontrata l'attività svolta per la tenuta dell'inventario fisico periodico che, nel 2019, ha interessato le palazzine esterne del presidio ospedaliero di Cremona e le palazzine di Cremona e di Casalmaggiore dedicate alle attività amministrative e sociosanitarie.

- Monitoraggio area SUPI : è stata positivamente riscontrata la definizione della convenzione con le ASST di Mantova e di Crema e la conseguente presa in carico delle attività .
- Audit area PAC "rimanenze" - gestione magazzini economici di primo livello: la verifica attuativa della procedura ha determinato la necessità di apportare modifiche alla stessa
- Audit area PAC "immobilizzazioni" - gestione altri beni mobili: la verifica attuativa della procedura ha evidenziato una non piena aderenza alle tempistiche previste.

L'ASST di Cremona ha completato nel corso del 2019 il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) degli bilanci, unitamente a tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale. Terminata, pertanto, la fase che ha portato l'Azienda a dotarsi di procedure scritte di gestione degli aspetti amministrativo – contabili, come evidenziato anche nelle Regole di Sistema del Servizio Sanitario e Sociosanitario della Regione Lombardia per l'anno 2020, nel Piano di IA 2020 sono, pertanto, stati previsti audit di verifica e di monitoraggio, determinanti le necessarie analisi dei percorsi di consolidamento ed implementazione delle procedure aziendali, nella logica del superamento e ridefinizione degli eventuali profili di criticità già emersi.