

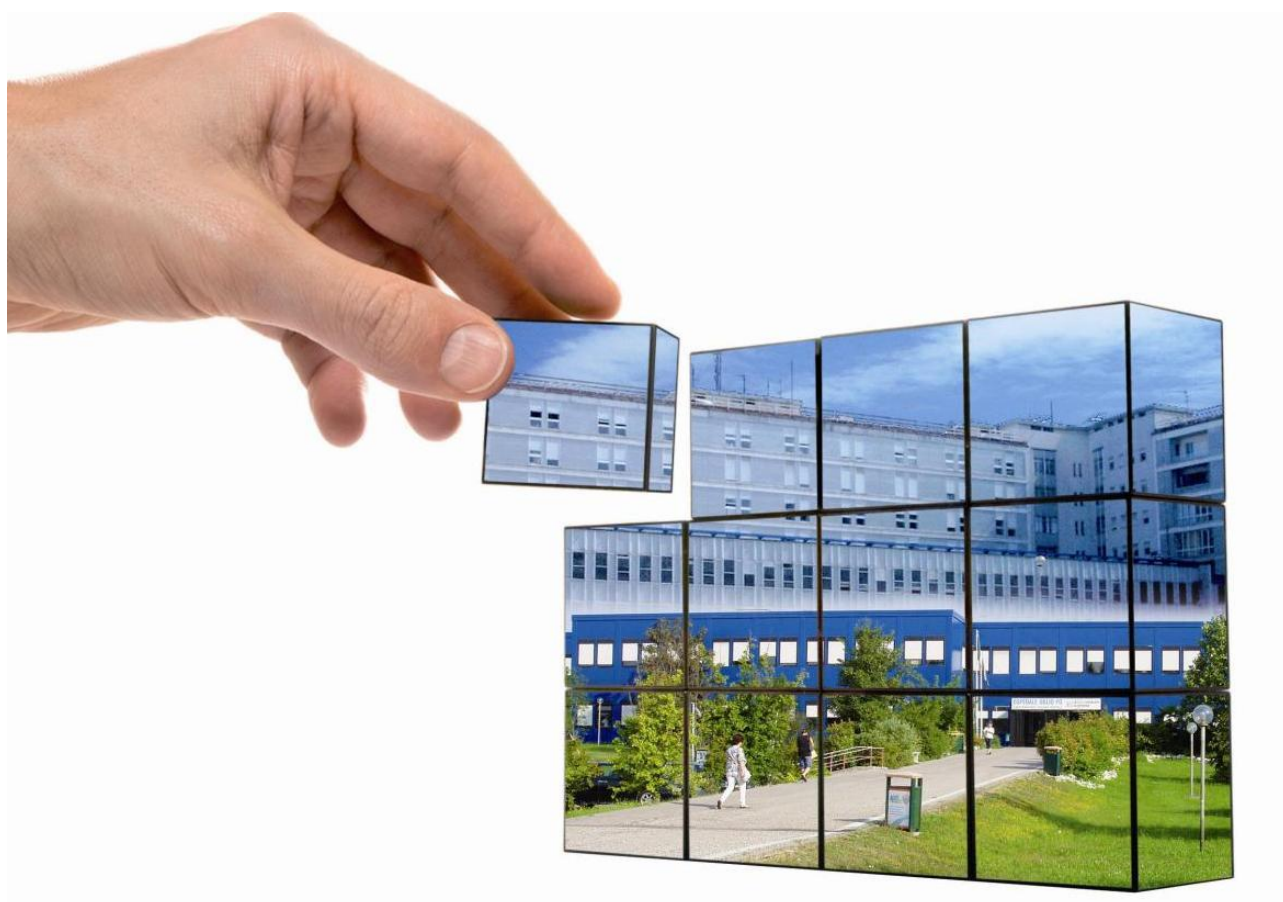
Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Cremona

## RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2017



## Sommario

<b>Premessa</b>	<b>3</b>
<b>1. L'ASST di Cremona in cifre</b>	<b>4</b>
<b>2. Il Ciclo di Gestione della Performance – anno 2017</b>	<b>11</b>
<b>3. La valutazione della Performance – anno 2017</b>	<b>13</b>
<b>3.1 I progetti strategici realizzati: un quadro di sintesi</b>	<b>13</b>
<b>3.2 La performance Aziendale e la performance organizzativa</b>	<b>18</b>
<b>3.3 La Performance individuale</b>	<b>27</b>
<b>4. Trasparenza e Anticorruzione</b>	<b>29</b>
<b>5. Internal Auditing</b>	<b>31</b>

## Premessa

Il Piano delle Performance 2017-2019, adottato con delibera n. 142 del 3 aprile 2017, 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 2017 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 2017 rispetto a quanto programmato.

La presente Relazione, che fa riferimento al Piano delle Performance 2017-2019, 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 2017 per ciascuno dei tre seguenti livelli:

1. progetti strategici realizzati e/o fasi rilevanti di progetti pluriennali effettuate nell'anno 2017;
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 2017 (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.) e regionali (Regole di Sistema di Regione Lombardia annuali), è quella di concorrere con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica di presa in carico della persona, garantendo la massima accessibilità e libertà di scelta, l'equità delle prestazioni e l'ottimizzazione delle risorse e promuovendo l'integrazione 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, le sedi operative dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona risultavano le seguenti:

### Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero di Cremona
- Presidio Ospedaliero Oglio Po – Casalmaggiore
- Presidi Ospedalieri Territoriali: POT di Soresina “Nuovo Robbiani S.r.l.” (DGR n. X/5234 del 31.5.2016) subentrato all'ASST di Cremona dalla ex AO di Crema nelle attività sanitarie afferenti al presidio stesso (POT, Attività ambulatoriali)

### Strutture Extra Ospedaliere:

- Poliambulatorio Specialistico con punto prelievi– Cremona
- Centro Medicina dello Sport – Cremona
- 4 C.R.A. (Casalmaggiore, Cremona, Semi-residenziale Casalmaggiore, Semi-residenziale Cremona)
- 2 Centri Diurni (Cremona e “Il Melograno” – S. Bassano)
- C.P.A. “La Vela”
- C.P.B. Gruppo appartamento Cremona
- C.P.B. Casa Famiglia
- 3 Servizi UONPIA (Polo Territoriale Cremona, Polo Territoriale Casalmaggiore, Polo Territoriale Soresina)
- 3 CPS (Cremona, Soresina e Casalmaggiore)
- 3 Consultori (Casalmaggiore, Cremona, Soresina)
- 2 SERT (Casalmaggiore e Cremona)

L'ASST di Cremona, nel 2017, conta 2.494 dipendenti fra medici, infermieri, assistenti sociali, assistenti religiosi, personale tecnico e amministrativo (cfr. Tabella 1), ed ha un valore della produzione di 281.575.000 euro (di cui 18.520 € relativi al territorio). Nell'anno 2017, l'ASST di Cremona ha registrato, come si evince dalla Tabella 2, 28.175 ricoveri di cui l'86% ricoveri ordinari (in linea all'andamento dell'anno 2016), 3.456.394 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC) in incremento del 6,1% rispetto al 2016 e 55.095 prestazioni psichiatriche anche in questo in aumento rispetto all'anno precedente (flusso 46SAN). L'azienda presenta un indice chirurgico del 38% e registra un tasso di attrazione del 30% (20% provenienti da fuori provincia e 10% provenienti da fuori regione), per effetto della sede del presidio di Oglio Po confinante con la Provincia di Mantova e le province dell'Emilia Romagna (Figura 1 e Figura 2). Di seguito si propongono delle tabelle di sintesi sui principali dati di attività e indicatori ospedalieri per dipartimento proponendo un confronto tra il 2016 e il 2017 (cfr. Tabella 3).

Tabella 1. Numero teste per ruolo (tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e libero professionisti) con distinzione per Dirigenza e Comparto al 31.12.2017

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

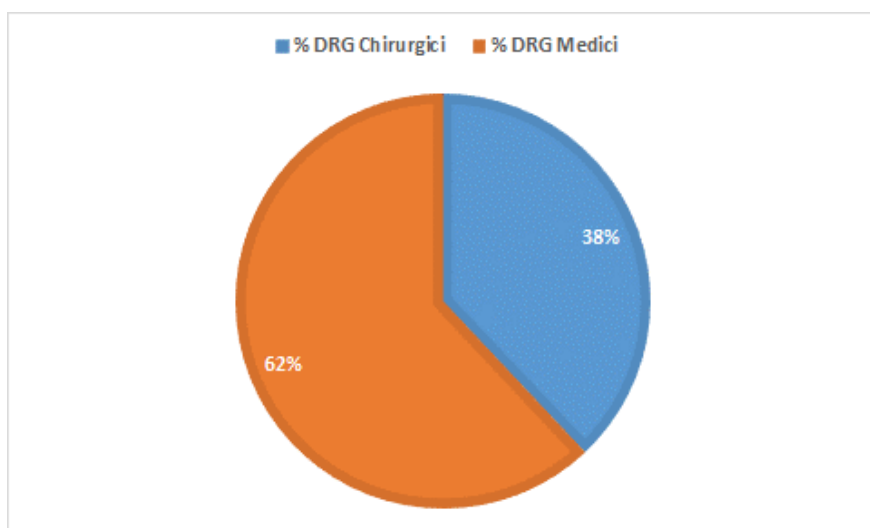
Fonte: Risorse Umane – ASST Cremona

Tabella 2 Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale (2016 cfr. 2017)

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

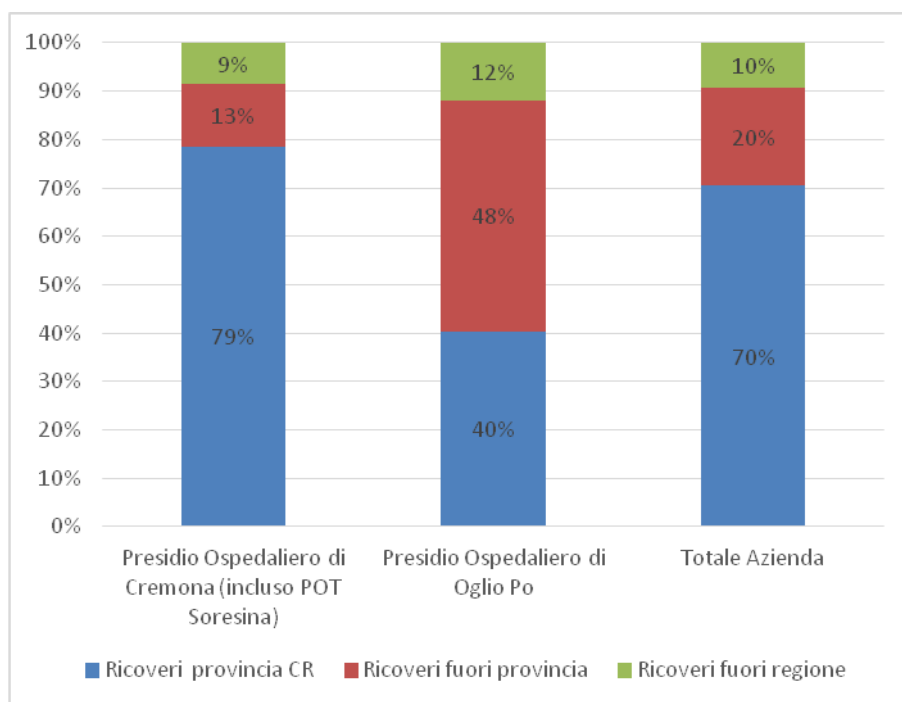
Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Figura 1 Distribuzione ricoveri (RO, DH e subacuti) tipo DRG – anno 2017



Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Figura 2 Distribuzione ricoveri (RO, DH e subacuti) per provenienza del paziente a livello aziendale e per presidio ospedaliero (2016 cfr. 2017)



Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

Tabella 3: Produzione e indicatori di Efficienza e Complessità casistica – livello dipartimentale prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale (2016 cfr. 2017)

		Ricoveri Ordinari (a)				Ricoveri Day hospital (b)			Sub acuti (c)	Totale Ricoveri (a+b+c)
		Numero casi	GG degenza totali	degenza media	Peso medio DRG	Numero casi	Numero accessi	Peso medio DRG	Numero casi	
Dipartimento Chirurgico	2016	3.574	24013	6,72	1,271	1.488	1497	0,75		5.062
	2017	3.492	23528	6,74	1,311	1.437	1445	0,76		4.929
	Diff									
	2016-2017	-82	-485	0	0	-51	-52	0	0	-133
Dipartimento Medico	2016	8.279	73991	8,94	1,256	495	784	0,97	42	8.816
	2017	8.118	72521	8,93	1,247	513	684	1,00	49	8.680
	Diff									
	2016-2017	-161	-1.470	0	0	18	-100	0	7	-136
Dipartimento Oncologico	2016	2.058	20.661	10,04	1,293	402	416	1,01		2.460
	2017	2.050	21.309	10,39	1,245	294	307	1,06		2.344
	Diff									
	2016-2017	-8	648	0	0	-108	-109	0	0	-116
Dipartimento Materno-infantile	2016	4.820	21.072	4,37	0,655	790	805	0,72		5.610
	2017	5.045	22.203	4,4	0,652	677	686	0,74		5.722
	Diff									
	2016-2017	225	1.131	0	0	-113	-119	0	0	112
Dipartimento Neuroscienze	2016	3.833	36.081	9,41	1,575	402	403	0,92		4.235
	2017	3.947	35.563	9,01	1,526	387	389	0,91		4.334
	Diff									
	2016-2017	114	-518	0	0	-15	-14	0	0	99
Dipartimento DEA	2016	986	5.641	5,72	1,663	132	132	1,19		1.118
	2017	1.016	5.489	5,4	1,452	130	130	1,19		1.146
	Diff									
	2016-2017	30	-152	0	0	-2	-2	0	0	28
Dipartimento DSMD	2016	709	8336	11,76	0,771	6	6	0,64		715
	2017	750	8008	10,68	0,746	3	3	0,64		753
	Diff									
	2016-2017	41	-328	-1	0	-3	-3	0	0	38
POT Soresina	2016								133	133
	2017								267	267
	Diff									
	2016-2017									134

Prestazioni ambulatoriali per esterni (numero)	2016	2017	Diff. 2016-2017
Dip. Chirurgico	64.352	65.861	1.509
Dip. Medico	210.202	215.604	5.402
Dip. Oncologico	116.739	120.325	3.586
Dip. Materno Infantile	39.483	46.863	7.380
Dip. Neuroscienze	116.438	113.804	- 2.634
Dip. Lab e Rad	2.492.586	2.617.348	124.762
Dip. DEA	128.877	179.992	51.115
Dip. DSMD	42.939	49.265	6.326

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona



Riguardo al percorso di emergenza-urgenza, si evidenzia per l'anno 2017 un numero totale di accessi pari a 83.810 in riduzione rispetto al 2016. Il tasso di ricovero da PS è pari al 16,5% in linea rispetto all'anno 2016 (cfr. Tabella 4).

Tabella 4 Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2016 cfr. 2017)

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

Fonte: Controllo Direzionale – ASST Cremona

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

Tabella 5: Area interventi alla famiglia – Consultorio familiare

	2016	2017
n. prestazioni totali (tariffate e non) area psicosociale	9.294	9803
n. prestazioni totali (tariffate e non) area sanitaria	16.115	15.152
Valorizzazione forfettaria prestazioni non tariffate di Accesso e Tutoring	€ 47.690	€ 62.100
Numero gravidanze seguite presso i consultori	565	567

Fonte: Rete RIMI – ASST Cremona

Tabella 6: Area delle Dipendenze/Sert

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

Fonte: DSMD – ASST Cremona

Tabella 7: Area - Medicina Legale

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

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

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

Tabella 8: Area - Valutazione multidimensionale (Cure domiciliari)

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

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

Tabella 9: Area - Cure Primarie – attività territoriali

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

Fonte: Rete RICCA – ASST Cremona

## **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 2012-2017, si è, quindi, consolidato il ciclo di gestione della performance, strutturato secondo i tre livelli della valutazione (livello istituzionale, livello strategico e livello direzionale), come di seguito sinteticamente descritto:

- definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale;
- negoziazione degli obiettivi di budget durante gli incontri effettuati nel mese di aprile, con i Direttori di Dipartimento ed i responsabili di U.O.;
- monitoraggio periodico e reporting della performance aziendale e della performance organizzativa (incontri nel mese di settembre in concomitanza dell'asestamento regionale);
- compilazione delle schede di valutazione della performance individuale da parte dei valutatori di prima istanza in contraddittorio con i valutati, per il personale del comparto;
- validazione del ciclo di gestione della performance, in ogni sua fase, da parte del Nucleo di Valutazione delle Performance.

In particolare, per l'anno 2017, 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 2017 (D.G.R. 5954 del 05/12/2016 e succ. 6592 del 12/05/2017);
- 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 2017-2019 approvato con delibera del Direttore Generale n.142 del 3 aprile 2017;
- Obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati al Direttore Generale per l'anno 2017 con D.G.R. 6963 del 31/07/2017;
- Contratti integrativi anno 2017 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 31/05/2017;
- Bilancio Preventivo Aziendale approvato con delibera n. 48 del 14 febbraio 2017 e Bilancio Consuntivo approvato con decreto n. 79 del 28 maggio 2018.

Dall'insieme di questi indirizzi, l'ASST di Cremona ha definito, come già richiamato nel Piano della Performance 2017-2019, i propri obiettivi strategici, a loro volta, declinati in progetti strategici (come da POAS 2016-2018) e in obiettivi operativi trasferiti alle unità operative attraverso il budget e articolati nelle seguenti cinque aree strategiche:

- **AREA dell'EFFICIENZA:** quest'area strategica intende valutare e misurare il livello di efficienza e appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e l'andamento dei costi legati alla gestione di beni e servizi e delle risorse umane in relazione al livello di attività;
- **AREA della QUALITA' dei PROCESSI ORGANIZZATIVI:** quest'area propone obiettivi (per lo più di processo) legati all'attuazione di progetti strategici e all'implementazione di nuovi processi organizzativi definiti nel POAS 2016-2018 (ad esempio, predisposizione PDTA a carattere fortemente interdisciplinare ed interprofessionale in relazione al progetto di Presa in carico, rafforzamento delle reti di patologia come ROL, REL, STEMI, STROKE) e obiettivi di consolidamento dell'attività di controllo interno sulla correttezza e completezza della documentazione sanitaria;
- **AREA dell'APPROPRIATEZZA ed EFFICACIA CLINICA:** quest'area ha l'obiettivo di valutare costantemente l'andamento di indicatori di appropriatezza e di esito come previsti dal sistema di valutazione regionale (Portale di governo regionale);
- **AREA della SICUREZZA E RISK MANAGEMENT** nella quale si persegue il miglioramento della sicurezza del paziente in ambito di cura e il mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale.
- **AREA della ACCESSIBILITA' e della SODDISFAZIONE:** a quest'area appartengono obiettivi di accountability dell'Azienda nei confronti dei cittadini e degli stakeholder, ovvero di rendicontazione puntuale delle attività svolte al fine di garantire la massima trasparenza (ad esempio, obiettivi sul rispetto dei tempi di attesa, trasparenza delle agende, implementazione di liste di attesa informatizzate ecc.).

### 3. La valutazione della performance anno 2017

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

Con riferimento ai progetti strategici richiamati nel Piano della Performance 2017-2019, 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).
- **Ammissioni e Dimissioni**  
E' stato definito il modello di percorso di presa in carico integrata tra ospedale e territorio con cui le dimissioni protette diventano strumento fondamentale del nuovo *Centro Servizi Aziendale* in quanto hanno consentito di: sviluppare progettualità specifiche sui pazienti cronici (progetti riabilitativi, cardiologici, pneumologici e di cure palliative) in collaborazione con MMG; attivare interventi domiciliari e territoriali con accessi da parte degli specialisti ospedalieri per i pazienti intrasportabili; costituire un'equipe di continuità assistenziale multiprofessionale (ECA); segnalare in fase di ammissione e dimissione all'ECA i pazienti cronici e fragili; integrare l'ECA con assistenti sociali territoriali; utilizzare strumenti valutativi dei bisogni del paziente; coinvolgere le Unità Operative per la realizzazione dei progetti.
- **Sviluppo del caregiver all'interno della Casa Circondariale di Cremona**  
Realizzazione della fase operativa con l'attivazione delle borse lavoro da parte del Comune di Cremona e dell'Azienda Sociale del Cremonese e riproposta in Autunno 2017 del corso formativo per i detenuti.
- **ASST Cremona come Gestore ed Erogatore Presa in Carico**  
ASST Cremona è stato riconosciuto come Soggetto Gestore ed Erogatore della Presa in carico della cronicità anche in filiera con erogatori privati/pubblici. L'ASST Cremona, in questa nuova veste, ha portato avanti (e porta avanti tutt'oggi) diversi percorsi volti all'integrazione tra ospedale e territorio. Tra i più rilevanti: attivazione della struttura Rete RICCA, progettazione e avvio dei percorsi dei pazienti cronici attraverso la stesura, la condivisione e l'attuazione dei PDTA per le patologie croniche, costituzione del Centro Servizi e avvio forme d'integrazione con la Medicina Generale e loro forme associative. In fase di prima applicazione, al fine di coniugare la garanzia di efficacia per i pazienti e la sostenibilità del processo dal punto di vista organizzativo, il modello di presa in carico si è rivolto alle seguenti 11 principali cronicità: Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II,

cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica. Inoltre, in questa sede, è opportuno segnalare che la presa in carico, in una fase successiva, metterà in atto prolungate e persistenti e supporti prevalentemente di tipo socio sanitario (es. ADI, centri diurni, attività ambulatoriali e/o semiresidenziali, cure intermedie) ad anziani fragili con diagnosi di demenza, soggetti in età evolutiva con sindrome di autismo o infine soggetti tossicodipendenti con doppia diagnosi.

- **PREsT Cittadino di Cremona e di Casalmaggiore**

E' stato progettato il Presidio Sociosanitario Territoriale, in collaborazione con enti pubblici e privati accreditati dei territori di Cremona e Casalmaggiore, in punti ove si registra una maggior presenza di pazienti cronici e fragili (>65 anni). L'attuazione di punti unici di accesso sociosanitari territoriali permette la facilitazione dell'avvio della presa in carico e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di prossimità per il cittadino con lo sviluppo di attività gestite dai medici di famiglia.

- **Cure Palliative**

L'ASST di Cremona si è candida quale Ente erogatore di Cure Palliative (proposta sperimentale area Casalasco-Viadanese) e ha aderito alla Rete Inter-funzionale e rete locale (5 Giugno 2017). La ASST intende erogare l'intera filiera di servizi e sta definendo con l'ASST di Mantova un accordo tecnico-operativo per l'erogazione di cure palliative domiciliare (UCP Dom) nel territorio casalasco-viadanese. A tal proposito, nel mese di Settembre 2017 è stato avviato un tavolo di programmazione locale per la definizione della presa in carico integrata con enti pubblici, privati accreditati, associazioni e volontariato.

- **RIMI**

Sono stati progettati e attuati modelli organizzativi adeguati e all'utilizzo di PDTA delle donne, delle madri, dei neonati, dei bambini e degli adolescenti per garantire la continuità nell'accesso ai punti di offerta dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali". In questa prospettiva sono state avviate già a partire dal 2016 delle progettualità strategiche, quali: modello di presa in carico (dall'accoglienza, all'analisi del fabbisogno e valutazione multidimensionale), percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per l'utente fragile dell'area materno-infantile, Prevenzione Educazione alla salute e Screening, Consultorio giovani ecc. Tali progettualità sono state consolidate nel corso del 2017.

## **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**

E' stata portata avanti la realizzazione del Centro Oncologico Cremonese, che non si configura come 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. Il Centro Oncologico si inserisce nella logica di ripensare l'ospedale per aree assistenziali omogenee e contigue a garanzia di maggior efficienza nell'organizzazione di spazi e risorse a favore del paziente.

Parte del progetto Cancer Center è l'**Area Donna** che, realizzato fra marzo e novembre 2016 grazie al contributo di privati, si è consolidato nel corso del 2017 rispetto alle seguenti linee di attività:

- 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 2016-2018 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 e nel corso dell'anno 2017 sono state organizzate diverse iniziative: "La settimana di prevenzione oncologica" (gennaio 2017); "Mi prendo cura di Te" iniziativa di

prevenzione centrata sui percorsi di salute al femminile, protagonista la nuova AREA DONNA (8 marzo 2017), la Giornata nazionale contro l'ipertensione (maggio 2017); "la settimana dell'allattamento", un fitto programma di iniziative per mamme bambini e famiglie che ha visto la collaborazione fra attività ospedaliere e consultori (ottobre 2017).

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

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

In virtù della DGR n. X/2989 del 2014 e come meglio precisato nella circolare attuativa del 20/02/2015, le ASST di Mantova e di Cremona hanno condiviso l'esigenza di creare un'Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese, al fine di: **sviluppare** integrazione e continuità nei processi di cura, riducendo la frammentazione, **migliorare** l'accessibilità ai servizi, **favorire** lo sviluppo di assetti organizzativi tendenti alla medicina di prossimità, **ridurre** 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. Le Direzioni Strategiche delle due ASST hanno identificato un Direttore dell'Area a cui sono state assegnate le funzioni di gestione operativa, di coordinamento e di integrazione delle unità d'offerta delle due ASST ed esercitano di concerto il potere direttivo nei confronti del Direttore dell'Area.

#### **Centro Servizi aziendale**

Nel corso dell'anno 2017 è stato costituito il Centro Servizi multi-professionale finalizzato alla gestione dei pazienti cronici e fragili dal punto di vista clinico e sociale. Tale struttura è composta da figure professionali dedicate che hanno il compito di accompagnare il paziente nel percorso di cura ambulatoriale e, in caso di ricovero, si identificano come figura di riferimento nel momento della dimissione. In questo contesto le dimissioni protette diventano uno strumento fondamentale del nuovo centro servizi aziendale in quanto mirano a sviluppare progettualità specifiche sui pazienti cronici (progetti riabilitativi, cardiologici, pneumologici e di cure palliative) in collaborazione con MMG; attivare interventi domiciliari e territoriali con accessi da parte degli specialisti ospedalieri per i pazienti intrasportabili; costituire un'equipe di continuità assistenziale multiprofessionale (ECA); segnalare in fase di ammissione e dimissione all'ECA i pazienti cronici e fragili; integrare l'ECA con assistenti sociali territoriali; utilizzare strumenti valutativi dei bisogni del paziente e coinvolgere le Unità Operative per la realizzazione dei progetti.

- **CUP, miglioramento tempi di attesa e Punti accoglienza**

Nell'ambito dell'approvazione del POAS 2016-2018 è stata costituita nel corso dell'anno 2017 la nuova UOC "Servizi sanitari, socio sanitari e territoriali" a cui compete la Gestione servizi di front office ospedalieri (CUP-cassa, laboratorio analisi, anatomia patologica, radiologia, punti prelievo e attività di prelievo esterne, accettazione ricoveri) e territoriali: prenotazione, accesso, dimissione coordinandosi con l'area della Direzione Socio-Sanitaria. La riorganizzazione delle attività del CUP ha comportato dei cambiamenti sull'organizzazione del lavoro nelle fasi di prenotazione, accettazione e rendicontazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (flusso 28SAN). Inoltre, al fine di migliorare l'accessibilità al servizio da parte del cittadino-utente, ASST di Cremona, nel corso dell'anno 2017, ha continuato nel progetto di implementazione dell'apertura di punti di accesso/accoglienza ai servizi sanitari in maniera diffusa nel territorio: attivazione di nuovi punti di accoglienza e accettazione in Area Donna (Novembre 2016), in Oncologia (Luglio 2017) e nel dipartimento di Neuroscienze (attivazione prevista nel 2018) e l'apertura di nuovi punti prelievo nella rete territoriale.

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

- **Ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente**

Con l'approvazione del POAS 2016-2018 (marzo 2017), è stata istituita la funzione Gestione Operativa finalizzata all'efficientamento dei processi produttivi ospedalieri e dei percorsi clinico-assistenziali. In particolare, questa struttura ha l'obiettivo di ottimizzare l'attività chirurgica attraverso la riorganizzazione delle sale operatorie e dei percorsi del pre-ricovero; la gestione ottimale dei posti letto attraverso la figura del "bed manager"; la gestione delle liste d'attesa dell'area medica, delle dimissioni, in sinergia con i professionisti del centro servizi; riordinare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali, passando attraverso l'abbattimento dei tempi d'attesa e al miglioramento della logistica degli spazi. A questo proposito nel corso del 2017 sono stati sviluppati, in particolare, i seguenti progetti: "efficientamento della Week Surgery", "revisione del percorso del paziente chirurgico e riorganizzazione dei blocchi di sala operatoria" e "riorganizzazione del processo di pre-ricovero".

- **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.

### **Aggiornamento strutturale e tecnologico**

- **Adeguamento strutturale**

Nel 2017, sono stati realizzati presso il Presidio Ospedaliero di Cremona, con la finalità di ottimizzare i percorsi garantendo superfici adeguate alle esigenze delle Unità Operative coinvolte e conseguentemente rendere più efficiente l'attività, le seguenti attività:

- adeguamenti strutturali per ottimizzare i percorsi e garantire superfici adeguate (trasferimento del servizio di Dermatologia al piano primo corpo M, ultimazione piano R del padiglione 10 al 7° piano corpo D;
- realizzazione della struttura di emergenza per l'elisoccorso con la possibilità anche dei soccorsi notturni;
- ristrutturazione strutturale (Cancer Center, lavori per la centralizzazione dei servizi di accettazione e prenotazione della Radiologia del POC, altre riqualificazioni e ricollocazioni ecc.)
- la realizzazione delle strutture per l'implementazione della Presa in carico del paziente cronico: operatività del "Centro Servizi" per la Presa in carico del paziente cronico quale luogo per l'accoglienza dei pazienti stessi e realizzazione di una nuova sede per le attività socio-sanitarie nel Comune di Casalmaggiore
- approvazione e avvio del progetto esecutivo dell'intervento "Adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti tecnologici dell'Azienda – Presidio Ospedaliero di Cremona" (cfr. Decreto Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia n. 5545 del 14.6.2016 e deliberazione n. 93 del 10.3.2017).

- **Ammodernamento tecnologico**

Nel corso del 2017, sono stati approvati diversi provvedimenti di stanziamento finalizzati al mantenimento del patrimonio strutturale e tecnologico con particolare riferimento all'acquisizione di apparecchiature sanitarie, in sostituzione di quelle obsolete, alla realizzazione di interventi su immobili, all'implementazione dei sistemi informativi finalizzati all'attuazione della LR 23/2015.

Tra i più rilevanti si ricorda 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 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 integri 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. Nello stesso provvedimento, sono state assegnate da Regione Lombardia risorse per un finanziamento indistinto pari a € 384.000 da destinare alla sostituzione di piccole attrezzature o alla realizzazione di piccole manutenzioni straordinarie per la copertura dei costi di interventi improcrastinabili ed urgenti, finalizzati al mantenimento del patrimonio strutturale e tecnologico e pari a € 1.975.700 per Acquisizione di attrezzature quali: RMN, TAC e mammografo.

### **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.

- **Area Interaziendale Territoriale Sociosanitaria Casalasco-Viadanese (vedi sopra)**

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

**Convenzioni** in aree Specialistiche Ambulatoriali (Rete Allergologica Mantova-Cremona-Crema, Cardiochirurgia Mantova vs Cremona);

**attività chirurgica** di Chirurgia Toracica presso la ASST di Cremona (equipe unica Cremona-Mantova) nella logica che *"si muove il medico esperto e il paziente sta vicino a casa"*;

**consolidamento** del Dipartimento DMTE (Cremona, Crema e Mantova);

**costituzione** Dipartimenti Inter-aziendali tra ASST e ATS della Val Padana: Cure Palliative (DICP), Oncologico (DIFO);

**collaborazioni** con la ASST di Crema per Elettrofisiologia, Radioterapia e Neurochirurgia;

**collaborazioni** con le ASST di Crema e Mantova nelle Strutture di staff sanitarie: Medicina Legale (ASST Crema), Farmacia (ASST Crema) e RSPP (ASST Crema), Fisica Sanitaria (ASST Mantova);

**studio di nuovi assetti organizzativi** delle strutture complesse in ottica inter-aziendale: Dipartimenti Funzionali Inter-aziendali di Laboratorio e Neuroscienze tra le ASST di Cremona e Mantova;

**avvio di collaborazione** per lo studio di nuovi assetti organizzativi delle strutture complesse in ottica inter-aziendale nelle aree servizi e di Alta Specializzazione - Ematologia e Radioterapia.

### 3.2 La performance Aziendale e la performance organizzativa

#### A) La Performance Aziendale

Con la DGR 6963 del 31 luglio 2017, la Regione Lombardia attraverso DG Welfare, in aggiunta agli obiettivi legati alle attività istituzionali in coerenza con la DGR n. X/5954 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017", ha assegnato gli Obiettivi di sviluppo del Sistema per l'anno 2017 suddivisi in tre categorie:

- Obiettivi di Performance ed Esiti (40 punti)
- Obiettivi Specifici Aziendali (35 punti)
- Obiettivi di Implementazione ed Evoluzione del Sistema (25 punti)

Al momento della stesura del presente documento non risulta ancora formalizzata la valutazione finale poiché l'azienda, in questa fase del processo di valutazione, ha preso atto della valutazione di prima istanza e ha fornito le controdeduzioni e la propria certificazione rispetto agli obiettivi di processo.

#### Obiettivi di Performance e Esito

Gli obiettivi di efficacia clinica e di performance organizzativa, che Regione Lombardia ha assegnato alle aziende sanitarie del SSR sono misurati attraverso indicatori oggettivi riconducibili a specifici protocolli, rappresentano una sintesi significativa degli indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti), quale strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo, e del Network delle Regioni (sviluppato in collaborazione con l'Università Sant'Anna di Pisa), nato con l'obiettivo di valutare la capacità del sistema sanitario regionale e delle sue aziende sanitarie di essere efficace ed efficiente, erogando servizi appropriati in linea con i bisogni della popolazione. 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 29 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 NERVOSO
- Indicatori di esito Area Clinica CHIRURGIA ONCOLOGICA
- Indicatori di esito Area Clinica OSTEOMUSCOLARE
- Efficienza ed appropriatezza (Network Regioni)

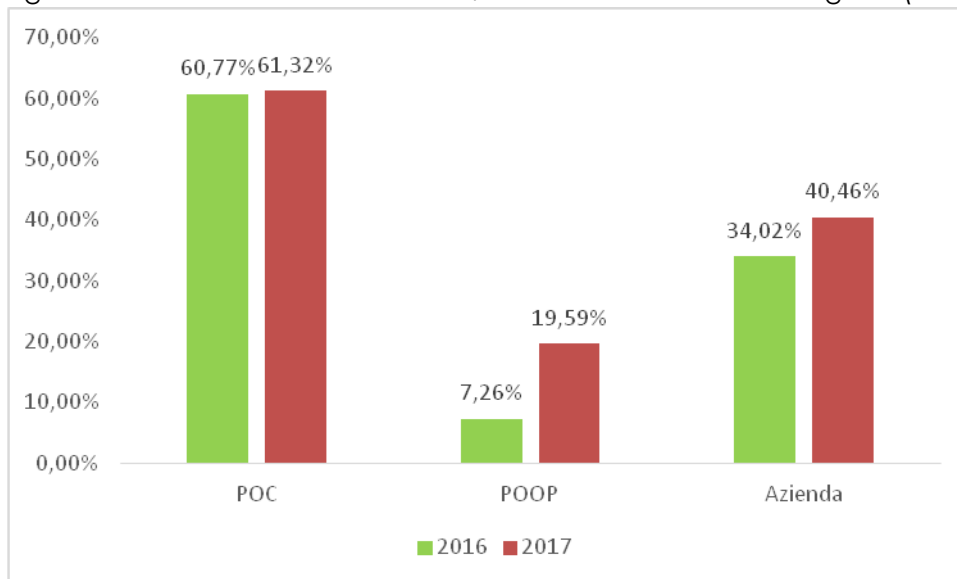
Nel 2017, l'ASST di Cremona mostra nel 75% degli obiettivi un posizionamento in media o superiore alla media regionale (rispetto al 68% del 2016). Si segnala che il posizionamento a livello aziendale è frutto della media dei valori/posizionamenti dei due presidi ospedalieri (Cremona e Oglio PO). Come anticipato, al momento di stesura del presente documento, l'ASST Cremona, prendendo atto delle valutazioni dei singoli obiettivi, ha formulato le controdeduzioni per gli obiettivi non raggiunti/parzialmente raggiunti.

Le principali aree di intervento su cui l'azienda ha lavorato da un punto di vista organizzativo e clinico sono di seguito illustrate.

Con riferimento **all'Area Cardiocircolatoria**, l'indicatore "% trattati con PTCA entro 2 giorni" è aumentato a livello aziendale passando dal 34% al 40,4% (rispetto ad un target regionale del 30%). Tale incremento ha riguardato, in particolare, il PO di Oglio Po: nel corso del 2017, è stato progettato e attuato un percorso aziendale per la gestione del paziente con IMA che ha coinvolto le unità operative di riferimento per l'area cardiocircolatoria in situazioni di emergenza-urgenza.

Inoltre, al fine di tenere sotto controllo l'andamento di questo indicatore ed avviare le relative azioni correttive, sono stati organizzati, nell'ambito delle riunioni di Dipartimento e di Revisione di Budget, momenti di monitoraggio e di verifica delle azioni organizzative intraprese.

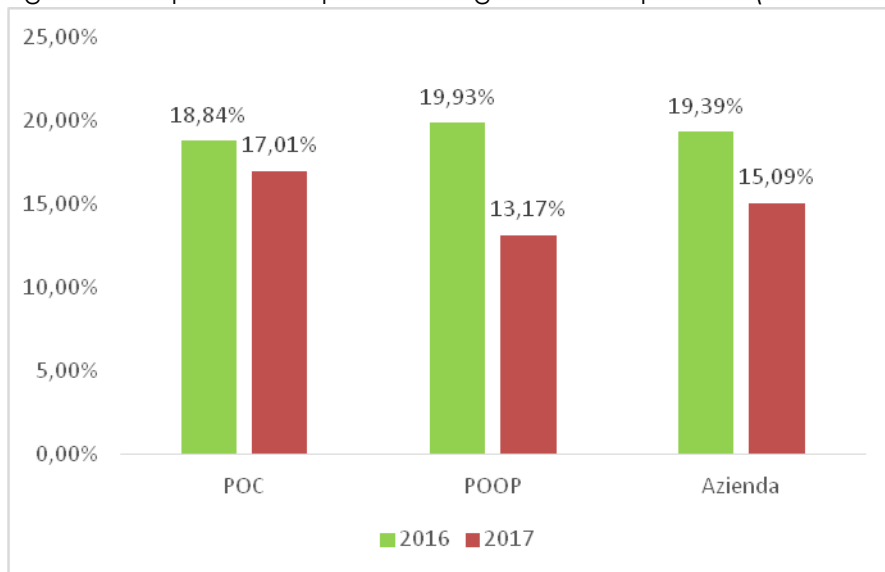
Figura 3 - Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni (2016 cfr. 2017)



Fonte: Portale di Governo Regione Lombardia (area Esito)

Rispetto **all'Area Gravidanza e Parto**, nel corso dell'ultimo anno ASST Cremona, pur essendo già al di sotto del valore atteso del 20%, ha significativamente ridotto il ricorso al parto cesareo (complessivamente da 19,39% del 2016 al 15,09% del 2017) in entrambi i presidi ospedalieri (nel 2017: POC=17,01% e POOP= 13,17%). Tuttavia, la valutazione a livello aziendale colloca l'azienda in fascia gialla poiché, essendo il Presidio di Oglio PO un Punto Nascita con un numero di parti inferiore al limite previsto dal DM 70/2015, il sistema di calcolo delle performance regionale posiziona la suddetta struttura di ricovero in fascia rossa inficiando in questo modo la valutazione aziendale. Inoltre, al fine di migliorare la gestione del rischio clinico legato al percorso nascita e far fronte ad eventuali complicanze sono state avviate azioni di formazione del personale del comparto e personale medico dell'U.O. Ostetricia e Ginecologia e del gruppo operatorio (compresi specialisti di Anestesia e Rianimazione) volto alla gestione delle emergenze e, a tal proposito, è stato predisposto un PDTA multidisciplinare (Ostetricia e Ginecologia, Anestesia e Rianimazione, SIMT, CET) sulla "Gestione dell'emorragia post-partum". Inoltre, al fine di tenere sotto controllo l'andamento di questo indicatore ed avviare le relative azioni correttive, sono stati organizzati, nell'ambito delle riunioni di Dipartimento e di Revisione di Budget, momenti di monitoraggio e di verifica delle azioni organizzative intraprese.

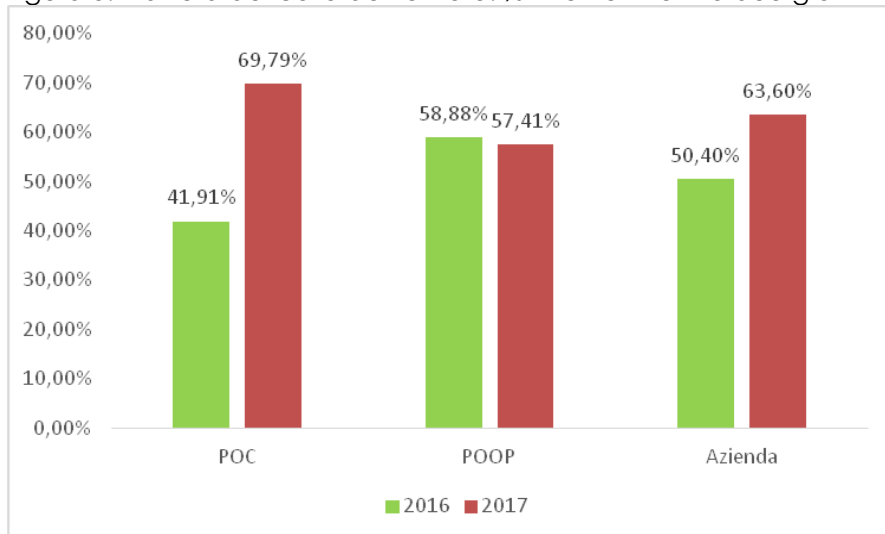
Figura 4 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario (2016 cfr. 2017)



Fonte: Portale di Governo Regione Lombardia (area Esito)

Relativamente **all'Area Osteomuscolare**, 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. Relativamente alla gestione del paziente anziano con frattura di femore è stata prevista nel secondo semestre del 2017, nell'ambito del processo di riorganizzazione del blocco operatorio e del percorso del paziente chirurgico, una linea ad hoc dedicata all'emergenza della frattura di femore sul Presidio di Cremona con il coinvolgimento delle UUOO di Ortopedia, UUOO Anestesia e Rianimazione e PS. Nel 2017 (rispetto al 2016), l'ASST Cremona mostra un miglioramento significativo dell'indicatore "frattura del collo del femore: % interventi entro due giorni" registrando valori al di sopra dei valori medi regionali: dal 50,40% del 2016 al 63,60% del 2017 (anche se ancora al di sotto del VA: 70%). Inoltre, al fine di tenere sotto controllo l'andamento di questo indicatore ed avviare le relative azioni correttive, sono stati organizzati, nell'ambito delle riunioni di Dipartimento e di Revisione di Budget, momenti di monitoraggio e di verifica delle azioni organizzative intraprese.

Figura 5: Frattura del collo del femore: % interventi entro due giorni" (2016 cfr. 2017)



Fonte: Portale di Governo Regione Lombardia (area Esito)

Relativamente **all'Area Oncologica**, sono stati monitorati da Regione Lombardia, attraverso il portale regionale, gli indicatori che misurano l'attuazione dei PDTA della Mammella e del Colon Retto. Dall'analisi dei dati si evidenzia che, nell'anno 2017, ASST Cremona ha registrato, nella maggior parte dei casi, dei miglioramenti rispetto ai valori 2016 collocandosi su valori in media o al di sopra dei valori medi regionali. Questi risultati sono stati raggiunti grazie all'implementazione di percorsi integrati dedicati al paziente oncologico che coinvolgono le UUOO del Dipartimento Oncologico e le UUOO di Radiologia, Anatomia Patologica e UO di Endoscopia (cfr. Tabella 10). Tali percorsi rappresentano i meccanismi operativi per il funzionamento del Cancer Center. Inoltre, sempre nel 2017, si segnala l'accreditamento EUSOMA per l'area Donna (cfr. § 3.1). Sebbene i trend di miglioramento, si vuole sottolineare che l'azienda è costantemente impegnata in progetti di miglioramento e di maggiore aderenza ai PDTA, per cui questo percorso di riorganizzazione è in itinere e l'impatto in termini performance organizzativa sarà maggiormente evidente nel prossimo esercizio. La Tabella 10 presenta per ciascun indicatore: la proprietà (ovvero se l'indicatore è crescente/decrecente), il Target regionale (valore medio regionale), i valori degli indicatori per gli anni 2016 e 2017 a livello aziendale.

Tabella 10: Indicatori PDTA oncologica (2016 cfr. 2017)

	<b>Proprietà indicatore</b>	<b>Target regionale</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
BC-OBJ1 - Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia	crescente	57,37%	<b>61,88%</b>	<b>69,66%</b>
BC-OBJ10 - Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico	crescente	67,74%	<b>69,72%</b>	<b>82,79%</b>
BC-OBJ2 - Percentuale di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico	crescente	54,31%	<b>61,88%</b>	<b>64,14%</b>
BC-OBJ3 - Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella	crescente	80,31%	<b>75,59%</b>	<b>73,28%</b>
BC-OBJ4 - Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella	crescente	77,50%	<b>78,95%</b>	<b>78,26%</b>
CRC-OBJ1 - Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia	crescente	62,29%	<b>54,95%</b>	<b>59,42%</b>
CRC-OBJ2 - Percentuale di casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia	crescente	91,86%	<b>81,48%</b>	<b>84,00%</b>
CRC-OBJ6 - Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico	crescente	90,8%	<b>89,29%</b>	<b>93,18%</b>

Fonte: Portale di Governo Regione Lombardia (area Indicatori PDTA)

Infine, rispetto **all'Area dell'Efficienza e dell'Appropriatezza (Network Regioni)** è opportuno sottolineare che l'azienda nel corso del 2017 ha avviato azioni di analisi e riorganizzazione dei percorsi del paziente medico e chirurgico. Con l'approvazione del POAS 2016-2018 è stata istituita, infatti, la funzione Gestione Operativa finalizzata all'efficientamento dei processi produttivi ospedalieri e dei percorsi clinico-assistenziali. In particolare, nel corso del 2017 è stata avviata un'analisi del percorso del paziente chirurgico al fine di ottimizzare l'attività operatoria attraverso la riorganizzazione delle sale operatorie e dei percorsi del pre-ricovero; è stata individuata la figura del "bed manager" finalizzata alla gestione ottimale dei posti letto e delle dimissioni, in sinergia con i professionisti del centro servizi (che si occupa dei pazienti cronici presi in carico); riordinare

l'offerta delle prestazioni ambulatoriali, passando attraverso l'abbattimento dei tempi d'attesa e il miglioramento della logistica degli spazi.

Queste azioni hanno portato ad un miglioramento della fluidità dei percorsi fisici del paziente sia in termini di efficienza che di appropriatezza organizzativa. Con riferimento agli obiettivi di Performance monitorati dalla DG Welfare della Regione Lombardia, è possibile apprezzare nel 2017 il miglioramento rispetto al 2016 di alcuni indicatori di efficienza (ad esempio, Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata, Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico e medico) e di appropriatezza (ad esempio, % di ricoveri medici oltresoglia 65 anni, % colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg). Sebbene si registri un trend in miglioramento rispetto all'anno 2016, per alcuni indicatori si evidenziano ancora dei valori al di sotto dei VA/target regionali. Si tratta, infatti, di un percorso in itinere che vede l'azienda impegnata in progetti di riorganizzazione dei processi nell'ottica di un miglioramento continuo e di laboratorio di innovazione organizzativa per cui l'impatto delle suddette azioni organizzative, avviate nel 2017 e consolidate nel 2018, sarà maggiormente evidente nel prossimo esercizio (ad esempio, % di parti operativi con uso di forcipe o ventosa, Percentuale di prostatectomie transuretrali). La Tabella 11 presenta per ciascun indicatore: la proprietà (ovvero se l'indicatore è crescente/decescente), il Target regionale (valore medio regionale), i valori degli indicatori per gli anni 2016 e 2017 a livello aziendale e per singola struttura di ricovero.

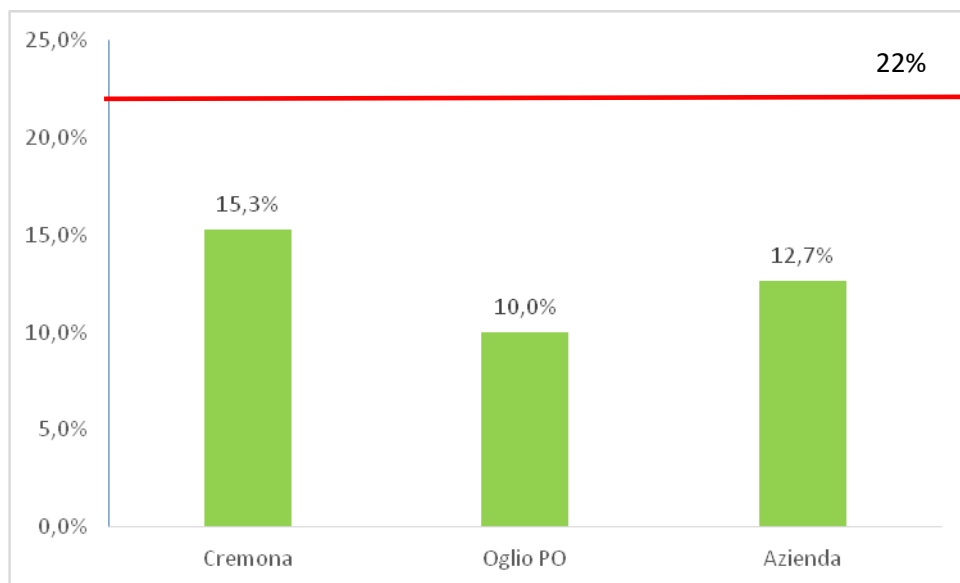
Tabella 11: Indicatori di Efficienza ed appropriatezza (Network Regioni)

	Proprietà indicatore	Target regionale	ANNO 2016			ANNO 2017		
			Cremona	Oglio Po	Az.	Cremona	Oglio Po	Az.
Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	decescente	<b>72,83</b>	57,39	23,00	<b>53,42</b>	30,26	5,33	<b>27,77</b>
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico <sup>1</sup>	decescente	<b>0,51</b>	0,33	1,23	<b>0,49</b>	0,35	0,74	<b>0,42</b>
Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico <sup>1</sup>	decescente	<b>-0,40</b>	-1,55	-0,85	<b>-1,39</b>	-1,31	-1,14	<b>-1,27</b>
% di ricoveri medici oltresoglia 65 anni	decescente	<b>5,47%</b>	3,57%	4,48%	<b>3,80%</b>	3,66%	4,07%	<b>3,76%</b>
% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	crescente	<b>16,94%</b>	5,63%	2,99%	<b>4,78%</b>	5,69%	3,45%	<b>4,97%</b>
Percentuale di prostatectomie transuretrali	crescente	<b>88,54%</b>	70,51%	87,10%	<b>75,23%</b>	67,11%	100,00%	<b>72,53%</b>
% episiotomia depurate (NTSV)	decescente	<b>25,91%</b>	22,69%	32,20%	<b>24,86%</b>	24,82%	24,08%	<b>24,26%</b>
% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	decescente	<b>6,46%</b>	7,51%	5,51%	<b>7,01%</b>	9,81%	7,86%	<b>9,33%</b>
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	decescente	<b>5,49%</b>	6,05%	1,35%	<b>4,35%</b>	6,53%	2,55%	<b>5,15%</b>

<sup>1</sup> L'indicatore si calcola: giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese/Num dimissioni. Le giornate di degenza osservate sono quelle effettivamente osservate per l'insieme dei dimessi nell'azienda di erogazione. Le giornate di degenza attese sono ottenute moltiplicando la degenza di riferimento di ciascun DRG per il numero dei dimessi aziendali per lo stesso DRG. La degenza di riferimento è la degenza media 2014 del network delle regioni.

Sempre nell'ambito degli obiettivi di appropriatezza, la DGR D.G.R. 5954 del 05/12/2016 di Regione Lombardia (che ha definito le Regole di Sistema per l'anno 2017) ha previsto un obiettivo legato al contenimento dei DRG ad elevato Rischio di Inappropriatezza fissando il seguente indicatore: rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario  $\leq$  al 22% (per il 2018 tale valore è stato ridefinito al 20%). Nel 2017, l'ASST di Cremona ha registrato a livello aziendale un rapporto pari a 12,7% (15,3% per il POC e 10,0% per il POOP), inferiore al valore atteso per l'anno 2017 (22%).

Figura 6: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (anno 2017)



Fonte: Portale di Governo Regione Lombardia (area Appropriatezza)

### **Obiettivi Specifici Aziendali**

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

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

L'azienda ha approvato il bilancio di esercizio 2017 con il pareggio di bilancio.

Riguardo alle politiche di acquisto si riporta quanto segue. La percentuale di spesa aggregata per beni e servizi su base annua si conferma a livelli importanti (pari nel 2017 al 75% circa del totale relativo al perimetro di riferimento). Con delibera n. 272 del 14.12.2012 l'Azienda ha istituito l'Elenco telematico Fornitori Sintel e mediante tale piattaforma telematica di intermediazione, oltre che mediante il MEPA, vengono gestite le procedure per la scelta del contraente. L'ASST partecipa in maniera fattiva e costante all'attività del consorzio d'acquisto di riferimento e alle iniziative centralizzate. Di grande impatto inoltre è stata l'attività conseguente all'applicazione della riforma sanitaria di cui alla L. 23/2015 e dell'avvio del progetto SUP1 a decorrere dal 1/1/2017.

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

acquisti derivanti da accordi quadro, sia posta particolare attenzione alla scelta del materiale da acquistare, sia con riferimento ai prezzi che con riferimento alla rotazione dei fornitori. Anche per il 2017, si è proceduto, come di consueto, ad un monitoraggio mensile secondo le modalità sopra descritte al fine di avere immediatamente evidenza delle discordanze rispetto all'obiettivo e conseguentemente adottare misure correttive. Si è provveduto a determinare alla data del 31/12/2017 l'indicatore di tempestività dei pagamenti secondo i criteri previsti dal DPCM 22 settembre 2014, ovvero come rapporto tra la somma dell'importo di ciascuna fattura pagata moltiplicata per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento e la somma degli importi pagati (la performance migliora al diminuire dell'indicatore). Ai fini dell'elaborazione dell'indicatore complessivo si è tenuto conto dei pagamenti effettuati tramite G3S – Finlombarda e di quelli 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 è stato determinato in giorni -2,95, con un tempo medio ponderato di pagamento pari a 57,35 giorni rispetto ai 60 gg previsti.

Se si prendono in considerazione solo i pagamenti effettuati attraverso G3S Finlombarda l'indicatore dei pagamenti è pari a -4,79 giorni, con un tempo medio ponderato di pagamento pari a 55,71 giorni, perfettamente in linea con i tempi di pagamento concordati contrattualmente. Complessivamente, grazie alla realizzazione dei progetti di dematerializzazione e di informatizzazione dei servizi amministrativi del territorio oltre che ad una forte contrazione dei tempi di liquidazione, si è arrivati finalmente a tempi medi di pagamento assolutamente in linea con quanto previsto in sede di stipula dei contratti.

Nella tabella sotto riportata si pongono a confronto i dati relativi all'indicatore di pagamento: si evidenzia una netta contrazione dei tempi di pagamento avvenuta nell'ultimo triennio

Tabella 12: Tempi di pagamento (2015, 2016 e 2017)

	<b>ANNO 2017</b>	<b>ANNO 2016</b>	<b>ANNO 2015</b>
<b>INDICATORE TOTALE</b>	-2,95	4,20	9,47

Con riferimento agli indicatori economici si segnala che complessivamente a livello aziendale la voce "Ricavi", quale valorizzazione delle prestazioni sanitarie si è ridotta dello 0,4% come effetto fisiologico del processo di deospedalizzazione e miglioramento dell'utilizzo dei setting assistenziali a favore dell'ambito ambulatoriale e ambito ricoveri sub-acuti (tabella 12). Dal punto di vista dei consumi si rileva un aumento dei consumi sanitari (al netto del file F) legato principalmente ad alcune categorie di DM utilizzati in alcune nuove procedure chirurgiche (ad esempio, cardiologia), facendo registrare una lieve flessione in aumento dell'indicatore di efficienza. A fronte di tali dinamiche, l'azienda ha avviato dei sistemi di monitoraggio mensili relativi all'andamento dell'attività di ricovero, delle prestazioni ambulatoriali e il mix tra queste, poiché la scelta del regime assistenziale può influenzare il livello dei costi della struttura e rappresenta una leva direttamente controllabile dagli operatori sanitari. Per questo motivo, in alcuni casi, laddove fortemente appropriato da un punto di vista clinico e organizzativo, l'attività viene orientata verso prestazioni ambulatoriali complesse (BIC, MAC).

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



Tabella 13: Indicatori Economici (2016 cfr. 2017)

Obiettivo	Indicatore	2016	2017
<b>Ricavi (valorizzazione attività sanitaria per esterni)</b>		<b>162.451.864</b>	<b>161.862.088</b>
	Valore attività di Ricovero	101.963.660	100.496.884
	Valore subacuti	687.410	1.369.360
	Valore hospice	1.170.422	1.172.771
	Valore prestazioni ambulatoriali	46.202.911	46.448.695
	Valore NPI	1.507.908	1.500.852
	Valore attività psichiatrica	5.152.770	5.166.270
	Valorizzazione prestazioni territoriali	5.766.783	5.707.256
<b>Consumi sanitari</b>	Consumi sanitari	60.884.682	67.165.296
	Consumi sanitari al netto file F	27.799.324	30.539.173
	Rapporto consumi sanitari (al netto file f)/ricavi	17,11%	18,87%
<b>Costo del personale</b>	Costo del personale (dip e altri)	125.390.574	125.830.000
	Rapporto personale (inclusi LP cococo interinali comandi personale universitario, ecc..)	77,19%	77,74%

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

Per l'anno 2017 l'ASST di Cremona, complessivamente, ha erogato prestazioni per pazienti lombardi in misura superiore a quanto riconosciuto dal contratto con ATS Val Padana (+620.432,00 euro). Tale incremento è principalmente legato ad un aumento delle prestazioni ambulatoriali, come diretta conseguenza della dinamica di deospedalizzazione e di presa in carico dei pazienti cronici attraverso regimi assistenziali alternativi al ricovero (Tabella 14).

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 2017 un percorso di riorganizzazione delle configurazioni delle agende di prenotazione e ha intensificato le azioni di monitoraggio. L'impatto maggiore di tali azioni sarà maggiormente apprezzabile a partire dall'anno 2018. La Tabella 15 presenta, a partire dal flusso 28SAN, la percentuale di ottemperanza rispetto ai tempi di attesa previsti nelle date sottoposte a monitoraggio e nelle altre date per l'anno 2017.

Tabella 14: Confronto Consuntivo 2017 e Contratto ATS 2017

	Consuntivo 2017	Contratto ATS 2017	differenza Cons.-Contratto
Ricoveri lombardi	91.625.000	91.347.660	277.340
Hospice lombardi	1.165.000	1.172.771	-7.771
Ambulatoriale	42.016.000	41.558.261	457.739
Sub acuti lombardi	1.344.020	1.450.896	-106.876
Psichiatria	4.954.000	4.954.000	-
NPI (al netto progetto 260.000)	1.123.000	1.123.000	-
Nuove reti sanitarie	300.000	300.000	-
<b>TOTALE</b>	<b>142.527.020</b>	<b>141.906.588</b>	<b>620.432</b>

Tabella 15: Confronto Consuntivo 2017 e Contratto ATS 2017

<b>Totale Prestazioni</b>	<b>94.395</b>
di cui prestazioni nelle date Monitoraggio TA	4.654
di cui prestazioni nelle altre date Monitoraggio TA	89.741
%_OTTEMPERANZA_DATE_MTA	92%
%_OTTEMPERANZA_ALTRE_DATE	91%

Fonte: UO Controllo Direzionale – ASST Cremona

**Obiettivi di implementazione ed evoluzione del Sistema (attuazione DGR n. X/6164 del 30/01/2017 e DGR n. X/6551 del 04/05/2017)**

Con decreto n. 412 del 4 ottobre 2017, l'ATS della Val Padana ha approvato gli esiti della valutazione della candidature per l'idoneità ai ruoli di gestori, cogestori e erogatori per la presa in carico del paziente cronico: l'ASST di Cremona è iscritta nell'elenco dei soggetti gestori e nell'elenco dei soggetti erogatori.

E' stato avviato il percorso di presa in carico attraverso un tavolo di lavoro per la sottoscrizione di un accordo quadro per la presa in carico con diversi Enti erogatori privati accreditati. A tal proposito sono stati organizzati nell'anno 2017 degli incontri per la condivisione del percorso di presa in carico con i MMG Gestori organizzati in tre Cooperative. Nell'ambito della rete RICCA sono state avviate: Sviluppo POT di Soresina - Presidio Ospedaliero Territoriale, "Polo Sanitario Nuovo Robbiani", POT Cremona, Sviluppo del caregiver all'interno della Casa Circondariale di Cremona, Progetto "Ammissioni e Dimissioni", Gestore ed Erogatore Presa in Carico, PRESST, Cure Palliative. Sempre nell'ambito della presa in carico rientra anche la costituzione e l'attivazione rete RIMI. Per un approfondimento di queste iniziative di rimanda alla descrizione dei progetti strategici (§ 3.1).

**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 2017, per tutti i livelli dell'organizzazione sono stati definiti obiettivi riconducibili alle seguenti cinque aree strategiche, come già richiamato sopra:

- Area dell'efficienza,
- Area della qualità dei processi e dell'organizzazione,
- Area dell'appropriatezza ed efficacia clinica (Esito)
- Area della sicurezza e Risk Management
- Area dell'accessibilità e della soddisfazione.

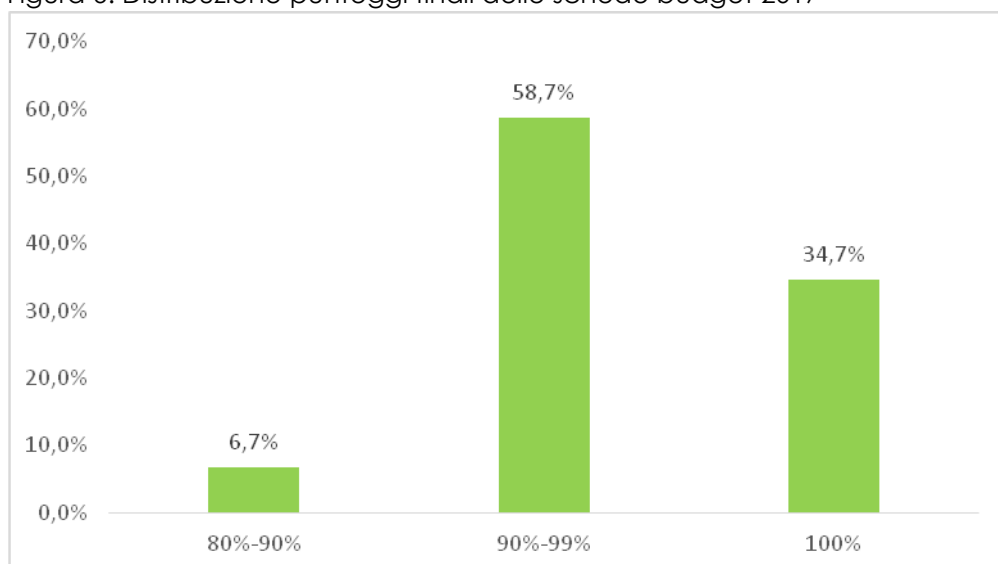
Da una parte, gli obiettivi assegnati sono stati declinati e misurati attraverso indicatori di risultato quantitativi con la possibilità di effettuare approfondimenti successivi per esplorare i fenomeni sottostanti. Dall'altra parte sono stati individuati degli indicatori di processo riconducibili alla 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 e ha previsto, laddove possibile, un *range* di tolleranza del 10% all'interno del quale l'obiettivo viene raggiunto proporzionalmente. Oltre a questa misurazione oggettiva e chiara, i risultati finali sono stati, successivamente, riletti tenendo anche in considerazione degli elementi di contesto e organizzativi in modo da valutare i contributi organizzativi delle singole UUOO per far fronte ad eventuali situazioni di criticità nel perseguimento degli obiettivi stessi o eventuali trend in miglioramento. Il processo di valutazione viene, quindi, condiviso con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che può proporre sulle singole valutazioni dei correttivi rispetto alle valutazioni proposte.

Per l'anno 2017, il livello di raggiungimento degli obiettivi delle schede budget per le UUOO di attesta mediamente al 95,1% (minimo 81%, massimo 100%). Circa il 6,7% delle UUOO ha raggiunto una valutazione compresa tra 80% e 90%; il 58,7% una valutazione compresa tra 90% e 99% e il 34% pari al 100% (Figura 6).

Figura 6: Distribuzione punteggi finali delle schede budget 2017



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, e per il comparto, sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

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

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

La media del punteggio conseguito dal personale del comparto è stata pari a 167/200 ed il 71% dei dipendenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale, mentre la valutazione dei dirigenti è stata pari a 8,55/10 e il 58,42% dei dipendenti dirigenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale. Le distribuzioni dei punteggi sono rappresentate nelle due figure seguenti rispettivamente per il comparto e per la dirigenza (Figura 7 e Figura 8).

Figura 7: Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2017 - comparto

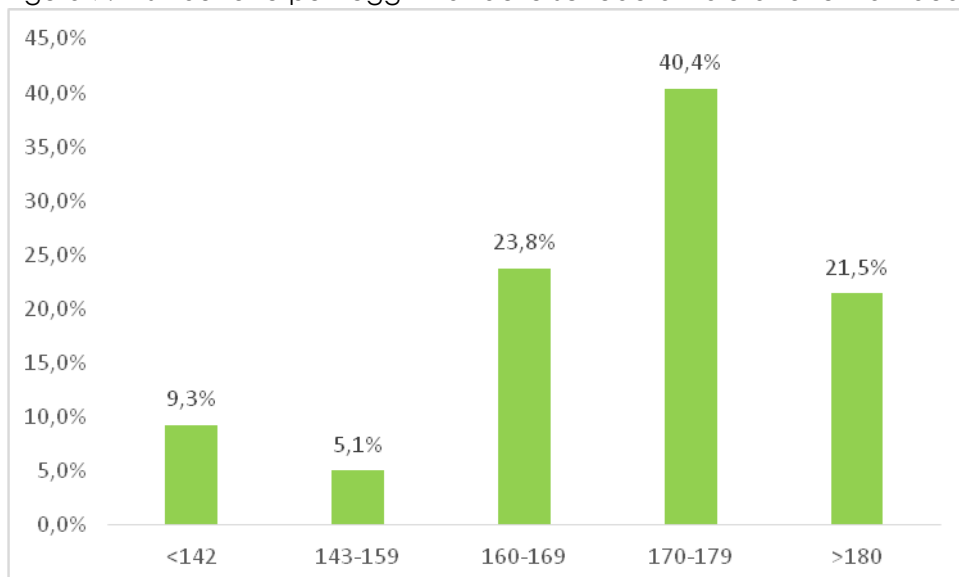
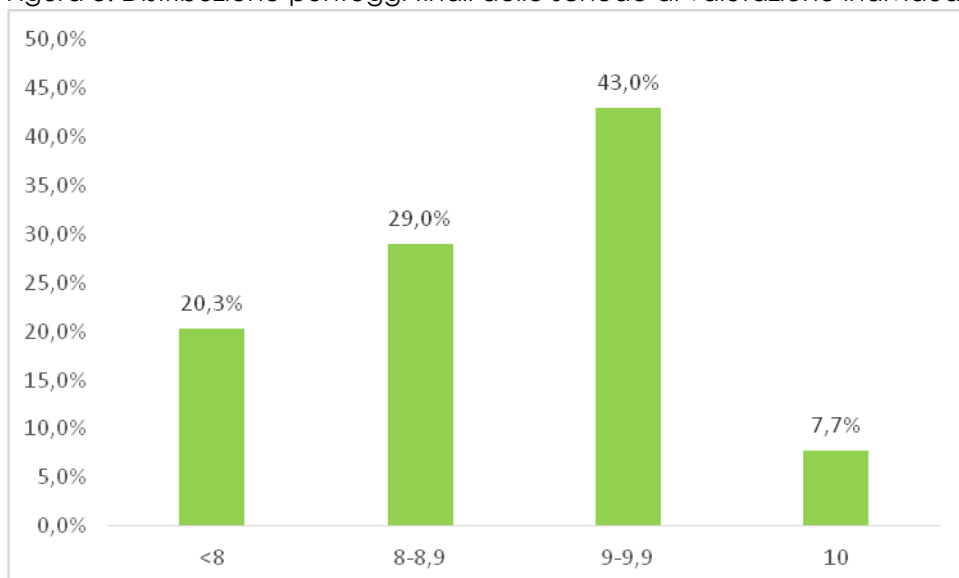


Figura 8: Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2017 - dirigenza



#### 4 Trasparenza e anticorruzione

L'Azienda Socio - Sanitaria Territoriale di Cremona, con deliberazione del 30/01/2017 prot. 2774/17, ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017-2019, in attuazione dell'art. 1 comma 8 della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni", così come modificata dal D.Lgs. n. 97 del 25 maggio 2016, in conformità a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016 adottato con deliberazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016.

L'aggiornamento del Piano, analogamente ai precedenti, si è posto i seguenti obiettivi strategici: riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione all'interno dell'ASST e aumento della capacità di scoprire eventuali casi di corruzione e di realizzazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

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 ed alla gestione del patrimonio immobiliare e delle apparecchiature.

Nel corso dell'anno sono state effettuate verifiche sulla effettiva sostenibilità delle misure previste e sulla loro attuabilità in rapporto, principalmente, alla messa in atto, nel corso dell'anno, del nuovo assetto organizzativo aziendale, definito con Piano di organizzazione strategico aziendale (POAS) approvato dalla Giunta Regionale della Regione Lombardia a marzo 2017. Le tempistiche previste nel PTPC 2017/2019 per l'implementazione delle misure sono state influenzate dall'avvio, circa a metà dell'anno, di nuove strutture amministrative di supporto all'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e territoriali, destinate a superare le precedenti competenze delle direzioni amministrative di presidio, integrandosi con il territorio. Inoltre, l'alternanza, per questioni organizzative, tra la fine del 2016 ed il primo trimestre 2017, di n.3 funzionari a svolgere l'incarico di RPCT ha determinato la concentrazione del monitoraggio, nel secondo semestre 2017. Il cambio organizzativo, con la messa in atto di nuove strutture e le riassegnazioni del personale che sono conseguentemente avvenute, nonché l'alternanza degli incarichi di RPCT, sono stati determinanti nel non consentire, nel primo semestre 2017, la costituzione della rete dei referenti interni sull'anticorruzione e procedere con la formazione a cascata prevista nel PTPC. L'Azienda ha, pertanto, condotto giornate formative frontali in aula, destinate a tutti i livelli di responsabilità aziendale, sanitaria, socio sanitaria e amministrativa, della dirigenza e del comparto.

In tema di trasparenza e anticorruzione si riportano di seguito le principali linee d'azione attuate, pertanto, nell'anno 2017:

- Codice di comportamento aziendale: con deliberazione n. 173 dell'11.6.2014 l'Azienda Ospedaliera (dal 01.01.2016 ASST di Cremona) ha adottato il proprio Codice di Comportamento aziendale, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs. 165/2001, così come modificato dalla legge 190/2012, della deliberazione CIVIT n. 75/2013 recante "Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni", e del DPR 16.04.2013 n. 62. Nel 2017 è iniziato, pertanto, l'iter interno di aggiornamento del codice di Comportamento aziendale, integrato, in un unico documento, del Codice Etico Aziendale, adottato con precedente provvedimento deliberativo n.146 del 15.06.2007 dell'ex Azienda Ospedaliera di Cremona: è stata redatta, infatti, entro il 31 dicembre 2017, da parte dell'UO Affari Generali e dell'UO Risorse Umane una proposta di revisione del documento, per il quale si terminerà l'iter approvativo entro nel 2018.
- Rotazione del personale: sono state potenziate le misure compensative previste nel PTPC 2017-2019, e cioè:
  - incarichi e nomine di Direttore di dipartimento, Direttore di struttura complessa e Dirigente di struttura semplice, a POAS 2016-2018 approvato da Regione Lombardia, assegnati attraverso una procedura trasparente ad evidenza pubblica: in merito a ciò, nel 2017, con provvedimento deliberativo n. 115 del 27.03.2017 l'ASST di Cremona ha approvato ed attuato il "Regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali".

- Segregazione delle funzioni, con attribuzione a soggetti diversi delle funzioni istruttorie, procedurali amministrative, di valutazione tecnica, decisionali e di verifica dell'esecuzione;
- come previsto dal comma 12 dell'art 77 del DLgs 50/2016, nelle more della adozione della disciplina in materia di iscrizione all'Albo nazionale dei componenti delle commissioni giudicatrici, è stato deliberato il Regolamento per "la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione per la predisposizione dei capitolati tecnici", che definisce le modalità attuative degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici al fine di assicurare imparzialità dell'azione amministrativa nel rispetto dei principi di economicità, trasparenza, efficacia, tempestività e correttezza (delibera n. 245 del 18/07/2016): nel 2017 l'ASST ha confermato l'utilizzo del regolamento;
- sono stati implementati processi e percorsi trasparenti e condivisi da soggetti diversi su procedure quali: 1) gli acquisti di beni definiti infungibili, per i quali, nel 2017, con provvedimento deliberativo n. 427 del 2.10.2017 "Approvazione regolamento per l'acquisizione di prodotti e servizi infungibili e/o esclusivi", si è provveduto in ASST all'aggiornamento regolatorio interno; 2) la valutazione sulla destinazione delle risorse per investimento, mediante la convocazione della Commissione Dispositivi Medici aziendale; 3) la condivisione di procedure e creazione di moduli standard per la gestione delle procedure di gara, al fine di garantire l'intervento di soggetti diversi nei processi di valutazione e di decisione;
- attivazione di Audit finalizzati alla verifica dei processi e delle attività delle Risorse Umane e dei Sistemi Informativi: nel 2017 è stato avviato un audit di approfondimento procedurale sulla tematica della valutazione del personale dirigente, che proseguirà nel 2018.
- l'attuazione del POAS, che ha impegnato l'ASST nel corso del 2017, ha determinato, altresì, la rotazione di funzionari del comparto, con assegnazione ad uffici diversi e/o di nuova istituzione, con conseguente assegnazioni a differenti processi di competenza.
- misure specifiche di prevenzione – area contratti: è stato adottato ed attuato il regolamento aziendale "controlli sulla fase esecutiva dei contratti e compiti del responsabile unico del procedimento, del direttore dell'esecuzione del contratto e del direttore dei lavori" – di cui al provvedimento deliberativo n.423 del 29.09.2017; è stato garantito l'utilizzo della piattaforma telematica SINTEL per le procedure di acquisizione di beni e servizi e per lavori;
- Monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali – buon andamento dell'attività amministrativa. Nel 2017, a seguito dell'attuazione del POAS:
  - è stata aggiornata la piattaforma aziendale Archiflow, utilizzata per il protocollo e la gestione della posta, al nuovo modello organizzativo aziendale, con la rideterminazione corretta delle strutture competenti, e dei funzionari abilitati al sistema, per la presa in carico del documento protocollato, la gestione del correlato procedimento amministrativo e del fascicolo informatizzato;
  - è stato avviato l'iter di valutazione e costruzione di un work flow, da gestire sempre all'interno della piattaforma aziendale Archiflow, per la produzione di provvedimenti aziendali digitali;
  - è stato avviato l'iter istruttorio per la revisione e aggiornamento dei regolamenti aziendali in materia di procedimenti amministrativi, di esercizio dei poteri gestionali da parte dei dirigenti e di esercizio delle deleghe, presupposto per l'efficacia del monitoraggio dei tempi.
  - verifica semestrale del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013, aggiornati dal D.Lgs 97/2016: la verifica annuale da parte del Nucleo di Valutazione, effettuata sul campione di informazioni indicato da ANAC nella delibera n. 141/2018, ha dato esito positivo.

## 5 Internal Auditing

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

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

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

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

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

Con provvedimento deliberativo n. 11 del 30 gennaio 2017 è stato approvato il piano di attività di IA per l'anno 2017, focalizzato nelle seguenti aree:

### 1) Area contratti comodato d'uso beni mobili di terzi

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

- verificare l'efficacia del regolamento aziendale esistente in materia
- verificare l'aderenza delle procedure con la prassi operativa quotidiana, partendo dall'analisi di un'area ospedaliera specifica, che verrà scelta sulla base di criteri di opportunità, sviluppo strategico e complessità organizzativa
- valutare il rischio collegato ad un censimento incompleto dei beni e delle attrezzature non di proprietà ma presenti in azienda

### 2) Area sperimentazioni cliniche

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

- verificare la correttezza delle modalità di attuazione di sperimentazioni cliniche all'interno delle strutture ospedaliere
- verificare l'efficacia della procedura aziendale di gestione e monitoraggio dei contratti di sperimentazioni cliniche approvate, che vengono sottoscritti con gli sponsor
- verificare la corretta ed efficiente rispondenza dell'assetto organizzativo, in termini di risorse professionali, rispetto alle attività richieste dalle sperimentazioni approvate

### 3) Area formazione sponsorizzata

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

- verificare la legittimità e l'assenza di conflitto di interessi della partecipazione dei dipendenti aziendali a corsi formativi sponsorizzati ed organizzati da soggetti esterni
- verificare l'efficacia del percorso istruttorio aziendale esistente e la conformità dello stesso alla normativa nazionale in materia di incompatibilità ed incarichi autorizzabili

### 4) Area risk assessment con specifico focus sull'attuazione della L.R. 23/2015-riforma socio sanitaria

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

- verificare l'integrazione organizzativa dei processi specifici delle funzioni transitate
- analizzare e classificare i rischi emergenti.

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

1. **Area contratti comodato d'uso beni mobili di terzi:** le carenze procedurali rilevate hanno rilevato la necessità di realizzare una verifica sul campo delle attrezzature presenti in azienda, mediante controllo incrociato delle attrezzature / beni accettati in comodato/prova, inserimento degli stessi negli inventari aziendali dedicati e controllo nei reparti a cui erano destinati/assegnati. Il processo non è stato valutato singolarmente, ma è stato assorbito, e quindi ne verrà completata l'analisi, nell'ambito della valutazione dell'AREA PAC (percorso di certificabilità del bilancio) che rientra nel piano di audit 2018.

2. **Area sperimentazioni cliniche:** è stata completata la valutazione generale del processo. Le carenze procedurali rilevate hanno portato all'individuazione, tra gli obiettivi di budget anno 2018 – all'interno degli obiettivi anticorruzione e trasparenza" - la redazione di un regolamento che disciplini lo svolgimento delle sperimentazioni cliniche presso le unità operative aziendali. L'area è stata mantenuta, pertanto, anche nel piano di attività di audit per l'anno 2018 al fine di accompagnare il processo di revisione e verificare l'avvenuta adozione delle azioni correttive proposte.
3. **Area formazione sponsorizzata:** le carenze procedurali rilevate hanno portato a definire delle procedure aziendali, possibilmente nel sistema qualità, in modo da prevedere all'interno delle stesse, dei criteri di misurazione della compliance e dei tempi di monitoraggio. L'area è stata mantenuta, pertanto, anche nel piano di attività di audit per l'anno 2018 al fine di accompagnare il processo di revisione e verificare l'avvenuta adozione delle azioni correttive proposte.
4. **Area Risk Assessment con specifico focus sull'attuazione della L.R. 23/2015 – riforma socio sanitaria:** attraverso la somministrazione di apposita check list, è stato auditato il personale transitato dall'ex ASL all'ASST, con l'intento di verificarne il grado di integrazione rispetto ai processi informativi su tematiche prettamente organizzative: gli esiti delle valutazioni hanno evidenziato uno stato di parziale disagio dovuto ad un processo di afferimento non completamente accompagnato, che ha determinato difficoltà iniziali nel conoscere la nuova organizzazione aziendale e quindi nell'interagire. Le azioni proposte sono state, quindi, finalizzate ad implementare la condivisione delle procedure interne, nonché delle istruzioni per reperire ogni utile informazione volta a migliorare la conoscenza sull'organizzazione, nonché l'integrazione e l'operatività del personale.