

Relazione alla Performance dell'anno 2020



INDICE DEI CONTENUTI

INTRODUZIONE

La Relazione alla Performance: struttura e finalità	Pag. 1
Breve sintesi dei risultati conseguiti nell'anno 2020	Pag. 2

LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE DELL'ANNO 2020

Efficienza nella gestione	Pag. 6
Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza	Pag. 10
Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza	Pag. 14
Accessibilità documenti online	Pag. 18
Attività di risk management	Pag. 22
Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione	Pag. 26
Potenziamento tecnologico della struttura	Pag. 28
Eliminazione delle forme di discriminazione e ricerca delle pari opportunità	Pag. 30
INDICATORI DI DETTAGLIO COVID	Pag. 31

INTRODUZIONE

Struttura e finalità della Relazione alla Performance

La Relazione alla Performance rappresenta il documento attraverso il quale l'ASST di Crema dettaglia la conclusione del proprio Ciclo della Performance per l'anno 2020, iniziato attraverso la stesura del Piano della Performance per il Triennio 2020-2022, all'interno del quale sono stati esplicitati obiettivi ed indicatori strategici ed operativi che l'Azienda si è proposta di perseguire al fine di assicurare ampia trasparenza e comprensibilità dell'attività svolta dalla pubblica amministrazione nei confronti dell'utenza e di tutti i propri portatori di interesse.

La Relazione, nello specifico, rappresenta la naturale prosecuzione del Piano della Performance, per affinità strutturale e di contenuti: secondo quanto esplicitato dal decreto legislativo 150 del 27/10/2009 infatti, all'articolo 10 comma 1 si specifica che: "...al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente [...] un documento [...] denominato «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato)".

Pertanto, nel tentativo di darne una definizione sintetica e di immediata comprensione e richiamando la relazione di causa-effetto con il Piano precedentemente descritta, è possibile definire questo documento come una rendicontazione ex post, in un formato aperto ed accessibile, di quanto programmato ex ante evidenziando a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, con l'analisi e la descrizione di eventuali scostamenti.

E' evidente quindi come la finalità principale di questo elaborato risieda nella volontà di garantire una ampia trasparenza dell'attività dell'ASST verso la propria utenza, le altre pubbliche amministrazioni e tutti gli stakeholder coinvolti nella sua attività, attraverso la proposizione dei risultati degli obiettivi più rilevanti e strategici che si è posta e di una lettura critica dei dati contenuti nei diversi indicatori.

Lo schema utilizzato per la sua redazione, così come i contenuti che lo compongono, ha volutamente mantenuto una opportuna continuità contenutistica e metodologica con quanto fatto per il Piano della Performance e l'elaborato che ne deriva risulta quindi essere, nel complesso, caratterizzato da schematicità, sintesi e puntualità nelle analisi.

A livello strutturale, gli obiettivi analizzati sono suddivisi in otto aree:

- Efficienza nella gestione;
- Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza;
- Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza;
- Accessibilità documenti online;
- Attività di Risk Management;
- Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione;
- Potenziamento tecnologico della struttura;
- Eliminazione delle forme di discriminazione e ricerca delle pari opportunità.

Inoltre, rispetto alle annualità precedenti, nel Piano della Performance è stata sviluppata una sezione dedicata alle attività per la gestione dell'epidemia covid-19, denominata "DETTAGLIO COVID", costituita da un set di ulteriori 7 obiettivi volti a descrivere l'evoluzione organizzativa e contabile dell'ASST per far fronte

all'emergenza legata all'epidemia covid. Anche tale area trova dunque una sua piena descrizione all'interno del presente documento.

All'interno di ciascuna area gli obiettivi sono stati rappresentati in uno schema di tipo tabellare, ideale per privilegiare la sintesi e l'immediatezza dei contenuti in un formato di facile consultazione.

Per ciascun obiettivo, in continuità con le precedenti versioni del presente documento, sono state esplicitate le finalità, i riferimenti normativi, la dimensione della gestione aziendale interessata ed il valore target: la presenza di ciascuna di queste caratteristiche permette infatti di assolvere in maniera completa ad un doveroso processo di accountability verso l'esterno e risulta preziosa alla luce della consapevolezza della pluralità di portatori di interesse legati ad una azienda sanitaria e per rafforzare la centralità dei propri interessi e degli sforzi profusi dall'amministrazione pubblica per il loro perseguimento.

La particolarità dell'anno in corso, fortemente condizionata come detto dall'epidemia covid-19, ha tuttavia determinato in molti casi l'impossibilità di porre un reale valore target alla luce dell'estrema variabilità cui si è dovuto far fronte nel corso dell'anno e, spesso, si è fatto ricorso a obiettivi "descrittivi" proprio in quanto maggiormente in grado di rappresentare le difficoltà e le dinamiche affrontate nel corso dell'anno.

Ad esse sono poi stati aggiunti il valore effettivamente conseguito al termine dell'anno 2020 ed un commento utile alla comprensione di quanto implementato dall'Azienda e di fondamentale importanza per indirizzare il lettore ad una corretta interpretazione dei dati proposti. In tal senso, al fine di garantire al lettore la maggior comprensione di quanto proposto, il commento è stato redatto sia da operatori del campo sanitario sia amministrativo, a dimostrazione del forte commitment aziendale nella redazione di questo documento per l'importanza burocratico-normativa e per la valenza esplicativa ad esso attribuiti dalla Direzione Strategica.

Da ultimo, gli indicatori sono stati calcolati utilizzando sempre il dato più aggiornato a disposizione, a volte anche ricorrendo alla correzione di lievi disallineamenti rispetto a quanto originariamente inserito negli indicatori del Piano della Performance, al solo fine di utilizzare dati effettivamente disponibili ed aggiornati, assicurando tempestività e completezza al documento elaborato.

Breve sintesi dei risultati conseguiti nell'anno 2020

I risultati proposti nel presente elaborato hanno mostrato, nel complesso, un buon livello di allineamento con quanto atteso dai valori fissati come obiettivo nonostante le forti criticità vissute dall'ASST nel corso dell'anno.

Ciascuna delle diverse aree di performance di cui si compone la Relazione ha evidenziato in rari casi disallineamenti o criticità rilevanti ed esse, nel loro manifestarsi, sono state peraltro sempre determinate da un'oggettiva mutazione del contesto epidemiologico per le conseguenze dell'epidemia covid-19. Al di là di tali dinamiche infatti, l'andamento dell'anno appena concluso ha mantenuto i positivi risultati tradizionalmente conseguiti da parte dell'ASST di Crema, a testimonianza dell'impegno quotidiano profuso dai professionisti sanitari ed amministrativi nonostante le importanti criticità determinate dall'evolversi della pandemia.

Attraverso i box proposti nelle pagine seguenti sarà pertanto possibile prendere visione del dettaglio di ciascun obiettivo, per una completa comprensione del quale si rimanda il lettore a quanto descritto all'interno del campo dedicato al "commento".

Si noti come, tra i risultati di maggior criticità si trovino gli indicatori relativi al mantenimento del livello di produzione, che risulta fortemente condizionata in negativo in termini economico dal contesto epidemiologico: fattore questo non secondario, in quanto evidenzia come, nonostante l'estrema attenzione verso i bisogni della popolazione che risiede nel territorio di competenza dell'ASST, l'epidemia ha

determinato una forte variazione del mix di prestazioni erogabili e, conseguentemente, della valorizzazione complessiva di quanto erogato.

Anche gli indicatori di accessibilità alla struttura (rilevazione dei tempi di attesa, documentazione sanitaria disponibile online) sono condizionati dal mutato contesto, così come gli indicatori di qualità dei processi di cura ed assistenza prestata (comprese le sezioni di Risk Management) presentano risultati in linea. Si rileva tuttavia un buon risultato per quanto attiene le tempistiche di attesa presso il cup aziendale, lievemente migliorate nel corso dell'ultimo anno rispetto ai dati storici.

Per quanto riguarda il tema dell'efficienza della gestione, gli indicatori analizzati presentano valori tra di loro coerenti ad evidenziare l'utilizzo di ciò che è strettamente necessario, senza sprechi, in un contesto di massimizzazione della produzione erogata.

L'Azienda mantiene ottimi risultati negli indicatori relativi alle attività legate all'ambito della trasparenza e della lotta alla corruzione, a testimonianza dell'attenzione posta dall'ASST di Crema al tema del contrasto dei fenomeni corruttivi.

Da ultimo, è interessante anche apprezzare, al di là di lievi e naturali variazioni periodiche, quanto solido sia il dato relativo ai questionari di customer satisfaction (a dimostrazione dell'interesse posto dalla Direzione Strategica alla qualità percepita da parte dell'utenza) ed il dato relativo all'incremento delle segnalazioni per reazioni avverse da farmaci, specchio dell'estrema attenzione posta dal personale sanitario ad un'attenta verifica degli effetti dei prodotti farmaceutici somministrati ai pazienti.

Nel complesso, pertanto, l'ASST di Crema rileva con soddisfazione le positive performance conseguite.

SINTESI DEI RISULTATI RAGGIUNTI

AREA	OBIETTIVO	RISULTATO
Efficienza nella gestione	Mantenimento del livello di produzione da Contratto e comprensivo delle strutture territoriali	Preconsuntivo: 71.709.215,00€ MonitorSan: 76.996.000,00€ Indicatore: 0,93
	Andamento spesa farmaceutica in file F	Acquisti: 13.145.167 €; Rimanenze: 43.079 € Totale 2020: 13.188.246 €
	Efficientamento del costo dei dispositivi medici	DM / Produzione: 7,51%
	Attività di Recupero Crediti	Indicatore: 33,5%
Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative	Ore totali: 2.662
	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction	Perc. Tot. Compilati: 88,1%
	Mantenimento dell'attività di donazione	Compensazione emazie: 1.228 donazioni cornea/Decessi: 3.28%
	Segnalazioni dei cittadini	Reclami: 287 variazione: -2,7%
Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza	Tempestività di gestione delle fratture di femore	Consolidato 2020: 40.35%
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Consolidato 2020: 18.65%
	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Consolidato 2020: 73.77%
	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	elaborati 16/04/2021: 90.72%
Accessibilità documenti online	Accessibilità documenti online	si veda il commento a pag. 18
	Tempo di attesa presso CUP Aziendale	attesa < 30 min.: 68%
	Lista d'Attesa per prestazioni ambulatoriali	si veda il commento a pag. 20
	Tempi di attesa in Pronto Soccorso adeguati alle classi di priorità	si veda il commento a pag. 21
Attività di Risk Management	Riduzione delle cadute durante il periodo di ricovero	Percentuale di cadute: 0,12%
	Incremento delle segnalazioni di reazione avversa a farmaci	Perc.gravi: 38,60% Perc.non gravi: 61,40%
	Incremento del tasso di copertura vaccinale	si veda il commento a pag. 24

	Sicurezza per i pazienti e per gli operatori	si veda il commento a pag. 25
Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione	Pubblicazione dei documenti aziendali di competenza dell'anno in corso	Perc.Pubblicazione: 99,6%
	Contrasto al fenomeno corruttivo	si veda il commento a pag. 27
Potenziamento tecnologico della struttura	Sviluppo percorso di Digitalizzazione	Delibera 385 del 15/7/2020
	Programmazione e attuazione degli investimenti in conto capitale	Obiettivo conseguito completamente
Eliminazione delle forme di discriminazione e ricerca delle pari opportunità	Adozione del Piano Triennale di Azioni Positive	Delibera n. 319 del 17.06.2020
DETTAGLIO COVID – gestione delle risorse umane	Gestione delle risorse umane	si veda il commento a pag. 31
DETTAGLIO COVID – gestione delle risorse umane	Piano operativo di lavoro agile per dipendenti dell'area tecnico/amministrativa	si veda il commento a pag. 32
DETTAGLIO COVID – modello organizzativo	Potenziamento posti letto di intensiva e sub-intensiva in fase pandemica	si veda il commento a pag. 33
DETTAGLIO COVID – gestione della contabilità	Sviluppo azioni contabili CoViD-19	si veda il commento a pag. 34
DETTAGLIO COVID – trasparenza ed anticorruzione	Donazioni: contabilizzazione e trasparenza	si veda il commento a pag. 35
DETTAGLIO COVID – organizzazione dei servizi territoriali	Tele monitoraggio del paziente CoViD-19+	si veda il commento a pag. 36
DETTAGLIO COVID - Sicurezza per i pazienti e per gli operatori	Sicurezza per i pazienti e per gli operatori	si veda il commento a pag. 37

La Direzione Strategica evidenzia lo sforzo profuso da tutto il personale nel corso dell'anno 2020, cui esprime un sentito ringraziamento.

LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2020

EFFICIENZA NELLA GESTIONE

DENOMINAZIONE	Mantenimento del livello di produzione da Contratto e comprensivo delle strutture territoriali				
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare il rapporto tra il livello di produzione effettivamente erogato e quanto remunerabile da Regione Lombardia, indicato nel bilancio consuntivo. Un indicatore che presenta un valore di tale rapporto pari a 1 evidenzia che la Struttura è stata in grado di erogare tutta la produzione richiesta, un valore maggiore di uno indica una produzione anche superiore rispetto a quanto richiesto.				
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriale • DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza • Bilancio consuntivo dell'anno di competenza • Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente 				
INDICATORE	Produzione effettiva (di prestazioni sanitarie) da tabelle regionali / Produzione prevista da Bilancio consuntivo				
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.				
VALORE OTTENUTO		Voce di produzione	Preconsuntivo 2020	Monitorsan 2020	Indicat. 2020
		Ambulatoriali	19.613.900,00	21.845.000,00	89,8%
		Screening	104.696,00	176.000,00	59,5%
		Ricoveri	46.161.634,00	49.119.000,00	94,0%
		Sub Acuti *	1.206.216,00	1.230.000,00	98,1%
		NPI + Progetti	1.052.820,00	1.134.000,00	92,8%
		Cure Palliative *	1.080.000,00	1.080.000,00	100,0%
		Psichiatria + progetti	2.489.949,00	2.412.000,00	103,2%
		Totale	71.709.215,00	76.996.000,00	0,93
COMMENTO	<p>L'indicatore relativo alla produzione erogata nell'anno 2020 è attualmente in via di definizione in quanto non sono pervenuti, all'atto della stesura della presente relazione, tutti i dati della valorizzazione definitiva da parte di Regione Lombardia. In tal senso, i valori definitivi sono relativi alle aree delle Cure Subacute e delle Cure Palliative Domiciliari, indicati con l'asterisco all'interno del prospetto sopra riportato. Evidentemente, la produzione nell'anno appena concluso è certamente inferiore rispetto a quella storicamente erogata, per l'impatto negativo dell'epidemia covid-19 che ha interrotto le prestazioni ambulatoriali erogate e ha modificato il numero e la tipologia di ricoveri erogabili.</p> <p>La performance complessiva è pertanto da ritenersi fortemente condizionata dall'epidemia covid e, pertanto, non confrontabile con le annualità precedenti.</p>				

DENOMINAZIONE	Andamento spesa farmaceutica in file F																								
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per l'attività di somministrazione e distribuzione farmaci attraverso il flusso file F. Un trend di crescita di tale indicatore evidenzia un crescente peso del costo per prodotti farmaceutici rispetto al valore ottenuto l'anno precedente e, in una più ampia accezione del termine di costo, può costituire anche una interessante proxy della crescita del costo dei servizi sanitari di cura al paziente																								
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza • Bilancio consuntivo dell'anno di competenza • Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente 																								
INDICATORE	Costo Prodotti farmaceutici in file F / Importo di spesa autorizzato (consuntivo)																								
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.																								
VALORE OTTENUTO	<p>La spesa complessiva sostenuta per il flusso dei farmaci file F per l'anno 2020, da bilancio preconsuntivo, è di seguito riportata:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Componenti del flusso</th> <th>Acquisti (€)</th> <th>Rimanenze (€)</th> <th>totale 2020 (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>primo ciclo</td> <td>46.536</td> <td></td> <td>46.536</td> </tr> <tr> <td>doppio canale</td> <td>4.422.557</td> <td>- 164,00</td> <td>4.422.393</td> </tr> <tr> <td>hcv</td> <td>126.903</td> <td>43.243,00</td> <td>170.146</td> </tr> <tr> <td>File F</td> <td>8.549.171</td> <td></td> <td>8.549.171</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13.145.167</td> <td>43.079</td> <td>13.188.246</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nel complesso, tutta la spesa sostenuta verrà fatta oggetto di finanziamento di pari importo tra le voci di ricavo di bilancio L'indicatore pertanto è pari al 100%</p>	Componenti del flusso	Acquisti (€)	Rimanenze (€)	totale 2020 (€)	primo ciclo	46.536		46.536	doppio canale	4.422.557	- 164,00	4.422.393	hcv	126.903	43.243,00	170.146	File F	8.549.171		8.549.171		13.145.167	43.079	13.188.246
Componenti del flusso	Acquisti (€)	Rimanenze (€)	totale 2020 (€)																						
primo ciclo	46.536		46.536																						
doppio canale	4.422.557	- 164,00	4.422.393																						
hcv	126.903	43.243,00	170.146																						
File F	8.549.171		8.549.171																						
	13.145.167	43.079	13.188.246																						
COMMENTO	Il dato è in continuità con quanto prodotto nell'anno precedente: la spesa totale per l'anno 2019 infatti era stata pari a 13.106.539€; non si è pertanto registrato l'incremento medio dell'8% annuale tipico delle annualità precedenti, non influenzate dalle conseguenze dell'epidemia covid-19.																								

DENOMINAZIONE	Efficientamento del costo dei dispositivi medici																
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per dispositivi medici rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo per service sanitari rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da ricontrattazioni del prezzo dei servizi richiesti o ad un più efficiente ricorso a tali servizi.																
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza • Bilancio consuntivo dell'anno di competenza • Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente 																
INDICATORE	Costo dispositivi medici (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali																
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.																
VALORE OTTENUTO	<p>Il valore ottenuto per l'anno 2020, da bilancio preconsuntivo, è il seguente:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Voci</th> <th>Importi (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>70.533.055,00</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>5.293.636,00</td> </tr> <tr> <td>DM / Produzione</td> <td>7,51%</td> </tr> </tbody> </table>	Voci	Importi (€)	Totale Produzione	70.533.055,00	Costo disp. medici	5.293.636,00	DM / Produzione	7,51%								
Voci	Importi (€)																
Totale Produzione	70.533.055,00																
Costo disp. medici	5.293.636,00																
DM / Produzione	7,51%																
COMMENTO	<p>Di seguito si propone una tabella che confronta i valori ottenuti in ciascun anno del triennio 2018-2020:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Voci</th> <th>2020</th> <th>2019</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>70.533.055,00</td> <td>91.563.625,00</td> <td>90.955.991,83</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>5.293.636,00</td> <td>6.422.058,00</td> <td>6.762.000,00</td> </tr> <tr> <td>DM / Produzione</td> <td>7,51%</td> <td>7,01%</td> <td>7,43%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I valori mostrano come il maggior impatto percentuale sia stato raggiunto attraverso sia la contrazione dei costi, sia anche la maggior riduzione dell'attività erogata rispetto alla contrazione dei costi. La performance complessiva pertanto è da considerarsi coerente con il forte impatto dell'emergenza covid-19.</p>	Voci	2020	2019	2018	Totale Produzione	70.533.055,00	91.563.625,00	90.955.991,83	Costo disp. medici	5.293.636,00	6.422.058,00	6.762.000,00	DM / Produzione	7,51%	7,01%	7,43%
Voci	2020	2019	2018														
Totale Produzione	70.533.055,00	91.563.625,00	90.955.991,83														
Costo disp. medici	5.293.636,00	6.422.058,00	6.762.000,00														
DM / Produzione	7,51%	7,01%	7,43%														

DENOMINAZIONE	Attività di Recupero Crediti
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare la capacità dell'ASST di implementare un'efficace attività di recupero crediti verso i soggetti privati. I crediti oggetto di mancata riscossione sono tipicamente quelli relativi a prestazioni erogate in regime ambulatoriale o a seguito di dimissione da Pronto Soccorso in regime di codice bianco
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza • Bilancio consuntivo dell'anno di competenza
INDICATORE	Crediti riscossi relativi al periodo 2010-2019 / importi complessivi non riscossi nel periodo 2010-2019 > 10%
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	<p>Crediti sollecitati nel corso dell'anno 2020: 127.979,38€</p> <p>Crediti riscossi nell'anno 2020 relativi ai crediti sollecitati: 42.884,35€</p> <p>Indicatore pari a: 33,5%</p>
COMMENTO	<p>Il risultato ottenuto dalla scrivente ASST è migliorativo rispetto al target posto ad inizio anno, a dimostrazione dell'impegno profuso nell'attività di recupero del credito</p> <p>Particolarmente rilevante è l'aver conseguito questo risultato in un anno caratterizzato dal forte impatto, per la cittadinanza nel suo complesso, dell'epidemia covid-19.</p> <p>Nell'anno 2020, a seguito dell'emergenza sanitaria conseguente al diffondersi di COVID-19, è stato temporaneamente sospeso l'invio dei solleciti di pagamento e sono stati revocati quelli già trasmessi ad Agenzia delle Entrate-Riscossioni, tenuto conto che con il DL Cura Italia (DL 18/2020), il Decreto Rilancio (DL 34/2020), il Decreto Agosto (DL 104/2020), il Decreto Legge 183/2020, il Decreto Sostegni (DL 41/2021) ed il Decreto Sostegni bis (DL 73/2021) sono stati sospesi un'ampia gamma di versamenti di ritenute, tributi e contributi ed è stata prevista la sospensione dei termini dei procedimenti amministrativi.</p> <p>E' tuttavia regolarmente proseguito l'invio dei solleciti di pagamento tramite raccomandata riferiti a crediti prossimi alla prescrizione, per i quali è stato tuttavia previsto un termine di pagamento molto ampio.</p>

PROCESSI ORGANIZZATIVI E SODDISFAZIONE DELL'UTENZA

DENOMINAZIONE	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo mira a valutare l'impegno aziendale dedicato alla formazione del proprio personale dipendente.</p> <p>L'importanza del mantenimento delle attività formative è da considerarsi la proxy di un indicatore di qualità dell'assistenza prestata, legata anche al periodico aggiornamento formativo specifico del personale dipendente negli ambiti operativi di propria competenza</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • Piano Formazione aziendale per l'anno di competenza
INDICATORE	Ore formazione anno di competenza / Ore formazione anno precedente
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	Il monte ore dedicate ad attività formative nel corso dell'anno 2020 è stato pari a 2.662 ore.
COMMENTO	<p>Il dato relativo alle ore dedicate ad attività formative raggiunto dall'ASST di Crema per l'anno 2020 è evidentemente influenzato dall'epidemia covid-19.</p> <p>Il ricorso allo strumento della Formazione del personale è infatti visto dall'ASST di Crema quale vettore per il miglioramento della qualità dell'assistenza, dei processi di cura e per lo sviluppo dei percorsi organizzativi ed amministrativi e, in questo senso, l'obiettivo legato al mantenimento di un solido valore di questo indicatore negli anni è da interpretarsi come una proxy del tasso di aggiornamento professionale del personale dipendente.</p> <p>Pur in costanza del periodo emergenziale sono stati garantiti in corsi di formazione obbligatoria previsti dalla normativa vigente in materia, nonché il supporto alle iniziative formative strettamente connesse alla gestione sanitaria riferita al Covid, con un'implementazione delle attività formative da remoto.</p>

DENOMINAZIONE	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction																																																						
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>La rilevazione di customer satisfaction è lo strumento utilizzato per sondare la percezione dei pazienti in termini di qualità percepita delle cure ad essi fornite; le indicazioni che se ne possono derivare quindi, benché potenzialmente influenzate da aspetti soggettivi, sono molteplici e relative sia ad aspetti organizzativi, sia ad aspetti relazionali.</p> <p>In funzione delle specifiche rilevazioni effettuate si è proceduto ad assegnare obiettivi di mantenimento/miglioramento della miglior performance ottenuta nell'anno precedente, utilizzato come riferimento.</p>																																																						
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza Regole annuali di Gestione dell'SSR</p>																																																						
INDICATORE	Numero di questionari con valutazioni pari a 6 o 7 per la domanda "valutazione complessiva" / numero di questionari totali																																																						
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.																																																						
VALORE OTTENUTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Confronto</th> <th colspan="3">2019</th> <th colspan="3">2020</th> </tr> <tr> <th>Tot. compilati</th> <th>Compil. con 6</th> <th>Compil. con 7</th> <th>Tot. compilati</th> <th>Compil. con 6</th> <th>Compil. con 7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Degenza</td> <td>2.111</td> <td>633</td> <td>1212</td> <td>673</td> <td>202</td> <td>397</td> </tr> <tr> <td>Ambulat.</td> <td>2.851</td> <td>788</td> <td>1673</td> <td>344</td> <td>97</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>totale</td> <td>4.962</td> <td>1421</td> <td>2.885</td> <td>1017</td> <td>299</td> <td>597</td> </tr> <tr> <td>Tot. 6+7</td> <td>4.306</td> <td></td> <td></td> <td>896</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Percentuale</td> <td>86,78%</td> <td></td> <td></td> <td>88,10%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Confronto	2019			2020			Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Degenza	2.111	633	1212	673	202	397	Ambulat.	2.851	788	1673	344	97	200	totale	4.962	1421	2.885	1017	299	597	Tot. 6+7	4.306			896			Percentuale	86,78%			88,10%		
Confronto	2019			2020																																																			
	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7																																																	
Degenza	2.111	633	1212	673	202	397																																																	
Ambulat.	2.851	788	1673	344	97	200																																																	
totale	4.962	1421	2.885	1017	299	597																																																	
Tot. 6+7	4.306			896																																																			
Percentuale	86,78%			88,10%																																																			
COMMENTO	<p>La ridotta numerosità di questionari raccolti nel corso del 2020 è dovuta all'evento pandemico da nuovo Coronavirus che ha richiesto necessariamente una riorganizzazione dell'attività ambulatoriale e della degenza.</p> <p>I dati raccolti mostrano un incremento percentuale rispetto al target del 2019, con $\Delta +1,32$.</p> <p>Nel complesso la percezione della qualità complessiva sulle prestazioni erogate dall'ASST di Crema rimane positiva.</p>																																																						

DENOMINAZIONE	Mantenimento dell'attività di donazione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare la capacità dell'Azienda di perseguire il processo di raccolta da donatore, volto a garantirsi un regime di autonomia nell'utilizzo delle risorse in questione (sacche di sangue/plasma e cornee) e di contribuire all'attività sanitaria della Regione nel rispetto dei quantitativi di interesse individuati a livello Regionale
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1) Rispetto del Piano Annuale di compensazione delle unità di Sangue 2) Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compensazione unità di emazie concentrate al CLV di Cremona: 2020: 1228 2019: 1038 2. Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale 2020: 25/762 → 3.28% 2019 : 50/450 → 11.11%
COMMENTO	Il dato ottenuto al termine dell'anno 2020 è influenzato dall'emergenza epidemiologica sars-cov2 ancora in corso.

DENOMINAZIONE	Segnalazioni dei cittadini																			
DESCRIZIONE E FINALITA'	La rilevazione delle segnalazioni dei cittadini costituisce uno strumento utilizzato per indagare, attraverso la percezione e le impressioni evidenziate dai pazienti, sia della qualità percepita delle cure ad essi fornite sia dell'efficacia dei percorsi assistenziali ed organizzativi messi in atto dall'Azienda per rispondere alle necessità dei cittadini; le indicazioni che se ne possono derivare quindi, benché potenzialmente affette da soggettività, sono molteplici e relative sia ad aspetti organizzativi, sia ad aspetti relazionali e costituiscono importanti spunti per il miglioramento o la eventuale riprogettazione dell'operatività di specifici settori aziendali																			
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • PIMO 																			
INDICATORE	Andamento dei reclami e delle segnalazioni spontanee <ul style="list-style-type: none"> • rilevazione del numero di reclami e segnalazioni • valutazione della variazione rispetto all'anno precedente 																			
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.																			
VALORE OTTENUTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Confronto</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N. reclami e segnalazioni spontanee degli utenti</td> <td>256</td> <td>292</td> <td>295</td> <td>287</td> </tr> <tr> <td>Variazione % sull'anno precedente</td> <td>-6%</td> <td>+14%</td> <td>+1%</td> <td>-2,7%</td> </tr> </tbody> </table>					Confronto	2017	2018	2019	2020	N. reclami e segnalazioni spontanee degli utenti	256	292	295	287	Variazione % sull'anno precedente	-6%	+14%	+1%	-2,7%
Confronto	2017	2018	2019	2020																
N. reclami e segnalazioni spontanee degli utenti	256	292	295	287																
Variazione % sull'anno precedente	-6%	+14%	+1%	-2,7%																
COMMENTO	Il dato ottenuto al termine dell'anno 2020 è influenzato dall'emergenza epidemiologica sars-cov2 ancora in corso.																			

EFFICACIA, APPROPRIATEZZA E QUALITA' DELL'ASSISTENZA

DENOMINAZIONE	Tempestività di gestione delle fratture di femore
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario.</p> <p>E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del DWH Regionale.</p> <p>L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Numero di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100 / numero di interventi per frattura di collo del femore
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	40.35% (fonte PNE Esito-Struttura – Consolidato 2020)
COMMENTO	Al fine di fronteggiare l'emergenza da COVID-19, nel corso del 2020, in coerenza alle disposizioni regionali, l'Azienda ha disposto la sospensione delle attività chirurgiche e ambulatoriali specialistiche non urgenti. La casistica specifica è stata orientata agli HUB di riferimento.

DENOMINAZIONE	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario.</p> <p>E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE.</p> <p>L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	N. parti con taglio cesareo primario / N. Parti totali
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	18.65% (fonte PNE Esito-Struttura – Consolidato 2020)
COMMENTO	Nel corso dell'emergenza COVID-19 è stata garantita l'attività essenziale.

DENOMINAZIONE	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario.</p> <p>E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE.</p> <p>L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Colecistectomie laparoscopiche: N. ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. ricoveri totali
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	73.77% (fonte PNE Esito-Struttura – Consolidato 2020)
COMMENTO	Al fine di fronteggiare l'emergenza da COVID-19 anno 2020, nel corso del 2020, in coerenza alle disposizioni regionali, l'Azienda ha disposto la sospensione delle attività chirurgiche e ambulatoriali specialistiche non urgenti.

DENOMINAZIONE	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE.</p> <p>L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura, anche grazie al riconoscimento quale Centro HUB territoriale.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Infarto miocardico acuto: N. casi trattati con PTCA entro due giorni / N. casi trattati con PTCA
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	90.72% (fonte Obiettivi PDTA – Settembre 2020 – elaborati 16/04/2021)
COMMENTO	Nel corso dell'emergenza COVID-19, l'ospedale ha mantenuto il ruolo di HUB per il percorso STEMI.

ACCESSIBILITA' DOCUMENTI ONLINE

DENOMINAZIONE	Accessibilità documenti online																		
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo è inserito nel progressivo sviluppo del Sistema informativo Socio Sanitario lombardo.</p> <p>Il valore aggiunto per il cittadino consiste nell'aver a disposizione <i>on line</i> alcune tipologie di referti delle prestazioni eseguite, raccolte nel proprio fascicolo sanitario elettronico (FSE).</p> <p>L'obiettivo proposto si riferisce in particolare ai livelli di refertazione delle prestazioni di Laboratorio analisi, Radiologia, Pronto Soccorso, visite ambulatoriali, lettere di dimissione, prescrizioni.</p>																		
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi SISS per l'anno di competenza • Regole annuali di gestione dell' SSR • PIMO 																		
INDICATORE	Conteggio dei referti pubblicati per ciascuna tipologia (LIS-RIS-PS-L.DIM.-Altro)																		
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.																		
VALORE OTTENUTO	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>Referti 2020</th> <th>Razionale: Referti 2019 >= 2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AMB</td> <td>78.280</td> <td>158.758 vs 145.255</td> </tr> <tr> <td>RIS</td> <td>50.809</td> <td>55.423 vs 58.938</td> </tr> <tr> <td>LIS</td> <td>145.541</td> <td>195.270 vs 193.742</td> </tr> <tr> <td>PS</td> <td>30.876</td> <td>62.605 vs 61.356</td> </tr> <tr> <td>L.DIM.</td> <td>8.141</td> <td>13.574 vs 14.559</td> </tr> </tbody> </table>	CATEGORIA	Referti 2020	Razionale: Referti 2019 >= 2018	AMB	78.280	158.758 vs 145.255	RIS	50.809	55.423 vs 58.938	LIS	145.541	195.270 vs 193.742	PS	30.876	62.605 vs 61.356	L.DIM.	8.141	13.574 vs 14.559
CATEGORIA	Referti 2020	Razionale: Referti 2019 >= 2018																	
AMB	78.280	158.758 vs 145.255																	
RIS	50.809	55.423 vs 58.938																	
LIS	145.541	195.270 vs 193.742																	
PS	30.876	62.605 vs 61.356																	
L.DIM.	8.141	13.574 vs 14.559																	
COMMENTO	Dato ottenuto al termine dell'anno 2020 è influenzato dall'emergenza epidemiologica.																		

DENOMINAZIONE	Tempo di attesa presso CUP Aziendale												
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare la permanenza in attesa agli sportelli CUP aziendali dell'utenza ambulatoriale. L'obiettivo, per essere compreso, deve essere considerato anche alla luce delle misure organizzative che vengono messe in atto per incentivare forme alternative di prenotazione (telefonica, farmacia ecc).												
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali 												
INDICATORE	% Pazienti con tempo di attesa medio > di 30 minuti												
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.												
VALORE OTTENUTO	I valori ottenuti al termine dell'anno 2020 indicano che la percentuale di utenti che è rimasta in attesa presso il CUP aziendale per un tempo inferiore a 30 minuti è stata pari al 68%.												
COMMENTO	<p>L'ASST di Crema ha migliorato la propria performance presso il CUP aziendale, in quanto complessivamente la quota degli utenti in attesa per meno di trenta minuti è incrementata di circa 3 punti percentuali rispetto all'anno 2019.</p> <p>La tabella seguente mostra il trend dei risultati raggiunti nel quinquennio in esame:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oggetto</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Utenti in attesa per meno di 30 minuti</td> <td>80,1 %</td> <td>81,1 %</td> <td>78,1%</td> <td>65,1%</td> <td>68%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Attraverso la reportistica aziendale è possibile effettuare un'analisi sulle mensilità, la quale evidenzia come il miglioramento si sia generato a partire dal mese di agosto: a partire da tale mese infatti la percentuale di utenti in attesa per meno di trenta minuti è stata pari al minimo al 68%, con un estremo positivo nel mese di dicembre in cui circa l'86% degli utenti ha atteso per meno di 30 minuti.</p>	Oggetto	2016	2017	2018	2019	2020	Utenti in attesa per meno di 30 minuti	80,1 %	81,1 %	78,1%	65,1%	68%
Oggetto	2016	2017	2018	2019	2020								
Utenti in attesa per meno di 30 minuti	80,1 %	81,1 %	78,1%	65,1%	68%								

DENOMINAZIONE	Lista d'Attesa per prestazioni ambulatoriali
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, come meglio dettagliato all'interno dell'obiettivo di Mandato delle Direzioni Strategiche, di interesse Regionale, annualmente declinato con specifiche indicazioni nelle Regole di Gestione dell'SSR
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	Raggiungimento di tempi obiettivo previsti dalla normativa, per tutte le prestazioni di prima visita ed indagini strumentali
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	<p>Tra tutte le prime visite l'unico obiettivo raggiunto è la prima visita oncologica.</p> <p>Tra le prestazioni strumentali, risultano in media raggiunti gli standard complessivi richiesti per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ecoaddome 2. fanz. Vestibolare 3. EGDS 4. mammografia monolaterale 5. potenziali evocati acustici 6. RMN arti – cervello – tronco senza contrasto 7. RX addome 8. TC senza e con contrasto 9. TC torace senza contrasto
COMMENTO	Il risultato è conseguenza diretta dell'emergenza epidemiologica da covid19, protratta per tutto l'anno 2020, con brevi periodi di distensione. La prima ad essere sospesa è stata l'attività ambulatoriale con garanzia esclusiva per le urgenze. Quindi, con l'attività bloccata, le prenotazioni rimandate a mesi di distanza.

DENOMINAZIONE	Tempi di attesa in Pronto Soccorso adeguati alle classi di priorità																																																																																																						
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo, di particolare interesse dell'utenza, mira a valutare i tempi di risposta da parte delle strutture aziendali in presenza di specifiche problematiche di natura urgente. L'indicatore rientra all'interno dei parametri di qualità aziendali, oggetto di periodico monitoraggio da parte della Direzione Sanitaria																																																																																																						
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza 																																																																																																						
INDICATORE	Percentuale di pazienti in codice giallo visitati entro 30 minuti																																																																																																						
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.																																																																																																						
VALORE OTTENUTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe Età: Tutte</th> <th colspan="5">gennaio - dicembre</th> <th>2020</th> </tr> <tr> <th></th> <th colspan="6">Urgenza in Ingresso</th> </tr> <tr> <th>Tempo di Attesa dal Triage</th> <th>rosso</th> <th>giallo</th> <th>verde</th> <th>bianco</th> <th>N</th> <th>null</th> <th>totale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 =< 10 minuti</td> <td>476</td> <td>2009</td> <td>4401</td> <td>420</td> <td></td> <td>82</td> <td>7388</td> </tr> <tr> <td>10 =< 20 minuti</td> <td>159</td> <td>1994</td> <td>4742</td> <td>475</td> <td></td> <td>13</td> <td>7383</td> </tr> <tr> <td>20 =< 30 minuti</td> <td>43</td> <td>1131</td> <td>3714</td> <td>398</td> <td></td> <td>11</td> <td>5297</td> </tr> <tr> <td>30 =< 60 minuti</td> <td>7</td> <td>1043</td> <td>6657</td> <td>755</td> <td></td> <td>11</td> <td>8473</td> </tr> <tr> <td>60 =< 90 minuti</td> <td>3</td> <td>297</td> <td>3696</td> <td>430</td> <td></td> <td>6</td> <td>4432</td> </tr> <tr> <td>90 =< 120 minuti</td> <td></td> <td>110</td> <td>2209</td> <td>294</td> <td></td> <td>2</td> <td>2615</td> </tr> <tr> <td>oltre 120 minuti</td> <td>30</td> <td>444</td> <td>5744</td> <td>1209</td> <td></td> <td>639</td> <td>8066</td> </tr> <tr> <td>Totali</td> <td>718</td> <td>7028</td> <td>31163</td> <td>3981</td> <td>0</td> <td>764</td> <td>43654</td> </tr> <tr> <td>Tempo Medio in minuti (tutti i pazienti)</td> <td>9</td> <td>28</td> <td>60</td> <td>85</td> <td></td> <td>29</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tempo Medio in minuti (pazienti ricoverati)</td> <td>6</td> <td>28</td> <td>67</td> <td>30</td> <td></td> <td>22</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Classe Età: Tutte	gennaio - dicembre					2020		Urgenza in Ingresso						Tempo di Attesa dal Triage	rosso	giallo	verde	bianco	N	null	totale	0 =< 10 minuti	476	2009	4401	420		82	7388	10 =< 20 minuti	159	1994	4742	475		13	7383	20 =< 30 minuti	43	1131	3714	398		11	5297	30 =< 60 minuti	7	1043	6657	755		11	8473	60 =< 90 minuti	3	297	3696	430		6	4432	90 =< 120 minuti		110	2209	294		2	2615	oltre 120 minuti	30	444	5744	1209		639	8066	Totali	718	7028	31163	3981	0	764	43654	Tempo Medio in minuti (tutti i pazienti)	9	28	60	85		29		Tempo Medio in minuti (pazienti ricoverati)	6	28	67	30		22	
Classe Età: Tutte	gennaio - dicembre					2020																																																																																																	
	Urgenza in Ingresso																																																																																																						
Tempo di Attesa dal Triage	rosso	giallo	verde	bianco	N	null	totale																																																																																																
0 =< 10 minuti	476	2009	4401	420		82	7388																																																																																																
10 =< 20 minuti	159	1994	4742	475		13	7383																																																																																																
20 =< 30 minuti	43	1131	3714	398		11	5297																																																																																																
30 =< 60 minuti	7	1043	6657	755		11	8473																																																																																																
60 =< 90 minuti	3	297	3696	430		6	4432																																																																																																
90 =< 120 minuti		110	2209	294		2	2615																																																																																																
oltre 120 minuti	30	444	5744	1209		639	8066																																																																																																
Totali	718	7028	31163	3981	0	764	43654																																																																																																
Tempo Medio in minuti (tutti i pazienti)	9	28	60	85		29																																																																																																	
Tempo Medio in minuti (pazienti ricoverati)	6	28	67	30		22																																																																																																	
COMMENTO	Il dato ottenuto al termine dell'anno 2020 è coerente con il livello di pressione sostenuto dal Servizio di Pronto Soccorso durante fase emergenziale (73% entro 30 min).																																																																																																						

ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT

DENOMINAZIONE	Riduzione delle cadute durante il periodo di ricovero
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare il trend del numero di cadute in corso di ricovero. Esso costituisce una proxy della qualità del processo di assistenza al paziente nel corso del periodo di ricovero. Tale obiettivo attiene principalmente all'attività del personale sanitario e di supporto sanitario
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • P.I.M.O. • DGR 9014/2009
INDICATORE	Numero cadute / Giornate di degenza totali
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	0,12%
COMMENTO	Nonostante le criticità organizzative legate all'emergenza epidemiologica, il tasso annuale aziendale ha mantenuto al termine dell'anno 2020 un valore in linea con quello registrato al termine dell'anno 2019.

DENOMINAZIONE	Incremento delle segnalazioni di reazione avversa a farmaci																																										
OBIETTIVO	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno dell'azienda nell'attività di segnalazione del verificarsi di reazioni avverse a seguito della somministrazione di prodotti farmaceutici nel corso del ricovero. L'attività di farmacovigilanza assume particolare rilevanza ed è di particolare interesse sia per il personale farmacista, sia per il personale medico ed è considerabile una proxy di un indicatore di qualità del percorso di cura prestato al paziente.																																										
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Normativa nazionale Farmacovigilanza																																										
INDICATORE	Numero segnalazioni anno in corso / Numero segnalazioni anno precedente																																										
VALORE ATTESO	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita																																										
VALORE OTTENUTO	<p>Il numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci effettuate nell'anno 2020 è stato pari a 57, di cui 22 relative ad episodi gravi:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Segnalazioni</th> <th>Gravi</th> <th>Non Gravi</th> <th>Totali</th> <th>% gravi</th> <th>% non gravi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>41</td> <td>84</td> <td>125</td> <td>32,80%</td> <td>67,20%</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>87</td> <td>123</td> <td>210</td> <td>41,43%</td> <td>58,57%</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>74</td> <td>171</td> <td>245</td> <td>30,20%</td> <td>69,80%</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>78</td> <td>164</td> <td>242</td> <td>32,23%</td> <td>67,76%</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>57</td> <td>177</td> <td>234</td> <td>24,36%</td> <td>75,64%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>22</td> <td>37</td> <td>57</td> <td>38,60%</td> <td>61,40%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • REDAZIONE COMUNICAZIONI INTERNE DI FARMACOVIGILANZA, EMERGENZA COVID, NOTE AIFA, BUONA PRATICA CLINICA: 23 • RITIRI URGENTI FARMACI/DM: 34 • SEGNALAZIONI INCONVENIENTI/INCIDENTI: 10 	Segnalazioni	Gravi	Non Gravi	Totali	% gravi	% non gravi	2015	41	84	125	32,80%	67,20%	2016	87	123	210	41,43%	58,57%	2017	74	171	245	30,20%	69,80%	2018	78	164	242	32,23%	67,76%	2019	57	177	234	24,36%	75,64%	2020	22	37	57	38,60%	61,40%
Segnalazioni	Gravi	Non Gravi	Totali	% gravi	% non gravi																																						
2015	41	84	125	32,80%	67,20%																																						
2016	87	123	210	41,43%	58,57%																																						
2017	74	171	245	30,20%	69,80%																																						
2018	78	164	242	32,23%	67,76%																																						
2019	57	177	234	24,36%	75,64%																																						
2020	22	37	57	38,60%	61,40%																																						
COMMENTO	L'ASST di Crema ha registrato un importante decremento dei volumi di segnalazione rispetto a quanto fatto nell'anno 2019, questo calo è senz'altro dovuto alla pandemia, tutt'ora in corso. Nel periodo emergenziale, il personale sanitario delle diverse strutture era operante in prima linea nei reparti Covid e la farmacista borsista referente della farmacovigilanza, svolgeva attività di magazzino e per un breve periodo a distanza per supportare i colleghi nella pratica quotidiana, questo ha influito notevolmente sul calo di segnalazioni, poiché l'attività di farmacovigilanza prevede una stretta collaborazione tra farmacista e clinico. Durante l'emergenza sanitaria oltre alla gestione delle carenze, di farmaci e dispositivi medici, la farmacista referente ha potuto approfondire e svolgere attività best practice, redatto istruzioni operative per la gestione di dispositivi, preparati galenici e svolto attività di farmacia clinica. Nella fase iniziale del periodo emergenziale, le carenze e le indisponibilità hanno riguardato principalmente i farmaci e i dispositivi medici, in primis quelli utilizzati nelle terapie intensive e nelle rianimazioni, ma non solo. E' stata al riguardo svolta attività di ricerca bibliografica, di verifica della conformità dei dispositivi di protezione individuale, di allestimento di farmaci inizialmente impiegati nella terapia covid-19, nonché di monitor dei farmaci impiegati off label e in corso di sperimentazione clinica. Collaborazione proficua con tutti gli attori coinvolti, lavorando a fianco di clinici, infermieri, ingegneri clinici, provveditori. Il progetto MEREAFaPS è terminato in data 30/06/2020.																																										

DENOMINAZIONE	Incremento del tasso di copertura vaccinale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di presa in carico ed espletamento dell'attività vaccinale sul territorio di propria competenza.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • L.R. 23/2015
INDICATORE	Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS per ciascuna delle percentuali di copertura di interesse regionale
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	<p><u>COORTE 2018:</u> ESAVALENTE 3 DOSI >93% = 98,8% (OTTIMO) PNEUMOCOCCO 3 DOSI >92% = 97,84% (OTTIMO) MENINGOCOCCO C 92% = 97,83% (OTTIMO) MPR 1 DOSE A 24 MESI 92% = 98,68% (OTTIMO) VARICELLA 1 DOSE 90% = 98,68% (OTTIMO)</p> <p><u>COORTE 2019:</u> MENINGOCOCCO B 2 DOSI >90% = 96,81% (OTTIMO)</p> <p><u>COORTE 2008:</u> HPV 2 DOSI >70% = 90,22% (SECONDA DOSE IN CORSO)</p> <p><u>COORTE 2013:</u> MPR 2 DOSI: >90% = 98,21% (OTTIMO)</p> <p><u>COORTE 2004:</u> TETANO-DIFTERITE-PERTOSSE: >90% = 98,50% (OTTIMO) MENINGOCOCCO ACWY: >90% = 96,17% (OTTIMO)</p> <p><u>COORTE ≤1955:</u> ANTIINFLUENZALE: >64% = 62,20% (INSUFFICIENTE)</p>
COMMENTO	Gli obiettivi riguardanti le coperture vaccinali previste per l'anno 2020 sono stati tutti raggiunti con ottimi risultati ad eccezione della copertura over 65 anni dell'antiinfluenzale, che comunque presenta numeri migliorativi rispetto a quanto registrato nell'anno 2019 nonostante non sia un vaccino obbligatorio. Nel complesso la performance dell'ASST è molto positiva.

DENOMINAZIONE	Sicurezza per i pazienti e per gli operatori
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di messa in sicurezza dei presidi ospedalieri, volti a garantire la sicurezza del personale, dei pazienti e di tutti gli utenti dell'ASST
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • L.R. 23/2015
INDICATORE	Declinazione delle attività implementate per la messa in sicurezza dei presidi: rendicontazione delle misure di prevenzione incendi adottate, sia in termini di investimenti in attrezzature e strutturali, sia in termini di formazione del personale dipendente
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	<p>Collaborazione alla stesura della "Istruzione Operativa per la riduzione del rischio diffusione del SARS-COV2-19 attraverso gli impianti di climatizzazione e ventilazione dei presidi dell'azienda" e redazione delle planimetrie con individuazione delle aree di intervento.</p> <p>Verifica degli elaborati, ai fini della validazione, del progetto di "Completamento adeguamento antincendio del P.O.: opere di compartimentazione, nuovo montalettighe, impianti elettrici e rivelazione fumi"</p> <p>Collaborazione con l'Ufficio Formazione per l'individuazione del personale da formare come addetto antincendio.</p>
COMMENTO	<p>Al fine di fare fronte all'emergenza nazionale e regionale correlata alla diffusione del contagio da virus Covid – 19 e per contrastare la diffusione, sono state messe in atto misure straordinarie al fine di garantire la qualità dell'aria indoor, fondamentale nella tutela della salute dei lavoratori. Il Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 Rev. 2 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2" del 25 maggio 2020 indica che la pulizia dei filtri, il controllo della batteria di scambio termico e le bacinelle di raccolta della condensa possono contribuire a rendere più sicuri gli edifici riducendo la trasmissione delle malattie, compreso il virus SARS-CoV-2."</p> <p>Pertanto si è provveduto ad individuare modalità, periodicità ed ambienti dell'ASST ove effettuare la sanificazione dei fancoils/ventilconvettori con specifico prodotto disinfettante (es. alcool etilico, ipoclorito di sodio) o dei prodotti ritenuto efficace per la disinfezione del SARS-COV2.</p> <p>La verifica del progetto esecutivo di "Completamento adeguamento antincendio del P.O.: opere di compartimentazione, nuovo montalettighe, impianti elettrici e rivelazione fumi" e la sua successiva validazione ed approvazione, ha consentito di avviare le procedure per l'affidamento dei lavori, la cui esecuzione, unitamente al completamento delle altre opere attualmente in corso, consentirà di rispettare le scadenze previste dal D.M.19 marzo 2015, ovvero di presentare entro il 24 aprile 2022 la SCIA con adeguamento di lotti di attività aventi superficie pari almeno al 70% della superficie totale.</p> <p>In attesa del completamento dei lavori adeguamento alle norme di prevenzione incendi del P.O. di Crema si rende necessario assicurare la costante e distribuita presenza, principalmente nei reparti di degenza, del numero di addetti antincendio formati sul rischio elevato con attestato dei VV.F., previsti nel Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio.</p>

ATTIVITA' LEGATA AGLI OBIETTIVI DI TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE

DENOMINAZIONE	Pubblicazione dei documenti aziendali di competenza dell'anno in corso
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di pubblicazione di tutti gli atti di competenza dell'anno in corso. Esso in particolare costituisce uno degli adempimenti ritenuto necessario per favorire la trasparenza delle attività della Pubblica Amministrazione.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • Piano Aziendale Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
INDICATORE	Numero atti pubblicati / Numero atti da pubblicare
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2020 è stato pari al 99,6%
COMMENTO	<p>Il livello di adempimento degli obblighi di trasparenza è in linea con le disposizioni ex D.Lgs. N.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare e con le indicazioni delle Linee Guida ANAC emanate con Delibera 1310 del 28.12.2016. Sono stati svolti monitoraggi quadrimestrali sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione al 30/04/2020, 30/09/2020 e 31/12/2020. I monitoraggi hanno riguardato la totalità degli obblighi di pubblicazione previsti dal Programma Trasparenza. A causa del periodo di emergenza dovuto all'epidemia da COVID-19 si sono avuti dei ritardi nell'attuazione degli obblighi di pubblicazione da parte alcuni settori particolarmente coinvolti nel supportare l'ambito sanitario nel fronteggiare l'emergenza in corso.</p> <p>Le principali criticità si riscontrano nella:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tempestività della pubblicazione dei dati relativi alle Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare (la pubblicazione avviene una volta l'anno in formato xml ed in prossimità della scadenza del flusso AVCP); - aggiornamento dei dati relativi ai Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione; - aggiornamento dei dati relativi ai consulenti e collaboratori.

DENOMINAZIONE	Contrasto al fenomeno corruttivo
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di contrasto ai fenomeni corruttivi potenzialmente presenti nella pubblica amministrazione. Esso in particolare costituisce uno degli adempimenti ritenuto obbligatori per l'attività della Pubblica Amministrazione.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • Piano Aziendale Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
INDICATORE	Per questo obiettivo l'ASST non ha fissato un indicatore numerico, ma richiede una rendicontazione annuale delle attività implementate al proprio interno per il contrasto al fenomeno corruttivo, nel rispetto delle indicazioni determinate dalla normativa vigente
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	I risultati ottenuti sono descritti di seguito, attraverso il campo "commento".
COMMENTO	<p>In data 31/01/2020 con provvedimento n 54 è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2020-2022, redatto secondo le disposizioni normative in materia e del Piano Nazionale 2019 emanato dall' ANAC.</p> <p>Il livello di attuazione del PTPCT 2020 ha risentito della emergenza epidemiologica da COVID-19 subendo dei rallentamenti a causa del perdurare della situazione emergenziale. I monitoraggi periodici svolti, nell'anno 2020, sullo stato di realizzazione delle misure di prevenzione previsti dal PTPCT 2020-2022 evidenziano che le misure di prevenzione generali, anche se con difficoltà, sono state implementate e trovano applicazione e rispetto all'interno dell'azienda. Lo stesso dicasi per le misure di prevenzione specifiche del settore Sanità.</p> <p>Come programmato, sono stati svolti due monitoraggi in corso d'anno (al 31 maggio e al 30 settembre) e "audit interni" per verificare lo stato di attuazione delle misure di prevenzione generali e specifiche definite dal PTPCT , che non hanno evidenziato criticità significative.</p>

POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DELLA STRUTTURA

DENOMINAZIONE	Sviluppo percorso di Digitalizzazione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a garantire operativamente la transizione digitale dell'amministrazione, attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro e di un piano di azione che definiscano un percorso evolutivo per l'ASST di Crema, nel rispetto di quanto indicato dalla normativa vigente.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • D.Lgs n.82/2005 e s.m.i., CAD Codice dell'Amministrazione Digitale • Circolare n.3 del 1 ottobre 2018
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione dell'Ufficio di Transizione Digitale
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	Nel corso dell'anno 2020, con delibera 385 del 15/7/2020, è stato costituito in capo alla Direzione Strategica l'Ufficio per la transizione digitale, individuandone altresì compiti e modalità organizzative
COMMENTO	<p>L'anno 2020 non ha offerto molte possibilità di attivazione di progetti di digitalizzazione, alcuni importanti interventi sulla gestione della comunicazione e della cooperazione operativa sono stati impostati: nuovo sistema di posta elettronica, Intranet, gestione documentale.</p> <p>Con Delibera n. 385 del 15/07/2020 è stato costituito l'ufficio Transizione Digitale: 1° Incontro in data 27/07/2020 presentazione Progetto Intranet, manuale, prime pagine online.</p> <p>In data 25.01.2020: go-live del Modulo WEB di Delibere/Determine di WR6 (gestionale del Protocollo), che ha reso digitalizzato il processo di adozione dei provvedimenti e lo ha integrato al Protocollo</p> <p>In data 25.01.2020: nuovo Albo Pretorio online</p> <p>In data 02.07.2020 è stato collaudato il portale della nuova Intranet aziendale (verbale firmato prot. n.0024248/2019) che ha dato avvio al Progetto Nuova Intranet Web, che si concluderà con il go-live della Intranet a dicembre 2021</p> <p>Marzo 2020: avvio della piattaforma per videoconferenze MEET di Google: ha permesso di realizzare di corsi per dipendenti/esterni (es: antincendio, sicurezza, corsi di preparazione al parto, etc...) , webinar, convegni, oltre a riunioni aziendali, lavoro agile, utilizzata per servizi di Telemedicina come il teleconsulto/televisita dalle U.O. Neuropsichiatria infantile, Psicologia Clinica, Consultorio familiare, Dipendenze, SerD, CPS, CRA, SPDC, mentre l'Ufficio Qualità per l'Audit di Certificazione, gli Affari Legali per incontri/riunioni/comitati, le Risorse Umane per gli incontri sindacali,</p> <p>In data 01.04.2020 attivazione della piattaforma di Telemonitoraggio WEB ZCare di Zucchetti, software per la gestione domiciliare del paziente COVID, utilizzata dal Centro Servizi COVID</p> <p>In data 13.05.2020 avvio ed implementazione della cartella digitale informatizzata sw GEDI, che assolve al sistema di teleconsulto per tutti i servizi/UUOO del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze</p> <p>In data 21.10.2020 migrazione al nuovo sistema di Client Web Mail Zimbra: un'applicazione di messaggia e collaborazione completa, con potenti funzionalità per la posta elettronica, la gestione di rubriche, agende ed elenchi di impegni personalizzabili, la creazione di documenti in cloud ed una Valigetta per condividerli</p> <p>Aprile 2020: attivazione del servizio Zerocoda per prenotare appuntamento e accesso a tutti gli sportelli dei servizi aziendali (oltre al CUP anche Scelta/revoca del Medico, Protesica, Misura B1, ADI, Medicina legale, servizio CUP di Rivolta d'Adda, etc..)</p> <p>Attivazione ed estensione del servizio PagoPA</p>

DENOMINAZIONE	Programmazione e attuazione degli investimenti in conto capitale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Rispetto della cornice programmatica nella formulazione delle istanze di finanziamento e dei tempi di invio indicati dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia. Attuazione degli investimenti (regionali e statali) nel rispetto delle scadenze indicate da Regione Lombardia e Ministero della Salute. Questo obiettivo mira a valutare la performance dell'Azienda nell'efficace e corretto utilizzo di risorse pubbliche rese disponibili nell'ambito degli investimenti sanitari nazionali e regionali volti all'ammodernamento e valorizzazione del patrimonio sanitario pubblico.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 20 Legge 67/1988 e normative correlate in materia di edilizia sanitaria. • Delibere di Giunta regionale inerenti la programmazione e l'attuazione degli investimenti. • Decreto relativo al bilancio di previsione per l'anno 2020 • DDG Welfare 962 del 29/01/2020
INDICATORE	<p>Programmazione: Assenza di istanze fuori cornice.</p> <p>Attuazione: Valore economico investimenti realizzati / valore economico investimenti assegnati in coerenza con i cronogrammi degli interventi.</p>
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	L'obiettivo risulta essere stato conseguito in quanto gli interventi risultano coerenti con la cornice programmatica, in linea con le scadenze indicate da Regione Lombardia e non hanno evidenziato per l'anno 2020 scostamenti significativi dai cronogrammi o dai Quadri Economici di Intervento approvati
COMMENTO	<p>Programmazione: per l'anno 2020 non si sono verificati casi di istanze fuori della cornice programmatica Regionale</p> <p>Attuazione: per l'anno 2020, per tutti gli interventi finanziati da fondi pubblici in conto capitale sono state rispettate le scadenze sia riguardanti la presentazione di progetti per l'approvazione Regionale ove dovuta, sia per la consegna e l'avvio dei lavori.</p> <p>In riferimento all'anno 2020 non si sono rilevati scostamenti dai cronogrammi dei lavori, se non per minime sospensioni e riprese dovute all'emergenza epidemiologica da COVID 19, né scostamenti sostanziali degli importi per lavori che sono rimasti contenuti all'interno dei rispettivi Quadri Economici di Intervento, anche qualora abbiano interessato l'aggiornamento degli oneri di Sicurezza dovuti appunto all'emergenza epidemiologica.</p> <p>Il dettaglio dello stato di ogni singolo intervento è descritto e può essere riscontrato nella Relazione Periodica di accompagnamento al Bilancio alla voce Azioni Strutturali</p>

ELIMINAZIONE DELLE FORME DI DISCRIMINAZIONE E RICERCA DELLE PARI OPPORTUNITA'

DENOMINAZIONE	Adozione del Piano Triennale di Azioni Positive
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Il Piano individua misure specifiche per eliminare in un determinato contesto le forme di discriminazione eventualmente rilevate.</p> <p>Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nel garantire quanto previsto dal P.A.P.: presenza di pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale e nei casi di mobilità; promuovere il benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata; promuovere all'interno dell'amministrazione la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza • Art. 48 del decreto legislativo n. 198/2006
INDICATORE	Redazione dell'atto entro il 31/07/2020, con deliberazione del Direttore Generale
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2020 non è stato posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.
VALORE OTTENUTO	Il Piano Triennale delle Azioni Positive dell'ASST di Crema relativo al triennio 2020-2022 è stato adottato con deliberazione n. 319 del 17.06.2020
COMMENTO	<p>Il Piano recepisce una serie di azioni positive riconducibili alle seguenti aree tematiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> -conciliazione vita professionale e familiare -benessere organizzativo -violenza di genere <p>La concreta applicazione in ambito aziendale delle azioni positive ivi previste, sia in termini di prosecuzione/avanzamento delle iniziative già avviate, sia in termini di avvio di nuove iniziative, è stata condizionata dall'impatto e dalle modifiche a livello organizzativo intervenute in conseguenza della gestione dell'emergenza sanitaria che ha contraddistinto l'anno 2020.</p> <p>Nell'ambito della gestione del contesto emergenziale, con particolare riferimento all'area "Conciliazione vita professionale e familiare", si evidenzia che l'ASST:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ha consentito la fruizione dei congedi ad hoc per assistenza figli introdotti dalla normativa; - ha introdotto una maggiore flessibilità oraria (sia in entrata che in uscita); - ha introdotto ed implementato l'istituto del lavoro agile, prevedendo quale criterio prioritario ai fini della relativa concessione la condizione di "dipendente su cui grava la cura dei figli minori ...". <p>Le disposizioni attuative dell'istituto del lavoro agile in ambito aziendale sono state formalizzate con specifici atti (deliberazioni n. 142 del 13.03.2020, n. 183 del 27.03.2020 e n. 604 del 29.10.2020).</p> <p>Dall'inizio dell'emergenza ad oggi (aprile 2021) il personale autorizzato all'effettuazione del lavoro in modalità agile è pari a complessivi n. 121 dipendenti, di cui n. 111 dell'area comparto e n. 10 delle aree dirigenziali.</p>

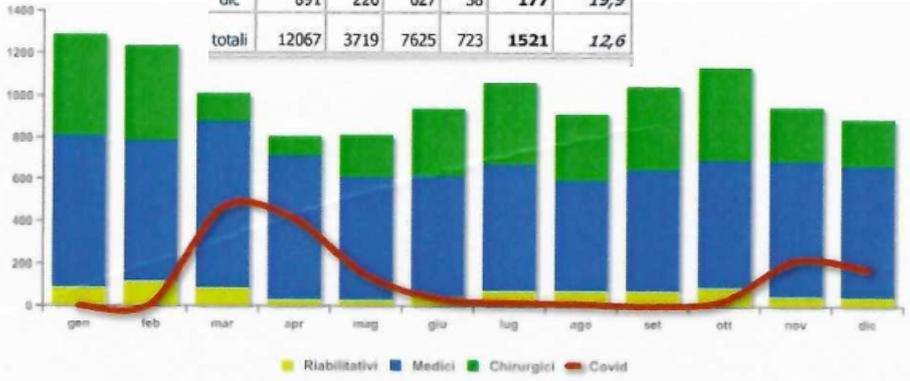
DETTAGLIO COVID

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

DENOMINAZIONE	Gestione delle risorse umane
OBIETTIVO	Rafforzamento dei servizi attraverso assunzioni a vario titolo di personale sanitario e non, per potenziare la cura e la presa in carico ospedaliera e territoriale dei soggetti contagiati da CoViD-19
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none">• D.L. n. 6 23.02.2020 e s.• DPCM 23.02.2020 e s.• DGR 3225/2020• DD.GG.RR Emergenza CoViD-19
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none">• Pubblicazione avvisi/concorsi/manifestazione di interesse interna/esterna rivolta al reclutamento di personale sanitario e non per l'emergenza CoViD-19 sulla base delle esigenze emergenziali• Espletamento delle procedure/assunzioni• Assunzioni degli Infermieri di famiglia
VALORE ATTESO	Adozione tempestiva atti e sviluppo procedure per supportare i bisogni aziendali
VALORE OTTENUTO	L'unità operativa ha disposto con tempestività i provvedimenti di competenza al fine di garantire il personale necessario per le attività di assistenza e cura, con particolare riferimento all'emergenza epidemiologica in corso.
COMMENTO	Si evidenzia la criticità di reclutamento legata ad alcuni profili professionali specifici, quali il personale del comparto sanitario, legato ad un'alta percentuale di turn over ed alcune specialità di area medica, quali la pediatria, l'anestesia e rianimazione, la radiologia, la ginecologia con l'emissione di diversi bandi con esito carente rispetto ai fabbisogni aziendali.

DENOMINAZIONE	Piano operativo di lavoro agile per dipendenti dell'area tecnico/amministrativa
OBIETTIVO	Si intende sviluppare un nuovo modello organizzativo e culturale di organizzazione del lavoro aziendale, riorganizzare le attività, gli spazi di lavoro, conciliare i tempi lavoro/famiglia, in base alle indicazioni in materia di lavoro agile regionali/nazionali. Realizzazione di piano operativo di lavoro agile per dipendenti dell'area tecnico/amministrativa compatibilmente con le potenzialità organizzative e l'effettività del servizio erogato.
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Legge 81/2017 Lavoro agile • D.L. n.18 del 17.03.2020 e D.L. 34 del 19.05.2020 • L. n.77/2020 • DPCM 19.10.2020 e DPCM 24.10.2020
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Avvio del progetto lavoro agile • Recepimento e applicazione disposizioni attuative
VALORE ATTESO	Avvio del 100% del lavoro agile
VALORE OTTENUTO	E' stato garantito, a rotazione, il lavoro agile del personale amministrativo delle Unità Operative, in ottemperanza alle deliberazioni aziendali che hanno definito le attività da svolgere necessariamente in presenza.
COMMENTO	Le attività proprie dell'ASST hanno richiesto un'attenta e costante valutazione delle esigenze di supporto all'ambito sanitario per il contrasto dell'emergenza epidemiologica, nel contempo sono state attentamente ponderate le esigenze famigliari dei dipendenti per la definizione dei criteri di rotazione.

MODELLO ORGANIZZATIVO

DENOMINAZIONE	Potenziamento posti letto di intensiva e sub-intensiva in fase pandemica																																																																																																									
OBIETTIVO	Progettazione del modello organizzativo per il potenziamento delle aree intensive richiesto durante la fase di emergenza pandemica																																																																																																									
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • D.L. n. 6 23.02.2020 e s. • DPCM 23.02.2020 e s. • DD.GG.RR Emergenza CoViD-19 																																																																																																									
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento n. posti letto di degenza CoViD-19 in fase emergenziale, Presidio di Crema • Incremento n. posti terapie intensiva TI in fase emergenziale 																																																																																																									
VALORE ATTESO	Incremento n. posti letto CoViD-19 e TI adeguato alle richieste regionali																																																																																																									
VALORE OTTENUTO	<table border="1" data-bbox="608 992 1029 1496"> <thead> <tr> <th colspan="7">Numero Dimissioni [acuti+riab]</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Tot</th> <th>Chi</th> <th>Med</th> <th>Riab</th> <th>Cvd</th> <th>% Cvd/Tot</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>gen</td><td>1285</td><td>480</td><td>722</td><td>83</td><td>0</td><td>0,0</td></tr> <tr><td>feb</td><td>1233</td><td>450</td><td>671</td><td>112</td><td>7</td><td>0,6</td></tr> <tr><td>mar</td><td>1008</td><td>133</td><td>793</td><td>82</td><td>467</td><td>46,3</td></tr> <tr><td>apr</td><td>805</td><td>93</td><td>688</td><td>24</td><td>412</td><td>51,2</td></tr> <tr><td>mag</td><td>810</td><td>203</td><td>584</td><td>23</td><td>148</td><td>18,3</td></tr> <tr><td>giu</td><td>938</td><td>325</td><td>578</td><td>35</td><td>35</td><td>3,7</td></tr> <tr><td>lug</td><td>1060</td><td>390</td><td>604</td><td>66</td><td>16</td><td>1,5</td></tr> <tr><td>ago</td><td>912</td><td>319</td><td>526</td><td>67</td><td>10</td><td>1,1</td></tr> <tr><td>set</td><td>1042</td><td>395</td><td>580</td><td>67</td><td>1</td><td>0,1</td></tr> <tr><td>ott</td><td>1136</td><td>445</td><td>606</td><td>85</td><td>28</td><td>2,5</td></tr> <tr><td>nov</td><td>947</td><td>260</td><td>646</td><td>41</td><td>220</td><td>23,2</td></tr> <tr><td>dic</td><td>891</td><td>226</td><td>627</td><td>38</td><td>177</td><td>19,9</td></tr> <tr><td>totali</td><td>12067</td><td>3719</td><td>7625</td><td>723</td><td>1521</td><td>12,6</td></tr> </tbody> </table> 	Numero Dimissioni [acuti+riab]								Tot	Chi	Med	Riab	Cvd	% Cvd/Tot	gen	1285	480	722	83	0	0,0	feb	1233	450	671	112	7	0,6	mar	1008	133	793	82	467	46,3	apr	805	93	688	24	412	51,2	mag	810	203	584	23	148	18,3	giu	938	325	578	35	35	3,7	lug	1060	390	604	66	16	1,5	ago	912	319	526	67	10	1,1	set	1042	395	580	67	1	0,1	ott	1136	445	606	85	28	2,5	nov	947	260	646	41	220	23,2	dic	891	226	627	38	177	19,9	totali	12067	3719	7625	723	1521	12,6
Numero Dimissioni [acuti+riab]																																																																																																										
	Tot	Chi	Med	Riab	Cvd	% Cvd/Tot																																																																																																				
gen	1285	480	722	83	0	0,0																																																																																																				
feb	1233	450	671	112	7	0,6																																																																																																				
mar	1008	133	793	82	467	46,3																																																																																																				
apr	805	93	688	24	412	51,2																																																																																																				
mag	810	203	584	23	148	18,3																																																																																																				
giu	938	325	578	35	35	3,7																																																																																																				
lug	1060	390	604	66	16	1,5																																																																																																				
ago	912	319	526	67	10	1,1																																																																																																				
set	1042	395	580	67	1	0,1																																																																																																				
ott	1136	445	606	85	28	2,5																																																																																																				
nov	947	260	646	41	220	23,2																																																																																																				
dic	891	226	627	38	177	19,9																																																																																																				
totali	12067	3719	7625	723	1521	12,6																																																																																																				
COMMENTO	Il report risulta coerente all'applicazione delle indicazioni contenute nella DGR 3264.																																																																																																									

GESTIONE DELLA CONTABILITA'

DENOMINAZIONE	Sviluppo azioni contabili CoViD-19
OBIETTIVO	Redazione di una contabilità separata CoViD-19, per monitorare e rendicontare i costi legati all'emergenza CoViD-19, ed analizzare l'impatto sull'azienda della emergenza epidemiologica.
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • D.L. n. 6 23.02.2020 e s. • DPCM 23.02.2020 e s. • DD.GG.RR Emergenza CoViD-19
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione Centro di Costo CoViD-19 per area/struttura • Presenza report costi legati all'emergenza CoViD-19
VALORE ATTESO	100% Sviluppo nei tempi/modi indicati
VALORE OTTENUTO	<p>Sono stati creati molteplici centri di costo, nel sistema gestionale aziendale, dedicati ai consumi di prodotti/servizi legati alla gestione dei pazienti covid positivi. La molteplicità dei centri di costo ha consentito di seguire l'evoluzione organizzativa dell'ASST. Parimenti, sono stati creati centri di costo nella contabilità analitica regionale, nel rispetto delle indicazioni fornite da Ministero e da Regione Lombardia.</p> <p>Nel gestionale aziendale sono stati creati specifici report dedicati alla rappresentazione delle spese contabilizzate nei centri di costo covid, in parallelo ai report già esistenti</p>
COMMENTO	<p>L'ASST ha pienamente adempiuto alle richieste contabili degli enti sovraordinati.</p> <p>La reportistica di cui al punto n.2 dell'obiettivo è stata sin da subito resa visibile sia alla Direzione Strategica sia ai professionisti sanitari aziendali</p> <p>In aggiunta a quanto richiesto dall'obiettivo, si specifica che sono inoltre state sviluppate anche tutte le altre dinamiche contabili richieste dagli enti sovraordinati (es. marcatura dell'ordine di fornitura con la dicitura "COV-20") e sono stati identificati i "budget" di spesa dedicati ad acquisti di prodotti covid.</p>

TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

DENOMINAZIONE	Donazioni: contabilizzazione e trasparenza
OBIETTIVO	Per garantire al donatore la massima trasparenza rispetto a quanto donato, è importante restituire una rendicontazione puntuale delle donazioni CoViD-19 ed il loro utilizzo/destinazione, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi e comunicazione attraverso gli strumenti messi a disposizione.
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • D.Lgs n.97 25.05.2016, D.Lgs n.33 14.03.2013 Legge n.190 /2012 e s.m.i.; Legge 3/2019 • ANAC • ORAC regionale
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione provvedimenti amministrativi di accettazione delle donazioni strumentazione--da IBAN ricevute • N. Atti adottati/ n. Atti pubblicati
VALORE ATTESO	100% delle donazioni adottate/pubblicate
VALORE OTTENUTO	<p>Tutte le donazioni ricevute (denaro, attrezzature e beni diversi) nel corso dell'anno solare 2020, sono state oggetto di pubblicazione sul sito internet aziendale.</p> <p>Per quanto attiene alle donazioni in denaro, è stato utilizzato anche il modulo di ANAC relativo al rapporto donazioni-utilizzi.</p> <p>Obiettivo pienamente raggiunto</p>
COMMENTO	<p>Al fine di garantire l'assolvimento degli obblighi di trasparenza l'Azienda ha provveduto alla pubblicazione, curandone il costante aggiornamento, della seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • provvedimenti di accettazione di donazioni di contributi/beni/ attrezzature: a tal proposito, si precisa, in particolare, che il valore al 31.12.2020 dei contributi introitati ammonta ad € 1.326.731,80 mentre il valore delle attrezzature e delle apparecchiature di cui è stata disposta l'accettazione corrisponde a complessivi € 708.467,30; • provvedimenti di acquisti di beni/servizi/strumentazioni mediante utilizzo dei fondi donati, nonché della relativa tabella riepilogativa; • prospetto di rendicontazione elaborato secondo le indicazioni ANAC, con indicazione del residuo. <p>La documentazione sopra elencata è reperibile sul sito istituzionale, rispettivamente nelle sezioni "Donazioni" e "Amministrazione trasparente – interventi straordinari e di emergenza".</p> <p>Il materiale è consultabile al seguente indirizzo: https://www.asst-crema.it/donazioni</p>

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

DENOMINAZIONE	Tele monitoraggio del paziente CoViD-19+
OBIETTIVO	Avviamento del progetto di tele monitoraggio del paziente CoViD-19 in dimissione, per sostenere la cura del paziente CoViD-19 positivo e la sua completa guarigione/riabilitazione, in base alle indicazioni contenute nelle DGR regionali/nazionali
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • D.L. n. 6 23.02.2020 e s. • DPCM 23.02.2020 e s. • DD.GG.RR Emergenza CoViD-19
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione del Centro Servizi pazienti CoViD+ (CSC+) • n. pazienti segnalati/ n. pazienti classificati da CSC+ • n. pazienti classificati HR/n. pazienti monitorati (distretto Crema)
VALORE ATTESO	<ul style="list-style-type: none"> • 100% realizzazione CSC+ • 100% classificati • 100% monitorati
VALORE OTTENUTO	<p>Il Centro di Monitoraggio e Telemonitoraggio del paziente Covid (Centro Servizi pazienti CoViD+ (CSC+) è operativo dalla fine di Ottobre 2020, contestualmente alla dichiarazione della seconda ondata pandemica;</p> <p>Al 31/12/2020 erano stati segnalati 469 pazienti da Ospedale, PS o Territorio, e il 1005 degli stessi è stato contattato per inquadramento e classificazione (240 basso rischio, 229 alto rischio);</p> <p>il 100% dei pazienti eleggibili, pari a 386, sono stati sottoposti a monitoraggio sino a negativizzazione. I rimanenti pazienti non erano gestibili perché fuori ATS (39), rifiuto (4), ricoverati durante il monitoraggio (40)</p>
COMMENTO	Il Centro ha risposto pienamente agli obiettivi per i quali era stato istituito, costituendo un servizio essenziale per fronteggiare in ambito territoriale la II e III ondata Covid

SICUREZZA PER I PAZIENTI E GLI OPERATORI

DENOMINAZIONE	Sicurezza per i pazienti e per gli operatori
OBIETTIVO	Garantire la massima sicurezza degli operatori/dipendenti aziendali e degli utenti che accedono alle strutture per tutta la durata dell’Emergenza CoViD-19
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • D.L. n. 6 23.02.2020 e s. – D.L. n.18 17.03.2020 • DPCM 23.02.2020 e s. • DD.GG.RR Emergenza CoViD-19
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione procedure e norme per l’uso dei DPI
VALORE ATTESO	Adozione del 100% delle procedure di sicurezza
VALORE OTTENUTO	<p>Collaborazione alla stesura della “Istruzione Operativa per le misure di protezione individuale-DPI prescritti per gestire l’emergenza Covid-19.</p> <p>Indicazioni sui DPI in relazione al contesto</p>
COMMENTO	<p>In relazione all’emergenza CoViD-19 si è reso necessario fornire specifiche indicazioni sulle misure da adottare durante l’attività lavorativa e sui Dispositivi di Protezione Individuale al fine di assicurarne l’utilizzo più appropriato in relazione al setting assistenziale.</p> <p>Tali indicazioni sono state costantemente aggiornate in base all’evoluzione dell’epidemia, secondo le indicazioni nazionali e regionali, in coerenza con le linee guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità ed in conformità alle attuali evidenze scientifiche.</p>