

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI CREMA



PIANO DELLE PERFORMANCE

2021 - 2023



Ospedale
Maggiore



Regione
Lombardia

ASST Crema

Sistema Socio Sanitario

INDICE DEI CONTENUTI

IL PIANO DELLA PERFORMANCE	3
Struttura e finalità	3
L'emergenza epidemiologica COVID-19	6
ASST DI CREMA	7
Cenni descrittivi dell'assetto organizzativo aziendale	7
Il contesto demografico di riferimento	10
La performance gestionale e l'attuale posizionamento nel panorama regionale	13
IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023	16
1. EFFICIENZA NELLA GESTIONE	16
2. PROCESSI ORGANIZZATIVI E SODDISFAZIONE DELL'UTENZA	19
3. EFFICACIA, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	21
4. ACCESSIBILITÀ ALLA STRUTTURA	23
5. ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT	28
6. ATTIVITÀ LEGATA AGLI OBIETTIVI DI TRASPARENZA E LOTTA ALLA CORRUZIONE	30
7. POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DELLA STRUTTURA	31
8. ELIMINAZIONE DELLE FORME DI DISCRIMINAZIONE E RICERCA DELLE PARI OPPORTUNITÀ	32
DETTAGLIO COVID	333
1. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	33
2. MODELLO ORGANIZZATIVO	33
3. GESTIONE CONTABILE	34
4. ORGANIZZAZIONE SERVIZI TERRITORIALI	34
5. SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER GLI OPERATORI	346

IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Struttura e finalità

Premessa: genesi del documento e riferimenti normativi

Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione.

Le amministrazioni pubbliche infatti devono adottare, in base a quanto disposto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi.

Il Piano pertanto costituisce l'atto che dà avvio al ciclo della performance (pianificazione – misurazione – valutazione – monitoraggio – rendicontazione) e mira ad essere uno strumento di comunicazione degli obiettivi di miglioramento che un'Azienda Pubblica ha scelto di perseguire in un determinato orizzonte temporale. Il Piano si inserisce quindi nel periodico processo aziendale di pianificazione e programmazione degli obiettivi di miglioramento, costituendone una rappresentazione sintetica, redatta in un formato comprensibile e rivolto ad utenti esterni all'azienda.

In coerenza con le risorse assegnate, nel presente documento sono riportati gli obiettivi, gli indicatori ed i valori target su cui si baserà la misurazione e la rendicontazione della performance, esplicitando di fatto anche le strategie aziendali attuate al fine di assicurare la qualità e la continuità di lungo periodo dei servizi erogati. In particolar modo per un'Azienda Sanitaria di diritto pubblico, la performance deve essere intesa come la capacità di rispondere ai diversi interessi ed attese dei soggetti che sono direttamente o indirettamente coinvolti nelle attività svolte dell'Azienda: pertanto, un Piano della Performance adeguato deve tenere in considerazione sia l'esito dell'attività svolta dalla propria Azienda, sia il modo in cui esso viene percepito e compreso dai vari portatori di interesse.

La scelta dell'orizzonte temporale

Sin dalla prima stesura di questo documento, l'allora A.O. di Crema aveva deciso di redigere il Piano focalizzandone i contenuti su un orizzonte temporale annuale, al fine di fornire esplicita evidenza alle azioni previste per l'anno di competenza ed agli obiettivi operativi ad esso correlati; le diverse edizioni del Piano peraltro richiamavano quanto effettuato nel corso dell'anno precedente attraverso gli indicatori di monitoraggio degli obiettivi in essi contenuti o attraverso la riproposizione degli stessi obiettivi anno dopo anno garantendo, in questo senso, una importante continuità contenutistica alle varie edizioni del documento.

A partire dall'anno 2016 tuttavia, l'ASST di Crema ha deciso di redigere il proprio Piano della Performance in discontinuità con quanto effettuato nel passato, strutturandolo *ab origine* lungo un orizzonte temporale triennale. Questa scelta, supportata dalle considerazioni relative alla continuità contenutistica sopra espresse, è stata implementata anche al fine di dare attuazione ad una duplice finalità:

- 1) garantire, a livello logico e metodologico, il completo rispetto dell'orizzonte temporale suggerito all'interno del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009;
- 2) garantire, a livello contenutistico, di poter disporre di uno strumento in grado di seguire l'evoluzione organizzativa e strutturale dell'Azienda sanitaria di Crema che, nel rispetto di quanto previsto dalle norme di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, attraversa nel periodo in esame la progressiva e completa transizione da "Azienda Ospedaliera" ad "Azienda Socio-Sanitaria Territoriale".

La revisione annuale del documento poi consente, nel rispetto delle indicazioni normative vigenti, la predisposizione di un aggiornamento “a scorrimento”, garantendo una visione continua sull’evoluzione aziendale e sul periodico cambiamento degli obiettivi oggetto di interesse aziendale.

Le fonti e lo stile

Il Piano della Performance è stato redatto attingendo a tutte le fonti informative disponibili, a livello aziendale e regionale (portali, norme e documenti resi disponibili alle aziende sanitarie) utilizzate dalla ASST, al fine di dare concreta rappresentazione del reale percorso di identificazione delle priorità operative e degli strumenti necessari al loro monitoraggio. Ciò, si è reso necessario anche per la molteplicità di aspetti gestionali da tenere in considerazione, molto differenti tra loro anche per contenuti e caratteristiche (produzione di prestazioni sanitarie, efficacia delle cure, efficienza nella gestione dei fattori produttivi, qualità percepita e accessibilità dell’Azienda).

Lo stile utilizzato per la descrizione di questi temi è stato scelto, volutamente, quanto più possibile lontano dai tecnicismi propri del settore sanitario (per quanto ovviamente possibile) al fine di garantire ad un’ampia molteplicità di lettori la comprensibilità di quanto riportato e discusso, come peraltro previsto nelle finalità intrinseche di questo documento. Escludendo quindi alcune specificità tipiche di aspetti normativi o professionali che caratterizzano il settore sanitario e che non sono “semplificabili” a livello stilistico, il Piano della Performance mira a garantire un alto livello di comprensibilità e di diffusione tra i vari stakeholder dell’ASST di Crema.

Struttura e contenuti

A livello compositivo, nella redazione del Piano sono stati tenuti in considerazione sia gli indirizzi forniti dall’O.I.V. regionale in appositi incontri realizzati nei primi mesi dell’anno 2013 (che hanno permesso di garantire chiarezza sulla tipologia di struttura attraverso la quale redigere il documento, sulla modalità di esposizione e trattazione dei contenuti e, in generale, per garantire una migliore adeguatezza rappresentativa complessiva) sia, chiaramente, quanto richiamato all’interno del Decreto Legislativo 150/2009. In questo senso, richiamando proprio gli indirizzi dell’O.I.V. regionale per la redazione del presente documento citati in precedenza, si esplicita che per la redazione del presente Piano sono stati rispettati i quattro seguenti presupposti:

- **logica di integrazione:** gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa dovranno essere sempre letti in ottica integrata con il sistema di valutazione della performance individuale nonché con il “Programma triennale per la trasparenza e l’integrità” (articolo 13, comma 6, lettera e), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150);
- **coerenza:** il sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere adottato in coerenza con quanto definito nei documenti aziendali (es. Documento di Programmazione, POAS, Risk management, etc.) e nel budget aziendale;
- **enfasi sull’orientamento di lungo periodo** già intrinseco al concetto stesso di “Piano” della Performance, che porta al superamento di una visione strettamente annuale del presente documento, orientato invece ad un arco temporale di più ampio respiro;
- **iso-risorse:** con l’intento di evitare la creazione di una sovrastruttura, si rimanda ai principi contenuti nel D. Lgs 150/2009, secondo cui l’introduzione di un sistema di valutazione e misurazione della performance deve avvenire considerando solo e soltanto le risorse disponibili nonché gli attuali strumenti strategici e manageriali già in essere nelle aziende sanitarie (processo interno di riallocazione di risorse).

A livello strutturale, nell’intento di fornire una concreta rappresentazione della multidimensionalità relativa all’attività erogata da un’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale e delle linee guida citate, si è tradizionalmente

optato per il mantenimento della suddivisione dei diversi obiettivi in sei distinte categorie, con l'intento di aumentare la chiarezza espositiva nella lettura e nella rendicontazione.

Tali categorie sono:

1. Efficienza gestionale;
2. Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza;
3. Efficacia, appropriatezza, qualità dell'assistenza;
4. Accessibilità alla struttura;
5. Attività di Risk Management;
6. Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione
7. Potenziamento tecnologico della struttura
8. Eliminazione delle forme di discriminazione e ricerca delle pari opportunità.

La scelta delle categorie è stata studiata al fine di permettere il monitoraggio di tutte le dimensioni di maggiore rilevanza e di pubblico interesse e per consentire una ampia rappresentazione della performance di un'azienda sanitaria pubblica, esplicitando risultati relativi all'efficacia delle cure, all'efficienza nell'utilizzo delle risorse impiegate, all'economicità ed all'equità di accesso ai diversi servizi.

Per rappresentare le dinamiche organizzative e gestionali legate all'emergenza COVID-19, a partire dall'anno 2020 è stata aggiunta una sezione dedicata ad indicatori legati alle attività di gestione dell'emergenza covid, mentre dall'anno 2021 si è inserita una specifica appendice descrittiva dell'evoluzione dell'assetto organizzativo-assistenziale nel corso dell'emergenza.

Gli obiettivi che compongono le categorie sono proposti attraverso una struttura tabellare che, oltre a garantire notevole chiarezza, permette di mantenere le stesse caratteristiche nella descrizione di ogni singolo obiettivo: la dimensione di performance, la descrizione, i riferimenti normativi, l'indicatore utilizzato per il monitoraggio ed i riferimenti per la determinazione del valore target per una valutazione della performance; ogni obiettivo pertanto presenta un'adeguata contestualizzazione e risulta di immediata comprensibilità anche per un lettore poco esperto di temi legati al settore sanitario.

Una struttura così definita assicura inoltre una adeguata rappresentazione della performance in quanto esplicita la modalità di definizione per ciascun obiettivo all'interno della categoria di riferimento. Da ultimo, un ulteriore vantaggio di questo modello consiste nella immediata verificabilità nella pertinenza degli obiettivi che l'Azienda si pone rispetto ai bisogni della collettività e della loro capacità di determinare un significativo miglioramento dei servizi erogati. Non da ultimo, struttura ed obiettivi hanno trovato approvazione anche dalla Direzione Strategica aziendali.

Gli obiettivi riportati nel Piano trovano poi successiva coerente traduzione operativa, attraverso formulazioni e diciture appositamente declinate, nei prospetti di programmazione di budget annuali.

La collaborazione con il Nucleo di Valutazione Aziendale

Nella progettazione e nella definizione della struttura e dei contenuti del presente documento sono stati fondamentali i contributi forniti dal Nucleo di Valutazione Aziendale che, attraverso puntuali suggerimenti e definendo opportune linee di indirizzo, fornisce un solido supporto metodologico all'Azienda in tutte le fasi legate al processo di programmazione e di valutazione.

In conclusione, attraverso il presente documento l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema ha inteso esplicitare gli aspetti di particolare interesse per la valutazione del proprio andamento complessivo nel periodo preso in considerazione, evidenziando aspetti gestionali e sanitari che rappresentano misure di sintesi rappresentative di processi di più ampia portata. Ciò è stato implementato sia nel rispetto delle vigenti normative in tema di trasparenza dell'attività delle pubbliche amministrazioni, sia nel rispetto delle indicazioni del management dell'ASST, che con questo documento coglie l'occasione per mostrare solide basi

nell'area della pianificazione, maturate negli anni a diversi livelli di progettualità sia di lungo periodo (nel perseguimento degli obiettivi regionali) sia di breve periodo (nella loro traduzione annuale in strumenti di programmazione aziendali quali il ciclo budget) e nell'area della valutazione della performance fornita.

Emergenza COVID-19

Rispetto alla versione adottata negli anni precedenti il Piano della Performance 2020-2022 ha doverosamente ampliato la propria struttura per ricomprendere al proprio interno specifici indicatori dedicati alla descrizione di attività fondamentali per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. L'ASST di Crema, operante per la cittadinanza residente della provincia di Cremona, si è infatti trovata pienamente coinvolta nella iniziale e più catastrofica ondata/fase pandemica del virus SARS-2 CoViD-19 (come ben evidenziato nel grafico seguente, per intensità e precocità) ed ha dovuto affrontare situazioni drammatiche ed emergenziali mai affrontate prima. L'Azienda ha, sin da subito, rivolto le proprie forze alla riorganizzazione di tutti i servizi, convertendo ed attrezzando reparti/servizi per far fronte alla grave emergenza sanitaria e diventando in brevissimo tempo un Ospedale dedicato pressoché interamente alla cura dei pazienti COVID.

Heatmap - incidenza per 100000

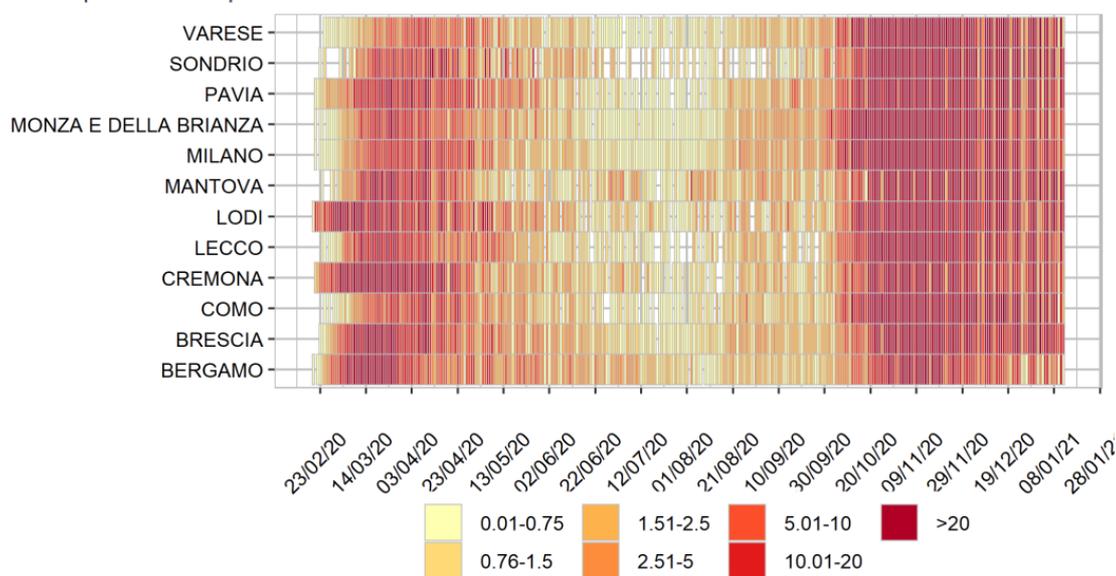


Grafico 1- INCIDENZA CASI CORONAVIRUS PER 100.000 ABITANTI DALL'INIZIO DELLA PANDEMIA

FONTE: <http://www.salute.gov.it/>

In virtù di quanto sopra, il Piano delle Performance così redatto ha mantenuto la propria finalità di programmazione triennale e di continuità di contenuti, declinando obiettivi, indicatori e risultati attesi per la misurazione e la valutazione annuale dell'Azienda. Tutto ciò nella consapevolezza che, anche per l'anno corrente, l'attività clinico-assistenziale sarà fortemente condizionata dal perdurare della situazione emergenziale. Per questo motivo il Piano è stato integrato con una serie di nuovi indicatori: al fine di valorizzare le attività straordinarie, messe in atto al fine di fronteggiare lo stato di emergenza epidemiologica che a tutt'oggi persiste. Un'appendice descrittiva, a conclusione del Piano, riepilogherà i mutamenti organizzativi ed assistenziali messi in atto dalla scrivente ASST al fine di testimoniare il rilevante impatto a tutti i livelli dell'emergenza epidemiologica.

Gli indicatori tradizionalmente adottati pertanto verranno proposti solo al fine di rilevare le performance ottenute, a fini rappresentativi, senza la definizione di un valore obiettivo il cui raggiungimento, alla luce dell'epidemia e della sua portata, appare come ovvio non prioritario per l'anno corrente.

ASST DI CREMA

Cenni descrittivi dell'assetto organizzativo aziendale

La Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale, che svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute dei cittadini e della collettività, ufficialmente costituita con decorrenza 1° gennaio 2016 con DGR X/4496/2015 a cui ha fatto seguito il Decreto Direttore Generale Welfare n. 11962 del 31 dicembre 2015 avente per oggetto le prime determinazioni in merito al trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO.

L'assetto organizzativo aziendale si fonda sul modello organizzativo di natura dipartimentale, in coerenza con le indicazioni normative nazionali e regionali in tema di struttura ed organizzazione delle aziende sanitarie ed al fine di garantire il governo clinico delle prestazioni erogate e di assicurare una attenta gestione amministrativa e finanziaria.

Il funzionamento dell'ASST è disciplinato dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con la A.S.L. e la Regione.

In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

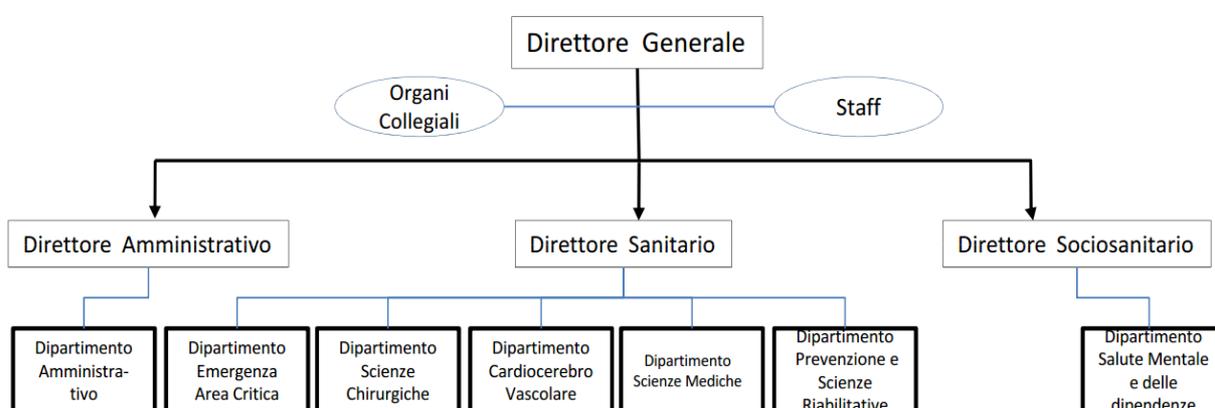
- all'individuazione di modelli organizzativi che prediligono la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze;
- a dotarsi di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- all'adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna;
- alla ricostruzione della filiera erogatrice fra ospedale e territorio;

Su tali principi l'azienda ha redatto ed inviato entro i tempi previsti il POAS.

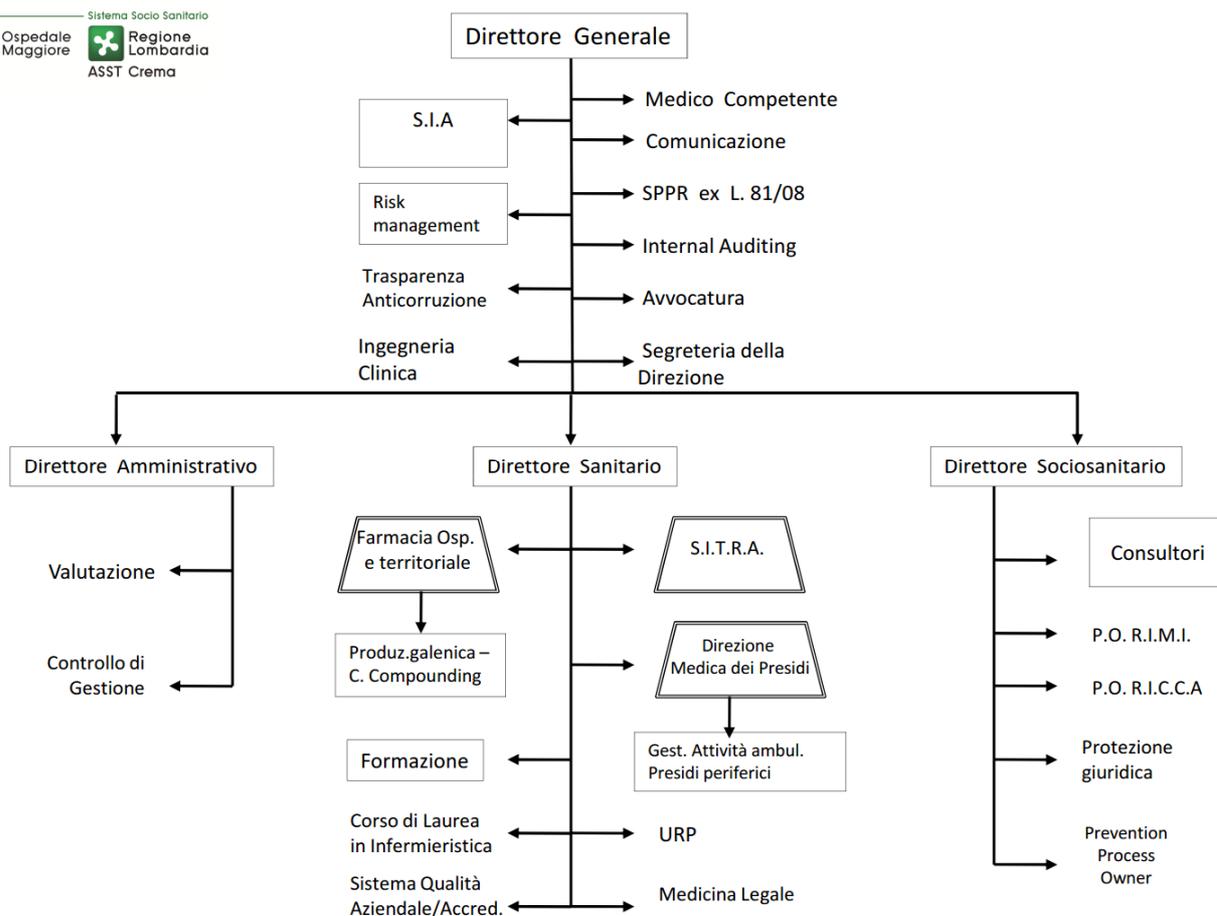
Il POAS è stato autorizzato dalla Giunta Regionale e recepito con deliberazione aziendale n. 208 del 29/06/2017.

Di seguito si riporta lo schema dell'assetto organizzativo Dipartimentale aziendale:

Direzioni e Dipartimenti



e, tramite il diagramma alla pagina seguente, una rappresentazione dell'articolazione degli staff alle Direzioni:



L'attività sanitaria erogata dall'ASST di Crema è articolata attraverso le seguenti strutture:

- Presidi Ospedalieri di Crema (acuti) e Rivolta d'Adda (riabilitazione)
- U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Crema
- U.O. di Psichiatria (SPDC e Centro Psico Sociale di Crema)
- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza di Crema
- Appartamenti di Residenzialità leggera di Rivolta d'Adda
- Centro di Cure Sub Acute di Soncino
- Poliambulatori di Crema e Rivolta (presso le sedi ospedaliere), Castelleone e Soncino
- U.O. Consultorio Familiare
- Ser.D. Servizio Dipendenze di Crema
- U.O. di Prevenzione – Centro Vaccinale
- U.O. Cure Palliative Domiciliari

L'ASST di Crema è inoltre parte della rete del soccorso sanitario in condizioni di emergenza urgenza, coordinata a livello regionale per l'ambito organizzativo e gestionale da AREU. L'ASST di Crema in particolare risulta essere un'articolazione dell'AAT-di Cremona per il distretto territoriale di Crema: l'attività svolta coinvolge le aree dei mezzi di soccorso (base ed avanzati) ed un'attività di coordinamento con la centrale operativa, posta nell'ASST di Cremona; non è prevista attività di elisoccorso.

La dotazione dei posti letto per ricoveri ordinari acuti dell'ASST di Crema è sottodimensionata per rispondere alle necessità della popolazione di riferimento. Il fenomeno è il risultato di due azioni coincidenti e contrastanti:

- azioni di efficientamento degli ospedali disposte dalle programmazioni nazionali e regionali che hanno determinato una contrazione delle risorse a cui l'azienda di Crema ha risposto oltre le aspettative;
- incremento costante della popolazione del bacino di riferimento;

Il 2017 (ultimo dato disponibile) ha visto l'ulteriore decremento del tasso di ospedalizzazione (dal 109 per mille al 108,3 per mille abitanti), che si riteneva quasi incompressibile. Sulla base dei dati della ASST si stima per il 2019 il consolidamento di tali valori atteso che il numero di ricoveri è rimasto sostanzialmente invariato. Nel solo Presidio di Crema i posti letto effettivi ordinari e day hospital sono 351 (al netto di posti letto chiusi per ristrutturazione, BIC, MAC, Sub Acuti e posti tecnici su 409 pl per acuti accreditati) pari ad un tasso di 2,01 posti per 1000 abitanti, decisamente inferiore al valore di 3/1000 stabilito dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012.

Inoltre, al fine di valutare il corretto dimensionamento dell'ASST rispetto ai suoi effettivi bisogni è tipico ricorrere all'utilizzo del Tasso di Ospedalizzazione e del Tasso di Posti letto per acuti. In questo senso:

- Il Tasso di ospedalizzazione del bacino di utenza negli anni si è ridotto significativamente ben al di sotto del limite nazionale di ricoveri del 160/1000 ab./anno; è pari al 108,3/1000 per i ricoveri acuti ordinari ed il 116,6/1000 se consideriamo tutti i ricoverati del distretto in qualsiasi ospedale (dati relativi all'anno 2017 ultimi disponibili). Questi tassi sono inferiori ormai ai tassi raggiunti da Regione Lombardia ed a livello Nazionale da molte regioni italiane (Report Ministero della Salute 2013);
- sull'onda di un fenomeno internazionale che ha coinvolto tutti i sistemi sanitari si è assistito ad una riduzione significativa del tasso dei posti letto per 1000 abitanti. In Italia l'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale prevede un tasso pari al 3 per mille ab. L'Italia ha un tasso pari al 3,60. Nel bacino di utenza della ASST di Crema attualmente si raggiunge un tasso pari a 2 posti letto per acuti per 1000 abitanti, che, anche se rapportati al saldo della mobilità attiva-passiva (fuga 40%, attivi 15%) è largamente al di sotto dello standard nazionale.

I dati proposti dimostrano che l'ASST di Crema ha raggiunto un buon livello di appropriatezza, sostenuto anche dai dati numerici presentati nei capitoli successivi, e che il perdurante e costante incremento demografico rappresenta ancora un fattore estremamente critico in grado di far saltare il delicato equilibrio raggiunto.

Le risorse umane operanti presso l'ASST

La situazione delle risorse umane in servizio presso l'ASST di Crema è sintetizzata dalla tabella seguente:

Macro Classi di Profili/Aree Contrattuali	Delibera 290/2017	Delibera 18/10/2018	Delibera 502 18/12/2019	DGR 3526/2020 PTF Anno 2020	Personale in servizio			Cessazione personale			Assunzioni personale			Totale complessivo (B)
	Situazione 01/07/2017	PTF 2018	PTF 2020		al 01/01/2020			anno 2020			anno 2020			
					(A)	T.IND.	T.DET.	TOTALI	T.IND.	T.DET.	TOTALI	T.IND.	T.DET.	
01) Personale Infermieristico		574	600	584	555	28	583	50	13	63	65		65	585
02) Personale Tecnico Sanitario		82	76	70	68	2	70	8	2	10	7		7	67
03) Personale Vigil. Ispezione		21	19	21	14	5	19	3		3	5		5	21
04) Personale della Riabilitazione		64	72	71	65	6	71	1	1	2	1	2	3	72
05) Assistenti Sociali		14	13	10	9	1	10	2		2			0	8
06) Personale Amministrativo		166	154	148	136	11	147	17	3	20	3	11	14	141
07) OTA OSS – OPERATORE TECNICO		126	133	123	113	11	124	8	7	15	7	12	19	128
08) Personale ruolo Tecnico		130	95	85	85		85	8		8	2	1	3	80
09) Pers. Ausiliario Sp. Serv. Assistenzial		1	1	2	2		2			0			0	2
11) Assistente Religioso		3	3	3	3		3			0			0	3
Totale area comparto	1121	1181	1166	1117	1.050	64	1114	97	26	123	90	26	116	1.107
13) Dirigenza Medica	248	250	256	236	226	10	236	19	6	25	13	6	19	240
15) Dirigenza Sanitaria + Prof. Sanitarie	27	27	27	24	20	5	25		1	1	0	1	1	27
16) Dirigenza Professionale e Tecnica	11	4	5	5	4	1	5	1	0	1		1	1	5
17) Dirigenza Amministrativa		8	7	6	6	2	8	1	1	2	1		1	7
Totale area dirigenza	286	289	295	271	256	18	274	21	8	29	14	8	22	267
Totale complessivo	1407	1470	1461	1388	1.306	82	1388	118	34	152	104	34	138	1.374
					1.388			152			138			1.374

Il contesto demografico di riferimento

Il bacino di utenza prevalente è l'Area Nord della provincia di Cremona sostanzialmente corrispondente al distretto Socio-Sanitario di Crema della ex ASL della provincia di Cremona. La L.R. n.23/2015, infatti istituendo l'ASST di Crema, ha stabilito che l'ASST comprende il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema: in tale ambito territoriale non rientra il territorio di Soresina.

I provvedimenti amministrativi conseguenti hanno confermato tale impostazione:

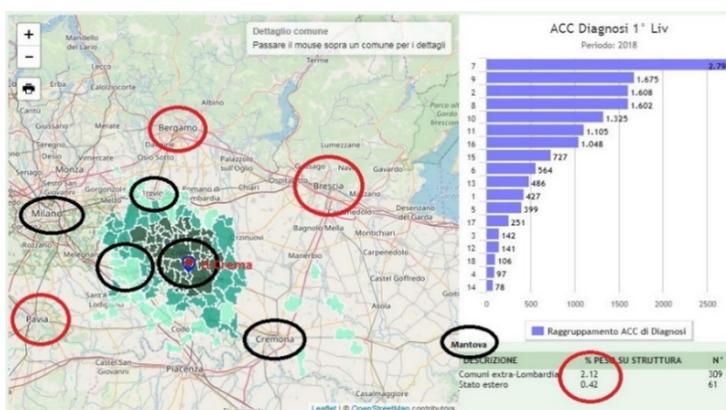
- il decreto DGS n. 7362 del 14/09/2015 nell'allegato A, alla scheda relativa all'ATS della Val Padana conferma la suddetta indicazione;
- la DGR n. X/4496 del 10/12/2015 avente per oggetto "Attuazione L.R. 23/2015: costituzione Azienda socio-sanitaria territoriale (ASST) di Crema" richiama e conferma l'ambito territoriale indicato nella L.R. n. 23/2015.

L'ASST di Crema pertanto ingloba la precedente AO di Crema (eccezion fatta per il distretto soresinese ceduto all'ASST di Cremona) e le attività erogative del distretto di Crema dell'ex ASL di Cremona (dal 01/01/2017 comprensive anche dell'attività di vaccinazione).

Il contesto demografico del Territorio della ASST di Crema riveste alcune peculiarità di rilievo ed interesse nella programmazione e realizzazione dei servizi sanitari.

Infatti il territorio della ASST si identifica in buona sostanza con il Distretto di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona. Costituisce anche il naturale bacino di riferimento del Presidio Ospedaliero di Crema per i ricoveri acuti e delle altre strutture del Polo Ospedaliero per le componenti Riabilitative e Sub Acute come evidenziato nelle Figure seguenti:

Fig. 1 – Bacino di utenza del Presidio di Crema - Ospedale per Acuti



Nella figura sono evidenziati gli Ospedali intorno a Crema (in rosso gli HUB).

Fig. 2 – Bacino di utenza del Presidio di Rivolta D'Adda - Presidio di Riabilitazione Specialistica

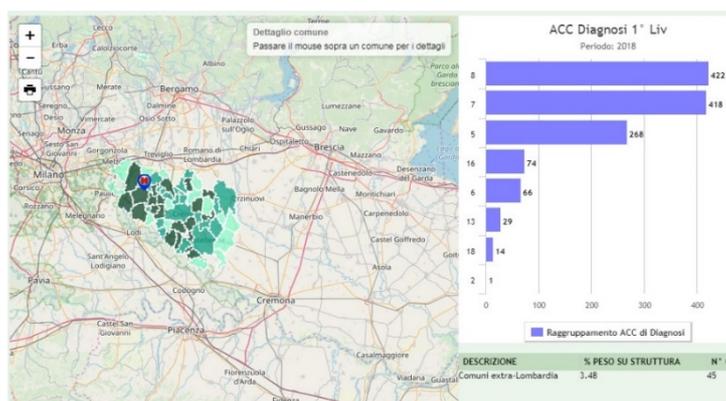
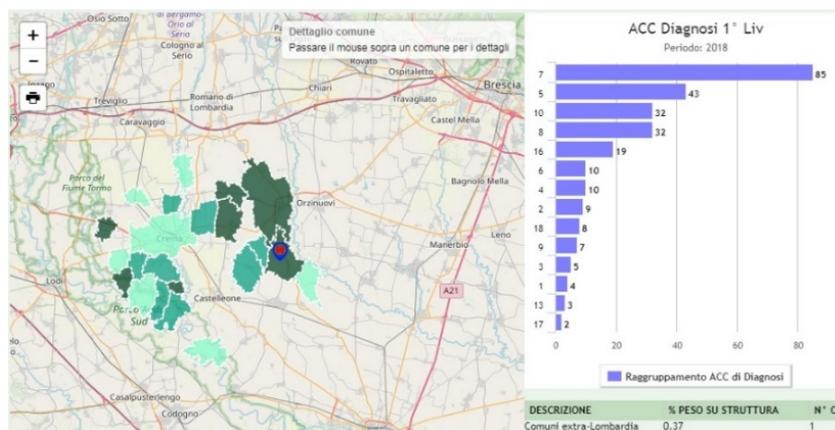


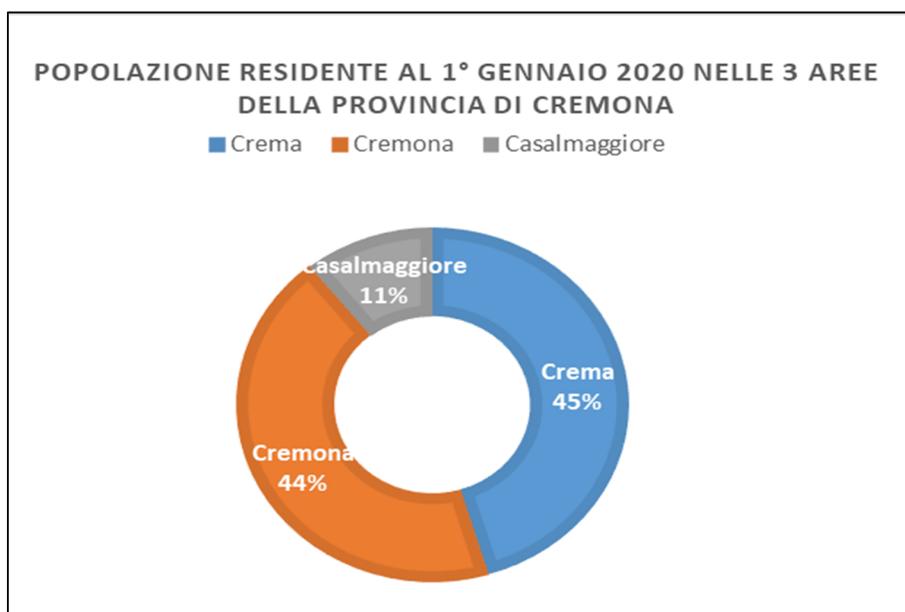
Fig. 3 – Bacino di utenza del Presidio Sub Acuti di Soncino



La situazione demografica della provincia di Cremona si caratterizza per i seguenti elementi:

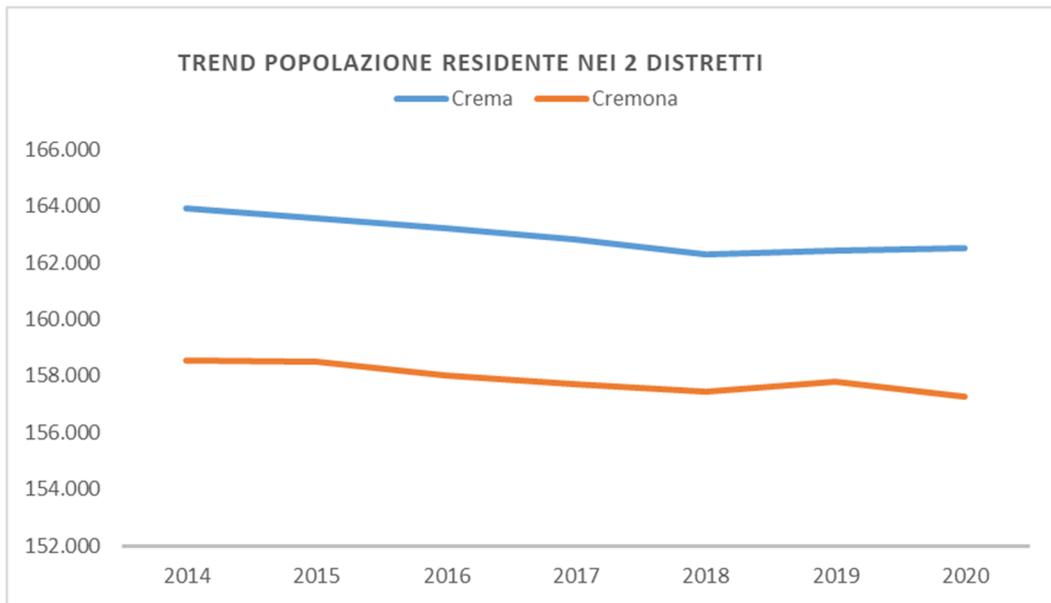
- Distretto più popoloso nell' ambito provinciale;
- Posizione baricentrica del Presidio Ospedale Maggiore di Crema rispetto ai Comuni del Distretto;

Distretti	N.Comuni	Kmq	abitanti
Crema	48	572,95	162.541
Cremona	47	833,17	157.252
Casalmaggiore	20	364,45	38.554



Distretti	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Crema	163.935	163.589	163.223	162.821	162.323	162.453	162.541
Cremona	158529	158503	158.022	157709	157415	157781	157.252

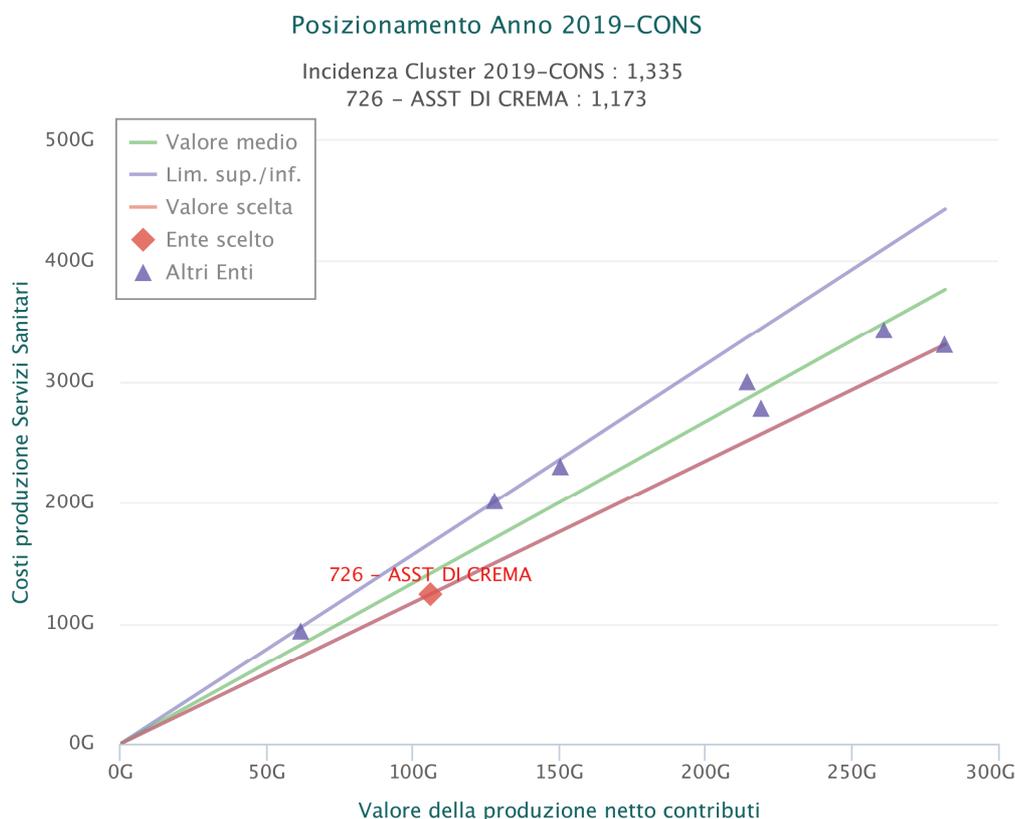
Elaborazione su dati ISTAT <https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/banche-dati/statbase>



Diversamente dal distretto del capoluogo di provincia, il distretto cremasco vede un lieve incremento della popolazione in questi ultimi due anni.

La performance gestionale e l'attuale posizionamento nel panorama regionale

Al fine di dare rappresentazione della performance dell'ASST di Crema in area gestionale, si ricorre all'utilizzo della reportistica fornita da Regione Lombardia attraverso i cruscotti resi disponibili sul "portale" dedicato al Controllo di Gestione. I dati rappresentati sono gli ultimi valori disponibili sul portale e sono stati elaborati da Regione Lombardia. Nella sezione descrittiva verranno anche fornite le chiavi di lettura per la corretta interpretazione dei dati presentati dai grafici.



Lettura dei dati:

il grafico mostra il posizionamento di aziende relative al medesimo cluster, in una rappresentazione che compara i costi di produzione complessivi ed il valore della produzione (al netto dei contributi, comprendendo i ricavi da funzione).

EXCURSUS PER L'INTERPRETAZIONE DEI DATI

- tra i valori da posizionarsi sull'asse delle ascisse, sarebbe stato possibile selezionare il valore dei ricavi PSSR Rideterminato o i soli volumi produttivi (DO+DH+MAC): si è deciso di mantenere il valore complessivo della produzione al netto dei contributi in quanto rappresentativo della totalità dell'attività aziendale (esso infatti comprende anche ambulatoriale, subacuti, file f, cure palliative, tutte attività di assoluto rilievo nell'economia complessiva aziendale);
- i valori posizionati sull'asse delle ordinate saranno invece oggetto di variazione nel corso della trattazione, al fine di fornire una panoramica del nostro posizionamento soprattutto con particolare riferimento alle situazioni di maggiore criticità;
- la scelta delle aziende rientranti nel cluster di riferimento regionale non è un'opzione selezionabile, corrisponde ad una precisa scelta elaborata da Regione.

Il valore medio della performance delle aziende appartenenti al cluster è rappresentato in ogni grafico dalla riga centrale, di colore verde.

Nel grafico alla pagina precedente la nostra ASST è posizionata in corrispondenza della retta più bassa, corrispondente alla situazione di maggior efficienza: nel nostro caso infatti l'incidenza dei costi sulla produzione è la più bassa tra le aziende del cluster. In particolare, al termine del consuntivo 2019 la nostra azienda ha mostrato il rapporto tra costi e ricavi (valore della produzione al netto dei contributi) pari a 1,173, in linea con l'ASST di Mantova (valore pari a 1,174), che si differenzia dalla scrivente per una maggiore dimensione dei dati di ricavo e di costo, viste le maggiori dimensioni dell'ASST stessa.

Da una prima, complessiva analisi quindi è possibile desumere un positivo livello di performance della nostra ASST, come nel caso della precedente rilevazione, si mantiene assolutamente al di sotto della media delle aziende presenti nel cluster individuato da Regione Lombardia (media pari a 1,335).

Attraverso la seguente rappresentazione è poi possibile approfondire il livello di conoscenza delle voci di costo che compongono i costi complessivi del bilancio aziendale. Le righe caratterizzate dal "quadrato verde" evidenziano un positivo posizionamento aziendale rispetto al panorama delle aziende prese a riferimento, mentre quelle di colore rosso o giallo evidenziano situazioni di crescente criticità.

SINTESI DEI RISULTATI ECONOMICI E DEI VOLUMI PRODUTTIVI			
		Incidenza Costi	
		Ente	Media Cluster
Costi per la produzione dei Servizi Sanitari		1,17	1,34
Costi del personale:		0,73	0,85
.. Di cui costo fisso del personale:		0,53	0,63
.. Di cui costo variabile del personale:		0,19	0,22
Costo per i Beni:		0,11	0,15
..di cui Costo per Beni Sanitari:		0,10	0,14
..di cui Costo per Beni non Sanitari:		0,01	0,01
Costo per i Servizi:		0,26	0,21
..di cui Costo per Servizi Sanitari:		0,13	0,09
..di cui Costo per Servizi non Sanitari:		0,13	0,12

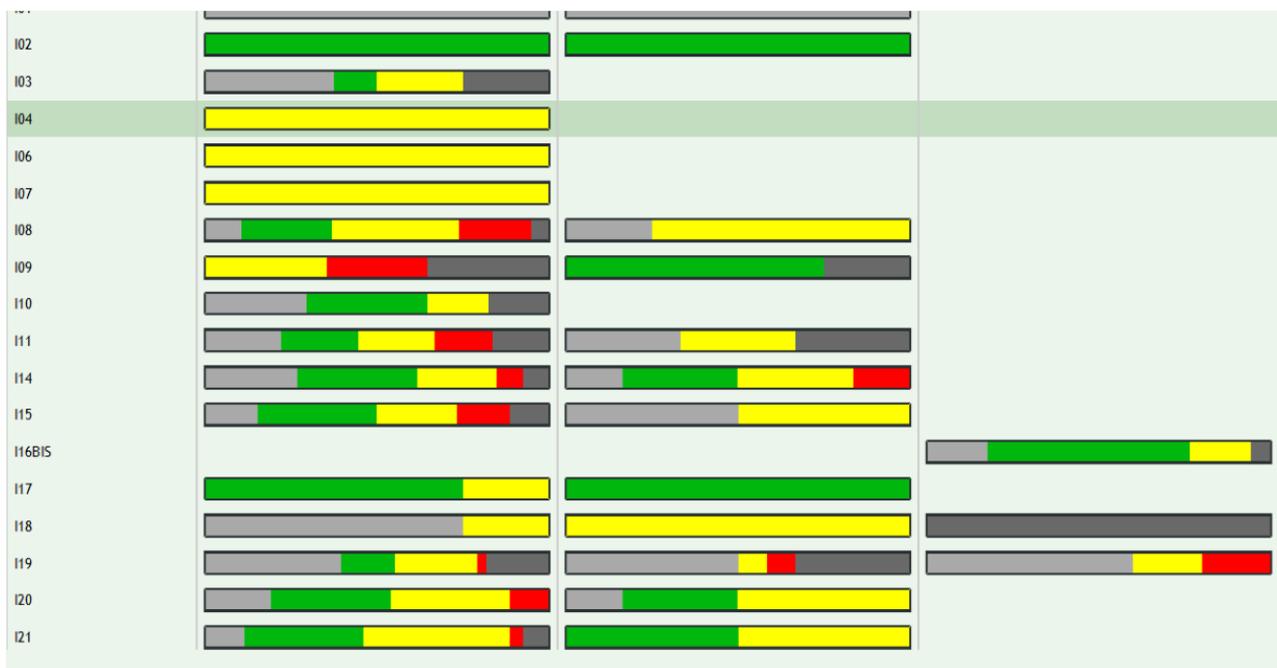
Nello specifico, per la nostra ASST è prioritario monitorare l'area dei costi per servizi, la cui incidenza è pari al 26% dei costi complessivi, in incremento rispetto alla precedente rilevazione in cui tale incidenza era stata identificata pari al 22%.

Per completezza, con riferimento anche agli indicatori proposti nelle pagine seguenti, si riporta una panoramica degli indicatori del cruscotto di Controllo di Gestione, attraverso l'immagine proposta alla pagina seguente:

L'elenco degli indicatori è di seguito proposto:

- I01 – costo consumo di materiale diagnostico (CND W) su fatturato di produzione
- I02 - costo Strumentario chirurgico (K, L) su numero DRG chirurgici e AMB chirurgica
- I03 - costo Materiali protesici (endoprotesi) su fatturato DRG con protesi
- I04 - Costo Materiali protesici (dispositivi impiantabili attivi) su fatturato DRG con protesi
- I05 - costo Farmaci su gg degenza
- I06 - Costo sala operatoria per 1.000 euro di fatturato chirurgico

- I07 - Costo sala operatoria per intervento
- I08 - Prestazioni per interni laboratorio per 1.000 euro di fatturato
- I09 - Prestazioni per interni radiologia per 1.000 euro di fatturato
- I10 - Prestazioni per interni anatomia patologica per 1.000 euro di fatturato
- I11 - Prestazioni per interni trasfusionale per 1.000 euro di fatturato
- I14 - Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato
- I15 - Costo Beni Sanitari per 1.000 euro di fatturato
- I16 - costo Personale Comparto Assistenza su gg degenza
- I16 bis - Costo Personale Comparto Assistenza per 1000 euro di fatturato poliambulatorio ospedaliero
- I17 - Costo Personale tecnico per 1.000 euro di fatturato Servizi
- I18 - Fatturato di Produzione per tecnico
- I19 - Fatturato di Produzione per medico
- I20 - Costo Medico per 1.000 euro di fatturato
- I21 - Costo Personale per 1.000 euro di fatturato



Il cruscotto deve essere analizzato nel rispetto delle seguenti chiavi di lettura:

- 1) il colore verde, indica la presenza di UU.OO. con un valore dell'indicatore inferiore al valore medio regionale; il colore giallo, indica UU.OO. con uno scostamento del +/- 10% dal valore medio regionale; il rosso, evidenzia UU.OO. che presentano una situazione di criticità rispetto al valore regionale (scostamento > 10%, in peggioramento);
- 2) La proporzione di ciascun colore sulla lunghezza totale dell'asta è direttamente proporzionale al numero di UU.OO. afferenti a quel colore;
- 3) il primo box di sinistra è il presidio di Crema, il secondo è il presidio di Rivolta d'Adda, il terzo è il "territorio".

La panoramica complessiva degli indicatori, pur individuando particolari situazioni in cui può essere opportuno porre attenzione al fine di migliorare il consumo dei fattori produttivi (sezioni "rosse") è tuttavia tale da restituire una situazione aziendale positiva e, nel complesso, assolutamente non critica.

IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023

1. 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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.

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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.

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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.

DENOMINAZIONE	Efficientamento attività contabile: recupero crediti e cessioni di credito
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare la capacità dell'ASST di implementare un'efficace attività di gestione amministrativa e contabile. Nello specifico, due sono le attività di interesse aziendale: <ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione dell'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 - rifiuto delle cessioni di credito da parte dei fornitori dell'ASST
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	Prosecuzione attività di riscossione dei crediti verso soggetti privati intrapresa a partire dall'annualità 2019 Rifiuto tempestivo di tutte le cessioni di credito nel rispetto della normativa vigente
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà ad una puntuale rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita. Per quanto attiene alle cessioni, l'obiettivo è il tempestivo rifiuto di tutte le cessioni di credito che verranno notificate all'ASST

DENOMINAZIONE	Programmazione Acquisti ARIA - Perimetro di aggregazione
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo mira alla riattivazione di una programmazione dei Consorzi di acquisto (Unione ASST: ATS BG, BS e Valpadana - AIPEL) ad integrazione delle attività di ARIA, stante l'attuale difficoltà dell'Azienda Regionale nell'espletamento delle procedure.</p> <p>Quanto sopra al fine di rendere maggiormente efficace l'azione di ARIA e quella dei Consorzi nell'aggregazione dei fabbisogni espressi, creando un vero e proprio "Sistema di acquisti in rete"; si punta ad ottenere la standardizzazione del processo di centralizzazione, laddove le esigenze degli Enti sanitari si identificano in beni e servizi di interesse comune in larga scala e/o rappresentano valori di spesa considerevoli dove la centralizzazione è strumento idoneo a ottenere risparmi economici. Tale standardizzazione definisce il perimetro di aggregazione di ARIA che, unitamente alle "sub-aggregazioni" gestite direttamente dai Consorzi, porta alla presa in carico del maggior numero di procedimenti di acquisto gestibili per rispondere alle esigenze degli Enti Sanitari. Rimangono in capo ad ARIA, ovviamente, i procedimenti di acquisto afferenti categorie merceologiche definite nel DPCM 11/7/2018.</p> <p>Il piano sarà oggetto di monitoraggio congiunto svolto attraverso incontri periodici fra DGW, ARIA e Consorzi.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>Verbale riunione COORDINATORI CONSORZI del 4/11/2020 Verbale riunione COORDINATORI CONSORZI del 20/11/2020 Report Tavolo Tecnico degli Appalti – ARIA DEL 21/11/2020</p>
INDICATORE	<p>Partecipazione alla programmazione che sarà concordata all'interno del Consorzio AIPEL e presa in carico di eventuali procedure assegnate</p>
CALCOLO DEL VALORE TARGET	<p>Partecipazione alla programmazione che sarà concordata all'interno del Consorzio AIPEL e presa in carico di eventuali procedure assegnate</p>

2. PROCESSI ORGANIZZATIVI E SODDISFAZIONE DELL'UTENZA

DENOMINAZIONE	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno aziendale dedicato alla formazione del proprio personale dipendente. 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
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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.

DENOMINAZIONE	Analisi dei risultati emergenti dai report di customer satisfaction
DESCRIZIONE E FINALITA'	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. 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.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza Regole annuali di Gestione dell'SSR
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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita.

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	<p>Andamento dei reclami e delle segnalazioni spontanee</p> <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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

DENOMINAZIONE	Riorganizzazione accessi servizi distrettuali - Costituzione Punto Unico di Accesso
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira ad unificare e riunire l'accoglienza dei servizi territoriali, la gestione e la prenotazione degli accessi e costituire un Punto Unico per i servizi al cittadino
RIFERIMENTI NORMATIVI	(Regole di sistema anno 2020 - Riforma Legge 23 - Modelli Organizzativi di Riferimento)
INDICATORE	<p>Documento progettuale di realizzazione del servizio approvato dalla Direzione entro il 31/3.</p> <p>Realizzazione degli step di progetto previsti entro le scadenze del Piano</p>
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Scostamento percentuale dei tempi di completamento degli step rispetto alla durata in giorni del cronoprogramma < 10%

3. EFFICACIA, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

DENOMINAZIONE	Tempestività di gestione delle fratture di femore
DESCRIZIONE E FINALITA'	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 DWH Regionale. 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.
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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

DENOMINAZIONE	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
DESCRIZIONE E FINALITA'	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. 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.
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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

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.</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	Infarto miocardico acuto: N. casi trattati con PTCA entro due giorni / N. casi trattati con PTCA
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

DENOMINAZIONE	Qualità e tempestività della Valutazione Multidimensionale per l'accesso ai servizi e alle misure a erogazione distrettuale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Per l'accesso a tutti i servizi sociosanitari erogati e supportati dall'Azienda è richiesta una valutazione accurata delle condizioni psicofisiche e socio economiche del richiedente. Questo ruolo è svolto da unità diversamente organizzate e denominate ma che svolgono le stesse funzioni. E' richiesta l'istituzione di un team di coordinamento che presidi il rispetto della tempistica e verifichi la qualità delle valutazioni in rapporto ai setting disponibili.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta delle Unità Operative aziendali Condivisione tra Dipartimento di Salute Mentale e Strutture Territoriali
INDICATORE	Documento progettuale di realizzazione del servizio approvato dalla Direzione entro il 31/3. Rispetto ai tempi massimi richiesti per l'effettuazione delle valutazioni
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Realizzazione step di progetto previsti entro le scadenze del Piano, compatibilmente con le esigenze legate alla gestione dei casi covid Scostamento rispetto ai tempi massimi richiesti per l'effettuazione delle valutazioni < 10%

DENOMINAZIONE	Realizzazione di servizi a supporto della integrazione trasversale e longitudinale tra patologia psichiatrica, disabilità e dipendenze
DESCRIZIONE E FINALITA'	Obiettivo favorire l'integrazione tra tutti i servizi del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, e gli altri servizi territoriali focalizzati sui soggetti multiproblematici.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge 15 Regole di Gestione del SSR per l'anno 2020
INDICATORE	Documento progettuale di realizzazione del servizio approvato dalla Direzione entro il 31/3. Realizzazione step di progetto previsti entro le scadenze del Piano, compatibilmente con le esigenze legate alla gestione dei casi covid
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Scostamento percentuale dei tempi di completamento step rispetto alla durata in giorni del cronoprogramma <10%

DENOMINAZIONE	Sviluppo di servizi integrati delle dipendenze per la prevenzione del danno, la presa in carico precoce e la riabilitazione e recupero di giovani adulti
DESCRIZIONE E FINALITA'	Obiettivo è favorire la realizzazione di un'offerta integrata e di soluzioni clinico/assistenziali adeguate alla prevenzione della cronicità tra tutti i servizi delle Dipendenze.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta delle Unità Operative aziendali Condivisione tra Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Riabilitazione
INDICATORE	Documento progettuale di realizzazione del servizio approvato dalla Direzione entro il 31/3. Realizzazione step di progetto previsti entro le scadenze del Piano, compatibilmente con le esigenze legate alla gestione dei casi covid
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Scostamento percentuale dei tempi di completamento degli step rispetto alla durata in giorni del cronoprogramma <10%

4. ACCESSIBILITÀ ALLA STRUTTURA

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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

DENOMINAZIONE	Tempo di attesa presso CUP Aziendale, PUA Territoriale e presso PS per classi di priorità
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo mira, attraverso i due indicatori proposti, a valutare la permanenza in attesa agli sportelli CUP aziendali dell'utenza ambulatoriale ed a valutare i tempi di risposta da parte delle strutture aziendali in presenza di specifiche problematiche di natura urgente.</p> <p>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).</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali • Il secondo indicatore rientra all'interno dei parametri di qualità aziendali
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • % Pazienti con tempo di attesa medio al CUP > di 30 minuti • % Pazienti con tempo di attesa medio al PUA > di 30 minuti • % di pazienti in codice giallo visitati entro 30 minuti
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

DENOMINAZIONE	Mantenimento dell'attività di donazione di sangue
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	1) Rispetto del Piano Annuale di compensazione delle unità di Sangue
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

5. ATTIVITÀ 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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

DENOMINAZIONE	Incremento delle segnalazioni di reazione avversa a farmaci
DESCRIZIONE E FINALITA'	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.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza • Normativa nazionale Farmacovigilanza
INDICATORE	Numero segnalazioni anno in corso / Numero segnalazioni anno precedente
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Per l'anno 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

DENOMINAZIONE	Incremento del tasso di copertura vaccinale (non covid) indicato da ATS
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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

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 2021 non verrà posto un valore target ma si procederà alla rilevazione del dato al fine di rappresentare e descrivere la performance conseguita

6. ATTIVITÀ 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	Obiettivo è la pubblicazione del 100% dei documenti previsti dalla normativa

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	Numero di misure di prevenzione della corruzione attuate nel 2021 / Numero di misure di prevenzione della corruzione previste dal PTPCT 2021
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Obiettivo è l'attuazione del 95% delle misure di prevenzione previste dal PTPCT 2021

7. POTENZIAMENTO TECNOLOGICO DELLA STRUTTURA

DENOMINAZIONE	Sviluppo percorsi di Digitalizzazione aziendale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a garantire operativamente la transizione digitale dell'amministrazione, attraverso il perseguimento dei seguenti cinque percorsi di potenziamento informatico dell'attività aziendale
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"> • Integrazione informatica di tutte le fonti contabili (cassa, stipendi, ecc.) nella contabilità generale • Informatizzazione degli armadietti farmaci di reparto e scarico consumi in tempo reale • Informatizzazione dei procedimenti amministrativi e della gestione documentale • Sviluppo dei processi cooperativi basati su piattaforme informatiche (posta elettronica, Intranet, VDC,..) • Informatizzazione dei processi e dematerializzazione dei documenti di valutazione e del Fascicolo del Personale
CALCOLO DEL VALORE TARGET	<ul style="list-style-type: none"> • Per l'anno 2021 obiettivi prioritari di quest'area saranno l'informatizzazione dei procedimenti amministrativi e della gestione documentale e l'informatizzazione degli armadietti di reparto

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 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. • D.L. 19 maggio 2020 n. 34, con Legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77: Misure urgenti in materia di salute...connesse all'emergenza epidemiologica da COVID 19: <ul style="list-style-type: none"> - modifica impiantistica in due box terapia intensiva (c/o RIA); - intervento di trasformazione n. 20 posti letto degenza in n. 10 posti letto Terapia Intensiva (c/o MAU); - intervento di trasformazione per conversione di n. 8 posti letto di degenza in n. 5 posti letto di Terapia Intensiva (c/o PNL – UTIR2) - intervento di separazione dei percorsi del Pronto Soccorso con indicazione di Aree distinte per pazienti sospetti Covid (c/o Pronto Soccorso attuale) • Decreto relativo al bilancio di previsione per l'anno 2021
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	Rispetto di quanto sopra esposto per ciascun investimento in conto capitale che verrà implementato dall'Azienda

8. ELIMINAZIONE DELLE FORME DI DISCRIMINAZIONE E RICERCA DELLE PARI OPPORTUNITÀ

DENOMINAZIONE	Aggiornamento 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 • deliberazione n. 319 del 17.06.2020
INDICATORE	Aggiornamento del Piano come da indicazioni normative
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Redazione dell'atto entro il 31/03/2021, con deliberazione del Direttore Generale

DENOMINAZIONE	Piano organizzativo del lavoro agile (POLA)
DESCRIZIONE E FINALITA'	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.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>Art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77</p> <ul style="list-style-type: none"> • deliberazione n. 142 del 13.03.2020 • deliberazione n. 183 del 27.03.2020 • deliberazione n. 604 del 29.10.2020
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo del POLA quale strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo • Adozione di specifiche azioni volte a promuovere e valorizzare il lavoro agile nella pubblica amministrazione
CALCOLO DEL VALORE TARGET	Adozione dei necessari provvedimenti aziendali entro le tempistiche dettate dalla normativa

DETTAGLIO OBIETTIVI PER LA GESTIONE DELL'EPIDEMIA COVID

Di seguito sono rappresentati obiettivi, indicatori e valore atteso, sviluppati per rappresentare le attività implementate per la gestione dell'emergenza da CoViD-19, in attuazione delle indicazioni nazionali/regionali ed a supporto delle necessità di salute della popolazione di riferimento.

1. 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 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
VALORE ATTESO	Adozione tempestiva atti e sviluppo procedure per supportare i bisogni aziendali

2. MODELLO ORGANIZZATIVO

DENOMINAZIONE	Progettualità per il potenziamento della rete ospedaliera
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">• DGR 3331/2020• DGR 3479/2020• DGR 3264/2020• DL 34/2020
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none">• Avvio delle attività progettuali per il potenziamento della rete ospedaliera approvate dagli enti sovraordinati• Rispetto dei termini e delle indicazioni per la rendicontazione contabile
VALORE ATTESO	Completamento delle progettualità indicate nei provvedimenti normativi per l'ASST di Crema, nel rispetto dei modi e dei tempi indicati

3. GESTIONE CONTABILE

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
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 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 • Compilazione modello ministeriale Ni-Cov
VALORE ATTESO	Costante aggiornamento della reportistica e alimentazione dei centri di costo

4. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI

DENOMINAZIONE	Centro CoViD e tele monitoraggio del paziente pre e post-acuto
DESCRIZIONE E FINALITA'	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
RIFERIMENTI NORMATIVI	<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)
CALCOLO DEL VALORE TARGET	<ul style="list-style-type: none"> • 100% realizzazione CSC+ • 100% classificati • 100% monitorati

DENOMINAZIONE	Riabilitazione e follow up delle complicanze nel paziente CoVID 19
DESCRIZIONE E FINALITA'	Garantire un appropriato ed efficiente intervento riabilitativo nei pazienti affetti da forme severe di COVID-19 (prolungata ospedalizzazione, degenza in unità intensive di cura, persone fragili e con plurime comorbidità), finalizzato alla riduzione delle disabilità specifiche e alla ripresa di funzione e partecipazione sociale.
RIFERIMENTI NORMATIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. DGR 9583 6/8/2020 2. Istituto superiore di sanità: Disease control and prevention (CDC) novel Coronavirus 2019 3. Raccomandazioni AIPO, ARIR, SIMFER, EAPC per la riabilitazione COVID-19 nei contesti della riabilitazione specialistica respiratoria, cardiologica e neuromotoria
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di percorsi riabilitativi, in base al setting assistenziale (in-patient e out-patient), attivati per pazienti affetti da COVID-19 come evento indice o come comorbidità di altro evento indice (indicatore di performance) • Numero di percorsi di telemonitoraggio e/o teleriabilitazione attivati nei pazienti affetti da COVID-19 (indicatore di performance) • Numero di pazienti con raggiunta stabilizzazione clinica, incremento della capacità funzionale globale e incremento della qualità di vita al termine del percorso riabilitativo (indicatore di esito) • Numero di pazienti con mantenimento di stabilizzazione clinica durante il percorso di telemonitoraggio/teleriabilitazione (indicatore di esito)
CALCOLO DEL VALORE TARGET	<p>Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% di compilazione di progetto e programma riabilitativo individuale (PRI e pri) nei percorsi riabilitativi attivati su pazienti COVID-19 ▪ >75% di percorsi di telemonitoraggio e/o teleriabilitazione effettivamente attivati dopo selezione del paziente candidato, verifica di idoneità tecnologica e consenso ottenuto ▪ Tasso di interruzione definitiva del programma riabilitativo per eventi clinici maggiori <20% ▪ Incremento della capacità funzionale globale al termine del programma riabilitativo (valutata mediante idoneo test es. TE, CPET, 6MWT, Barthel, SPPB) >5% in almeno il 75% della popolazione riferita ▪ Incremento della qualità di vita al termine del programma riabilitativo (valutata mediante idonea scala di valutazione es. EuroQoL, SF-36) in almeno il 75% della popolazione riferita ▪ Tasso di interruzione volontaria da parte del paziente del programma di telemonitoraggio/teleriabilitazione inferiore al 20% (indicatore di esito)

5. SICUREZZA PER I PAZIENTI E PER 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. • DGR Emergenza CoViD-19
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione procedure e norme per l’uso dei DPI tutti i dipendenti • Rilevazione temperatura e consegna DPI in area amministrativa • (Accessi alle strutture: rilevazione temperatura corporea utenti/pazienti e somministrazione questionario Covid)
VALORE ATTESO	Adozione del 100% delle procedure di sicurezza sopra indicate in tutte le strutture operative aziendali

DENOMINAZIONE	Attuazione piano vaccinale regionale
OBIETTIVO	Garantire la massima aderenza alle indicazioni operative regionali, adeguando la propria capacità erogativa all’ evolversi della disponibilità di farmaci, di personale, di risorse complessive disponibili, nonché delle indicazioni organizzative, normative e finanziarie emanate dal livello nazionale.
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • D.L. 12/2/2021 • DGR XI/4353 del 24/2/2021 • Circ. DGW 1672/2021
INDICATORE	Rispetto dei tempi e delle modalità vaccinali previste come da indicazioni del Piano Vaccinale Regionale
VALORE ATTESO	Aumento della capacità vaccinale (linee) come programmato dal Comitato Esecutivo Regionale