

# Relazione alla Performance dell'anno 2018



---

# INDICE DEI CONTENUTI

## INTRODUZIONE

La Relazione alla Performance: struttura e finalità	Pag. <b>2</b>
Breve sintesi dei risultati conseguiti nell'anno 2018	Pag. <b>3</b>

## LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE DELL'ANNO 2018

Efficienza nella gestione	Pag. <b>4</b>
Processi organizzativi	Pag. <b>8</b>
Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza	Pag. <b>10</b>
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Pag. <b>15</b>
Attività di risk management	Pag. <b>18</b>
Implementazione della L.R. 23/2015	Pag. <b>22</b>
Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione	Pag. <b>24</b>

---

# 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 2018, iniziato attraverso la stesura del Piano della Performance per il Triennio 2016-2018, 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, hanno 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 sette aree:

- Efficienza gestionale;
- Processi organizzativi;
- Efficacia dell'appropriatezza e dell'assistenza;
- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza;
- Attività di Risk Management;
- Implementazione dei principi della L.R. 23/2015;
- Promozione della Trasparenza e Lotta alla Corruzione.

All'interno di ciascuna di esse 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 sono state esplicitate le finalità, i riferimenti normativi, la dimensione della gestione aziendale interessata ed il valore obiettivo: 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. Ad esse sono poi stati aggiunti il valore effettivamente conseguito al termine dell'anno 2018 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 strategica 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 2018**

I risultati proposti nel presente elaborato hanno mostrato, nel complesso, un solido allineamento con quanto atteso dai valori fissati come obiettivo. Ciascuna delle sette aree di performance individuate non ha evidenziato peculiari disallineamenti o rilevanti criticità ma anzi, l'andamento dell'anno appena concluso, caratterizzato dal consolidamento delle attività legate all'implementazione di quanto richiesto dalla Legge Regionale 23/2015, ha evidenziato positivi risultati da parte dell'ASST di Crema, a testimonianza dell'impegno quotidiano profuso dai professionisti sanitari ed amministrativi nella predisposizione e nell'erogazione delle attività di assistenza e di cura del paziente. Attraverso i box proposti nelle pagine seguenti sarà 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 "commento".

Si noti come, tra i risultati di maggior positività si trovino gli indicatori relativi al mantenimento del livello di produzione, che risulta essere sempre superiore a quanto riconosciuto a contratto ed a bilancio: fattore questo non secondario, in quanto evidenzia l'estrema attenzione verso i bisogni della popolazione che risiede nel territorio di competenza dell'ASST; gli indicatori di accessibilità alla struttura (rilevazione dei tempi di attesa, documentazione sanitaria disponibile online) e gli indicatori di qualità dei processi di cura ed assistenza prestata (comprese le sezioni di Risk Management) di particolare interesse della Direzione Strategica e oggetto di costanti monitoraggi interni, inoltre, presentano risultati in linea con i valori target che l'Azienda, o gli enti regolatori di riferimento (Ministero, Regione, Agenas, ecc.) hanno posto come riferimento. Inoltre, presentano ottimi risultati gli indicatori legati all'implementazione della Legge Regionale di Riforma dell'SSR e, di assoluta importanza, anche l'indicatore relativo 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.

Per quanto riguarda il tema dell'efficienza della gestione, i tre indicatori analizzati presentano valori tra di loro coerenti, nel complesso in linea con l'andamento della produzione, ad evidenziare l'utilizzo di ciò che è strettamente necessario, senza sprechi. Da ultimo, è interessante anche valutare come sia incrementato sia il dato relativo ai questionari di customer satisfaction (a dimostrazione dell'interesse posto dalla Direzione Strategica alla qualità percepita da parte dell'utenza) sia il dato relativo all'incremento delle segnalazioni per reazioni avverse da farmaci, indicatore dell'estrema attenzione posta dal personale sanitario ad un'attenta verifica degli effetti dei prodotti farmaceutici somministrati ai pazienti.

# LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2018

## Efficienza nella gestione

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento del livello di produzione																																				
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.																																				
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente																																				
<b>INDICATORE</b>	Produzione effettiva da tabelle regionali / Produzione prevista da Bilancio consuntivo (target del confronto è l'anno 2016)																																				
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	<p>Si riportano i dati relativi agli indicatori del triennio 2015-2017:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Voce di produzione</th> <th>Indicatore 2015</th> <th>Indicatore 2016</th> <th>Indicatore 2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriali</td> <td>1,04</td> <td>1,01</td> <td>1,03</td> </tr> <tr> <td>Screening</td> <td>1,04</td> <td>1,01</td> <td>1,03</td> </tr> <tr> <td>Ricoveri</td> <td>1,03</td> <td>1,01</td> <td>1,02</td> </tr> <tr> <td>Sub Acuti</td> <td>1,78</td> <td>1,12</td> <td>1,01</td> </tr> <tr> <td>NPI + Progetti</td> <td>1,02</td> <td>1,08</td> <td>1,01</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td>1,01</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria + progetti</td> <td>1,22</td> <td>1,00</td> <td>1,02</td> </tr> <tr> <td><b>Totale</b></td> <td><b>1,05</b></td> <td><b>1,01</b></td> <td><b>1,02</b></td> </tr> </tbody> </table>	Voce di produzione	Indicatore 2015	Indicatore 2016	Indicatore 2017	Ambulatoriali	1,04	1,01	1,03	Screening	1,04	1,01	1,03	Ricoveri	1,03	1,01	1,02	Sub Acuti	1,78	1,12	1,01	NPI + Progetti	1,02	1,08	1,01	NRS	1,01	1,00	1,00	Psichiatria + progetti	1,22	1,00	1,02	<b>Totale</b>	<b>1,05</b>	<b>1,01</b>	<b>1,02</b>
Voce di produzione	Indicatore 2015	Indicatore 2016	Indicatore 2017																																		
Ambulatoriali	1,04	1,01	1,03																																		
Screening	1,04	1,01	1,03																																		
Ricoveri	1,03	1,01	1,02																																		
Sub Acuti	1,78	1,12	1,01																																		
NPI + Progetti	1,02	1,08	1,01																																		
NRS	1,01	1,00	1,00																																		
Psichiatria + progetti	1,22	1,00	1,02																																		
<b>Totale</b>	<b>1,05</b>	<b>1,01</b>	<b>1,02</b>																																		
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2018 sono riportati di seguito:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Voce di produzione</th> <th>Effettivo 2018</th> <th>Bilancio Cons. 2018</th> <th>Indicat. 2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriali</td> <td>26.925.568,24</td> <td>25.886.798,46</td> <td>1,04</td> </tr> <tr> <td>Screening</td> <td>264.400,92</td> <td>263.842,59</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Ricoveri</td> <td>56.442.214,82</td> <td>56.311.450,87</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Sub Acuti</td> <td>1.452.430,00</td> <td>1.449.717,55</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>NPI + Progetti</td> <td>1.400.575,92</td> <td>1.370.070,00</td> <td>1,02</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td>1.189.635,10</td> <td>674.121,00</td> <td>1,76</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria + progetti</td> <td>3.281.166,83</td> <td>3.323.970,19</td> <td>0,99</td> </tr> <tr> <td><b>Totale</b></td> <td><b>90.955.991,83</b></td> <td><b>89.279.970,66</b></td> <td><b>1,02</b></td> </tr> </tbody> </table>	Voce di produzione	Effettivo 2018	Bilancio Cons. 2018	Indicat. 2018	Ambulatoriali	26.925.568,24	25.886.798,46	1,04	Screening	264.400,92	263.842,59	1,00	Ricoveri	56.442.214,82	56.311.450,87	1,00	Sub Acuti	1.452.430,00	1.449.717,55	1,00	NPI + Progetti	1.400.575,92	1.370.070,00	1,02	NRS	1.189.635,10	674.121,00	1,76	Psichiatria + progetti	3.281.166,83	3.323.970,19	0,99	<b>Totale</b>	<b>90.955.991,83</b>	<b>89.279.970,66</b>	<b>1,02</b>
Voce di produzione	Effettivo 2018	Bilancio Cons. 2018	Indicat. 2018																																		
Ambulatoriali	26.925.568,24	25.886.798,46	1,04																																		
Screening	264.400,92	263.842,59	1,00																																		
Ricoveri	56.442.214,82	56.311.450,87	1,00																																		
Sub Acuti	1.452.430,00	1.449.717,55	1,00																																		
NPI + Progetti	1.400.575,92	1.370.070,00	1,02																																		
NRS	1.189.635,10	674.121,00	1,76																																		
Psichiatria + progetti	3.281.166,83	3.323.970,19	0,99																																		
<b>Totale</b>	<b>90.955.991,83</b>	<b>89.279.970,66</b>	<b>1,02</b>																																		
<b>COMMENTO</b>	La produzione erogata nel corso dell'anno 2018 è stata superiore rispetto a quanto riconosciuto nel bilancio consuntivo di fine anno in ciascuna delle sezioni di cui si compone. La tabella evidenzia una forte sovrapproduzione, rispetto a quanto successivamente finanziato, per l'area delle Cure Palliative Territoriali (NRS) ed un incremento della sovrapproduzione ambulatoriale rispetto all'anno precedente. Necessarie di nota sono la riduzione dell'indicatore sull'area dei ricoveri (incrementata la quota di produzione richiesta, e finanziata, rispetto all'anno precedente) e sull'area della Psichiatria (lieve differenza tra produzione richiesta e produzione erogata, per motivi tuttavia legati anche a criticità nel flusso informativo di rendicontazione delle prestazioni).																																				

<b>DENOMINAZIONE</b>	Efficientamento del costo del materiale farmaceutico																
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per materiale farmaceutico rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo del materiale farmaceutico rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da acquisti a miglior prezzo o ad una riduzione dei consumi.																
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente																
<b>INDICATORE</b>	Incidenza Costo farmaci (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali (target del confronto è l'anno 2016)																
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	<p>Si riportano i dati relativi al triennio 2015-2017:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Categoria</b></th> <th><b>Anno 2015</b></th> <th><b>Anno 2016</b></th> <th><b>Anno 2017</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> <td>88.297.703,98</td> <td>89.483.357,34</td> </tr> <tr> <td>Costo farmaci (no file F)</td> <td>2.591.000,00</td> <td>2.304.000,00</td> <td>2.132.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>Farmaci / Produzione</b></td> <td><b>2,88%</b></td> <td><b>2,61%</b></td> <td><b>2,38%</b></td> </tr> </tbody> </table>	<b>Categoria</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	89.483.357,34	Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00	2.304.000,00	2.132.000,00	<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>2,88%</b>	<b>2,61%</b>	<b>2,38%</b>
<b>Categoria</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>														
Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	89.483.357,34														
Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00	2.304.000,00	2.132.000,00														
<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>2,88%</b>	<b>2,61%</b>	<b>2,38%</b>														
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2018 è riportato di seguito:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>90.955.991,83</td> </tr> <tr> <td>Costo farmaci (no file F)</td> <td>2.304.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>Farmaci / Produzione</b></td> <td><b>2,53%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Totale Produzione	90.955.991,83	Costo farmaci (no file F)	2.304.000,00	<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>2,53%</b>										
Totale Produzione	90.955.991,83																
Costo farmaci (no file F)	2.304.000,00																
<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>2,53%</b>																
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore dell'indicatore è in lieve incremento rispetto all'anno precedente, evidenziando un incremento del peso percentuale del costo del materiale farmaceutico utilizzato rispetto al valore della produzione complessiva erogata dall'ASST di Crema (pur anch'essa in incremento).</p> <p>Concorrono al raggiungimento di un risultato di questo tipo una duplice tipologia di dinamiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• da un lato il lieve incremento dei costi (+8%), determinato dalle necessità cliniche dei pazienti in carico;</li> <li>• dall'altro lato, l'incremento della produzione complessiva (+ 2.43%), che passa da circa 89.483.000€ nel 2016 a 90.955.991,83€ nel 2018, in maniera non proporzionale con l'incremento delle spese per il fattore produttivo considerato.</li> </ul> <p>Nel complesso tuttavia è opportuno rilevare come, al di là del lieve incremento rispetto all'anno precedente, l'impatto percentuale del costo sia inferiore a quanto rilevato rispetto al biennio 2015-2016 e come la variazione percentuale, nel quadriennio 2015-2018, tra il valore percentuale più alto (2,88%, nell'anno 2015) sia comunque di minimo impatto, a testimonianza del complessivo controllo di questo specifico fattore produttivo.</p>																

<b>DENOMINAZIONE</b>	Efficientamento del costo dei dispositivi medici																
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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 dei dispositivi medici rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da acquisti a miglior prezzo o ad una riduzione dei consumi.																
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente																
<b>INDICATORE</b>	Incidenza Costo dispositivi medici (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali (target del confronto è l'anno 2016)																
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	<p>Si riportano i dati relativi al triennio 2015-2017</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Categoria</b></th> <th><b>Anno 2015</b></th> <th><b>Anno 2016</b></th> <th><b>Anno 2017</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> <td>88.297.703,98</td> <td>89.483.357,34</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.211.000,00</td> <td>6.335.000,00</td> <td>6.355.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>DM / Produzione</b></td> <td><b>6,91%</b></td> <td><b>7,17%</b></td> <td><b>7,10%</b></td> </tr> </tbody> </table>	<b>Categoria</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	89.483.357,34	Costo disp. medici	6.211.000,00	6.335.000,00	6.355.000,00	<b>DM / Produzione</b>	<b>6,91%</b>	<b>7,17%</b>	<b>7,10%</b>
<b>Categoria</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>														
Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	89.483.357,34														
Costo disp. medici	6.211.000,00	6.335.000,00	6.355.000,00														
<b>DM / Produzione</b>	<b>6,91%</b>	<b>7,17%</b>	<b>7,10%</b>														
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2018 è riportato di seguito:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>90.955.991,83</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.762.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>DM / Produzione</b></td> <td><b>7,43%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Totale Produzione	90.955.991,83	Costo disp. medici	6.762.000,00	<b>DM / Produzione</b>	<b>7,43%</b>										
Totale Produzione	90.955.991,83																
Costo disp. medici	6.762.000,00																
<b>DM / Produzione</b>	<b>7,43%</b>																
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore dell'indicatore è in incremento rispetto all'anno precedente, evidenziando un incremento del peso percentuale del costo dei dispositivi medici utilizzato rispetto al valore della produzione complessiva erogata dall'ASST di Crema, a fronte anche della compressione tra i costi totali per dispositivi medici di quanto utilizzato a livello territoriale (sez. TER di bilancio).</p> <p>Le determinanti di questa performance sono da ascrivere prevalentemente a prodotti di natura protesica legati all'introduzione di nuove specialità chirurgiche in Unità Operative aziendali (ad esempio, avvio di interventi di chirurgia ortopedica alla colonna vertebrale) o al potenziamento delle attività già in essere presso l'Azienda (es. Chirurgia Vascolare) e, in misura minore, all'utilizzo di specifici device di supporto in ambito chirurgico.</p> <p>Tuttavia, nonostante l'incremento (che, a livello percentuale, è comunque contenuto ed inferiore al mezzo punto percentuale), si coglie l'occasione per segnalare come nel complesso la situazione dell'ASST di Crema nell'area delle spese per dispositivi medici sia in linea nella media dei valori emergenti dal panorama delle aziende pubbliche regionali.</p>																

<b>DENOMINAZIONE</b>	Efficientamento del costo dei service sanitari																
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per service sanitari 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.																
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente																
<b>INDICATORE</b>	Incidenza Costo service sanitari (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali (target del confronto è l'anno 2016)																
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	<p>Si riportano i dati relativi al triennio 2015-2017:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Anno 2015</th> <th>Anno 2016</th> <th>Anno 2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> <td>88.297.703,98</td> <td>89.483.357,34</td> </tr> <tr> <td>Costo service sanitari</td> <td>10.089.000,00</td> <td>11.082.000,00</td> <td>11.393.000</td> </tr> <tr> <td><b>Service / Produzione</b></td> <td><b>11,23%</b></td> <td><b>12,55%</b></td> <td><b>12,73%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Categoria	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	89.483.357,34	Costo service sanitari	10.089.000,00	11.082.000,00	11.393.000	<b>Service / Produzione</b>	<b>11,23%</b>	<b>12,55%</b>	<b>12,73%</b>
Categoria	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017														
Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	89.483.357,34														
Costo service sanitari	10.089.000,00	11.082.000,00	11.393.000														
<b>Service / Produzione</b>	<b>11,23%</b>	<b>12,55%</b>	<b>12,73%</b>														
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2018 è riportato di seguito:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>90.955.991,83</td> </tr> <tr> <td>Costo service sanitari</td> <td>11.434.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>Service / Produzione</b></td> <td><b>12,57%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Totale Produzione	90.955.991,83	Costo service sanitari	11.434.000,00	<b>Service / Produzione</b>	<b>12,57%</b>										
Totale Produzione	90.955.991,83																
Costo service sanitari	11.434.000,00																
<b>Service / Produzione</b>	<b>12,57%</b>																
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore dell'indicatore ottenuto al termine dell'anno 2018 interrompe il trend di incremento rispetto agli anni precedenti, evidenziando una riduzione del peso percentuale del costo dei servizi sanitari cui si è fatto ricorso rispetto al valore della produzione complessiva erogata dall'ASST di Crema.</p> <p>Si precisa che, come implementato per il dato dei dispositivi medici, il valore riportato è il valore complessivo aziendale, in quanto il dato relativo ai sezionali TER e 118 del bilancio presenta un impatto minimo nel calcolo dell'indicatore: come tale, esso non è da considerarsi come critico.</p> <p>La riduzione di questo indicatore, in parallelo all'incremento dei due due precedenti, sono da considerarsi fenomeni correlati e tali da consentire il raggiungimento degli obiettivi di produzione in capo all'ASST di Crema.</p> <p>Con ulteriore riferimento anche agli indicatori proposti nelle pagine precedenti, si sottolinea che nell'ambito del panorama regionale una proxy di questo indicatore, benchè in miglioramento rispetto all'anno precedente, costituisce l'elemento di maggior criticità in quanto di valore più elevato rispetto a quanto evidenziato dalle altre aziende presenti nel campione di riferimento regionale per la scrivente azienda.</p>																



## Processi organizzativi

<b>DENOMINAZIONE</b>	Monitoraggio del tasso di assenteismo																			
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>Il monitoraggio del tasso aziendale di assenteismo rappresenta uno strumento utile, congiuntamente ad altri elementi, al fine di rappresentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il livello di efficienza nell'utilizzo del fattore risorse umane (la presenza di situazioni significativamente distanti dai valori medi nazionali può essere indice di fenomeni di abuso e/o di inefficienza nella gestione delle risorse umane)</li> <li>• le condizioni di lavoro e di benessere degli operatori (ad es. la presenza di valori medi nelle assenze per malattia potrebbe essere indice anche di condizioni lavorative inadeguate, fonte di stress etc che alimentano un incremento delle assenze per malattie)</li> </ul>																			
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Le tipologie d assenza sono identificate e disciplinate dai diversi contratti collettivi nazionali di lavoro delle tre aree in cui è raggruppato il personale che opera nel Comparto Sanità: area dirigenza medica – area dirigenza SPTA – area personale non dirigenziale																			
<b>INDICATORE</b>	A) gg assenza malattia retribuita / numero dipendenti a tempo indeterminato B) gg altre assenze / numero dipendenti a tempo indeterminato																			
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	<p>L'obiettivo è il mantenimento di un range di variazione tra il 5% ed il 10% tra il dato dell'anno di competenza ed il dato registrato nell'anno precedente.</p> <p>Dati anno 2015: Indicatore A) 7,37 gg/dipendente Indicatore B) 14,77 gg/dipendente</p> <p>Dati anno 2016: Indicatore A) 7,76 gg/dipendente Indicatore B) 13,64 gg/dipendente</p> <p><i>La fonte dei dati elaborati è costituita dal flusso ministeriale annuale denominato "Conto Annuale" che interessa tutte le Pubbliche Amministrazioni. L'elemento di confronto del dato aziendale è costituito dai dati complessivi del comparto "Servizio Sanitario Nazionale"</i></p>																			
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indicatore\Anno</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Indicatore A</td> <td>7,37</td> <td>7,76</td> <td>7,21</td> <td>7,64</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Indicatore B</td> <td>14,77</td> <td>13,64</td> <td>14,29</td> <td>11,75</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'indicatore è espresso in numero di giorni per dipendente</p>					Indicatore\Anno	2015	2016	2017	2018	Indicatore A	7,37	7,76	7,21	7,64	Indicatore B	14,77	13,64	14,29	11,75
Indicatore\Anno	2015	2016	2017	2018																
Indicatore A	7,37	7,76	7,21	7,64																
Indicatore B	14,77	13,64	14,29	11,75																
<b>COMMENTO</b>	<p>I valori presentano un positivo allineamento ai valori target presi a riferimento. In particolare, l'indicatore A) evidenzia un lieve incremento rispetto al dato riferito all'anno precedente, che si attesta comunque nell'ambito del range di variabilità considerato non critico.</p> <p>L'indicatore B) riflette un miglioramento rispetto all'anno precedente, evidenziando una riduzione complessiva delle giornate di assenza per altre cause (diverse da malattia) rispetto all'anno precedente.</p> <p><i>La fonte dei valori riferiti all'anno 2018 è costituita da un'elaborazione dei dati in possesso dell'U.O. Risorse Umane stante l'attuale mancanza dei dati ufficiali ricavabili dal Conto annuale 2018 (la cui rilevazione è subordinata all'emanazione delle relative indicazioni ministeriali)</i></p>																			

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
<b>INDICATORE</b>	Ore formazione anno di competenza / Ore formazione anno precedente
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un range compreso tra un +/- 10% delle ore dedicate a tale attività nell'anno precedente. Dato relativo all'anno 2015: 27.804 ore Dato relativo all'anno 2016: 27.828 ore Dato relativo all'anno 2017: 25.843 ore
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il monte ore dedicate ad attività formative nel corso dell'anno 2018 è stato pari a 29.609 ore. Tale valore è in incremento rispetto a quanto registrato l'anno precedente, evidenziando una variazione percentuale pari a circa il 14% rispetto al valore dell'anno 2017
<b>COMMENTO</b>	Il dato relativo alle ore dedicate ad attività formative raggiunto dall'ASST di Crema per l'anno 2018 risulta essere in linea con quanto previsto dall'obiettivo che l'azienda si è posta nel triennio 2016-2018. Lo scostamento rispetto all'anno 2017 infatti deve essere riletto in un'ottica di minor variabilità se confrontato con quanto rilevato nel biennio 2015-2016. La variazione in incremento peraltro sottolinea la natura del ricorso allo strumento della Formazione del personale 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, un incremento di tale valore è da interpretarsi come una proxy del tasso di aggiornamento professionale del personale dipendente. Se ne desume pertanto una performance migliorativa, rispetto alle attese.

## Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento dell'attività di donazione
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
<b>INDICATORE</b>	1) Rispetto del Piano Annuale di compensazione delle unità di Sangue (richiesto da AREU) 2) Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Il valore target, per ciascuno dei due indicatori individuati, è espresso come segue: 1) numero unità raccolte anno corrente $\geq$ numero unità richieste da Piano Regionale 2) Indicatore anno corrente / indicatore anno precedente $\geq$ 1,1 (richiesto da Regione)
<b>VALORE OTTENUTO</b>	1) al termine dell'anno 2018 sono state raccolte 5.732 unità di sangue intero, in incremento del 5,91% rispetto alle donazioni rilevate al termine dell'anno 2017. Sono inoltre state raccolte circa 1.570 unità di plasma, in incremento del 4,11% rispetto all'anno precedente 2) Nel corso dell'anno 2018 sono state prelevate 95 cornee da un numero di donatori pari all'11,29% (n.48) degli utenti aziendali deceduti ritenuti idonei per la donazione
<b>COMMENTO</b>	1) Non si rilevano criticità: il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è in linea con il valore target posto da AREU per l'anno in esame ed in incremento rispetto all'anno precedente. La dinamica rilevata nel corso dell'anno 2018 è in linea con quanto intrapreso nel quarto trimestre dell'anno 2017, con un incremento progressivo che ha consentito di determinare i positivi numeri esplicitati nel box soprastante e che è risultato necessario anche per far fronte alle crescenti necessità provenienti dalle Unità Operative di ricovero aziendali. Positivo, e di particolare interesse, anche l'incremento delle donazioni di plasma. 2) Benchè l'indicatore sia in lieve calo rispetto al valore raggiunto nell'anno 2017 (12,43%) non si rilevano criticità: è evidente l'impegno dell'ASST di Crema nella fase di raccolta delle donazioni di cornea è garantito come dimostrato dalle cifre sopra riportate. Il valore percentuale è in sostanziale linea con quanto rilevato l'anno precedente ed è superiore al target medio obiettivo (10%) indicato da Regione Lombardia negli obiettivi annuali assegnati alle Direzioni Strategiche delle ASST

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempestività di gestione delle fratture di femore
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	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
<b>INDICATORE</b>	Numero di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni $\times 100$ / numero di interventi per frattura di collo del femore
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Diversamente dall'anno 2017 VALORE TARGET per l'anno 2018 non è disponibile, riferimento del portale PNE Standard di qualità = 1 o 2
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2018 ha restituito un valore pari a 69,02% (Standard di qualità: 2 Verde) <i>(Fonte PNE Regione Lombardia)</i>
<b>COMMENTO</b>	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è superiore al limite posto dal D.M. 70/2015 in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (60%). L'intervento tempestivo sulla frattura del collo del femore nell'anziano, riducendo la mortalità e l'insorgenza di complicanze post-operatorie, determinando una minore durata del dolore e migliorando il recupero degli outcome funzionali. Per questo indicatore, il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera (DM 70) fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 2 giorni su pazienti con frattura del collo del femore di età maggiore di 65 anni. L'Azienda ha affrontato prontamente il tema sulla gestione ottimale del paziente anziano con frattura del collo femore prevedendo le seguenti fasi: 1. Valutazione in PS: pronta valutazione pre-operatoria del paziente da parte dell'ortopedico, standardizzata e anticipata in PS. L'ortopedico è presente in sala gessi 8-20 e reperibile di notte. 2. Gestione pre-operatoria: percorso standardizzato per la valutazione tempestiva da parte dell'anestesista; 3. Gestione operatoria: minimo ritardo per l'intervento chirurgico previsione di slot liberi per l'inserimento delle urgenze differibili. Le Fratture di femore possono essere trattate con sedute aggiuntive il sabato per smaltire gli ingressi del venerdì. 4. Gestione post-operatoria: precoce mobilizzazione ed avvio della terapia riabilitativa; 5. Gestione post-acuzie: precoce dimissione con prosecuzione della riabilitazione nel setting più adeguato.

<b>DENOMINAZIONE</b>	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	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
<b>INDICATORE</b>	N. parti con taglio cesareo primario / N. Parti totali
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Diversamente dall'anno 2017 VALORE TARGET per l'anno 2018 non è disponibile, riferimento del portale PNE Standard di qualità = 1 o 2
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2018 ha restituito un valore pari a 15.55% (Standard di qualità: 2 Verde) <i>(Fonte PNE Regione Lombardia)</i>
<b>COMMENTO</b>	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è molto positivo e coerente con l'obiettivo posto dal D.M. 70/2015 e da Regione Lombardia. Esso, inoltre, manifesta l'impegno dell'ASST di Crema nel perseguimento di un miglioramento continuo con l'adesione a linee guida per un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo.  In merito a questo indicatore, nel corso del 2018, nell'ambito dell'appropriatezza clinica del paziente, il controllo di secondo livello della documentazione sanitaria sulla casistica DRG 370-371, oltre che alla verifica della corretta codifica sulla SDO delle complicanze post intervento, è stato orientato anche alla identificazione di potenziali fattori di rischio per il ricorso al taglio cesareo non codificate o codificate non correttamente in prima diagnosi: - Situazione di emergenza: quando le circostanze durante il travaglio obbligano a indurre la nascita del bambino; - Necessità clinica: quando durante la gravidanza si evidenzia clinicamente la necessità di praticare un taglio cesareo (es. complicanze a carico della placenta o del cordone, distress fetale, sproporzione feto-pelvica...)

<b>DENOMINAZIONE</b>	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	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
<b>INDICATORE</b>	Colecistectomie laparoscopiche: N. ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. ricoveri totali
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Diversamente dall'anno 2017 VALORE TARGET per l'anno 2018 non è disponibile, riferimento del portale PNE Standard di qualità = 1 o 2 - Target nel obj budget 2018 è stato fissato a 60%
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2018 ha restituito un valore pari a 77,83% (Standard di qualità: 2 Verde) <i>(Fonte PNE Regione Lombardia)</i>
<b>COMMENTO</b>	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è migliore dell'obiettivo posto dal DM 70/2015. Esso, manifesta l'impegno dell'ASST di Crema nel perseguimento di un miglioramento continuo; attraverso applicazione percorsi strutturati e standardizzati riferiti a linee guida sull'argomento. Anche nella nostra Azienda la colecistectomia per via laparoscopica è considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. La degenza post-operatoria entro 3 giorni, indice di una buona performance della struttura, evidenzia una presa in carico del paziente in maniera ottimale ed appropriata. Nello specifico, il decorso post-operatorio intraospedaliero si articola in più fasi interconnesse, ma identificabili in: <ul style="list-style-type: none"> <li>• monitoraggio costante del livello di dolore percepito dal paziente</li> <li>• mobilitazione precoce</li> <li>• ripresa della alimentazione</li> <li>• valutazione degli esami di laboratorio post-operatori (emocromo, bilirubina, transaminasi, lipasi)</li> <li>• valutazione delle condizioni cliniche e soggettive per la dimissione del paziente</li> <li>• prescrizione e indicazione del giorno del controllo ambulatoriale</li> <li>• indicazioni sulla condotta alimentare e personale da mantenere</li> </ul> Il paziente dimesso può disporre sempre di un punto di riferimento per ogni evento o necessità o dubbio da risolvere. Il contatto con la Struttura ospedaliera è mantenuto attraverso riferimento telefonico medico di guardia della Chirurgia Generale (24h/24h).

<b>DENOMINAZIONE</b>	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<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>
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<p>Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza</p> <p>DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza</p> <p>P.N.E. Piano Nazionale Esiti</p>
<b>INDICATORE</b>	Infarto miocardico acuto: N. casi trattati con PTCA entro due giorni / N. casi trattati con PTCA
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	<p>Diversamente dall'anno 2017</p> <p>VALORE TARGET per l'anno 2018 non è disponibile, riferimento del portale PNE</p> <p>Standard di qualità = 1 o 2</p>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2018 ha restituito un valore pari a 87,76% (Standard di qualità: 1 Verde)</p> <p><i>(Fonte PNE Regione Lombardia)</i></p>
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è ottimale e superiore allo Standard del DM 70/2015. Miglioramento degli indicatori PNE (ranking a tendere valore 1-2); L'ASST di Crema, all'interno dei percorsi della emergenza è sede di DEA di I Livello e dotato di emodinamica.</p> <p>La rete per l'emergenza cardiologica ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto miocardico acuto a ST sopralivellato (STEMI) pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente riducendo la mortalità e gli esiti permanenti dell'evento acuto e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.</p> <p>Il risultato di questo indicatore evidenzia un'appropriatezza ed efficacia del processo assistenziale che inizia con l'arrivo del paziente in Pronto Soccorso e si traduce in una diagnosi precoce dello STEMI e un elevato numero di pazienti riperfusi.</p>

## Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

<b>DENOMINAZIONE</b>	Accessibilità documenti online																		
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>Questo obiettivo è inserito nel progressivo sviluppo del Sistema informativo Socio Sanitario lombardo.</p> <p>Il valore aggiunto per il cittadino consiste nell'avere a disposizione on line alcune tipologie di referti delle prestazioni eseguite, raccolte nel proprio fascicolo sanitario elettronico (FSE). 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>																		
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi SISS per l'anno di competenza PIMO																		
<b>INDICATORE</b>	Conteggio dei referti pubblicati per ciascuna tipologia (LIS-RIS-PS-LDIM-Altro)																		
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	<p>L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente.</p> <p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 sono riportati di seguito: LIS: 15.109; RIS: 4.061; AMB: 9.617; PS: 4.103; L.DIM.: 1.121 <i>(non previsto il conteggio dei referti della categoria "altro" per l'anno 2015)</i> <i>(i valori si riferiscono al periodo 01/01/2015 – 31/07/2015; non sono disponibili i dati relativi all'annualità intera per l'anno 2015)</i></p> <p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2016 presentano i seguenti valori: LIS: 181.379; RIS: 55.423; AMB: 143.762; PS: 54.455; L.DIM.: 12.754 <i>(non previsto il conteggio dei referti della categoria "altro" per l'anno 2016)</i></p>																		
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>I dati di riscontro vengono attinti dal SAL del SISS, che per l'anno 2018 non ha reso disponibili i numeri in valore assoluto dei referti pubblicati ma solo in percentuale, per cui dalla GRIGLIA SISS possiamo estrapolare i seguenti dati:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>Razionale: Referti 2018 &gt;= 2017</th> <th>Obiettivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AMB</td> <td>63% vs 57%</td> <td>raggiunto</td> </tr> <tr> <td>RIS</td> <td>91% vs 85%</td> <td>raggiunto</td> </tr> <tr> <td>LIS</td> <td>70% vs 69%</td> <td>raggiunto</td> </tr> <tr> <td>PS</td> <td>99% vs 91%</td> <td>raggiunto</td> </tr> <tr> <td>L.DIM.</td> <td>105% vs 96%</td> <td>raggiunto</td> </tr> </tbody> </table>	CATEGORIA	Razionale: Referti 2018 >= 2017	Obiettivo	AMB	63% vs 57%	raggiunto	RIS	91% vs 85%	raggiunto	LIS	70% vs 69%	raggiunto	PS	99% vs 91%	raggiunto	L.DIM.	105% vs 96%	raggiunto
CATEGORIA	Razionale: Referti 2018 >= 2017	Obiettivo																	
AMB	63% vs 57%	raggiunto																	
RIS	91% vs 85%	raggiunto																	
LIS	70% vs 69%	raggiunto																	
PS	99% vs 91%	raggiunto																	
L.DIM.	105% vs 96%	raggiunto																	
<b>COMMENTO</b>	<p>I risultati sono superiori agli obiettivi fissati, i quali sono sintetizzati attraverso la tabella sopra riportata (fonte dati SAL).</p> <p>Nel corso del 2018 l'indicatore è stato monitorato costantemente con feed back ai reparti.</p>																		



<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction																																																						
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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 affette da soggettività, 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.																																																						
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza PIMO																																																						
<b>INDICATORE</b>	Numero di questionari con valutazioni pari a 6 o 7 (su una scala che va da 1 a 7) per la domanda "valutazione complessiva" / numero di questionari totali																																																						
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 sono riportati di seguito: Tot. Questionari con 6 o 7 (ambulatoriale e ricovero): 3.858 Tot. Questionari compilati (ambulatoriale e ricovero): 4.780 <b>Percentuale target: 80,71%</b> I valori ottenuti al termine dell'anno 2016 sono riportati di seguito: Tot. Questionari con 6 o 7 (ambulatoriale e ricovero): 4.726 Tot. Questionari compilati (ambulatoriale e ricovero): 5.610 <b>Percentuale ottenuta: 84,24%</b>																																																						
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Confronto</th> <th colspan="3">2017</th> <th colspan="3">2018</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>2.029</td> <td>594</td> <td>1.074</td> <td>2322</td> <td>675</td> <td>1340</td> </tr> <tr> <td>Ambulat.</td> <td>4.375</td> <td>1.189</td> <td>2.686</td> <td>4099</td> <td>1128</td> <td>2360</td> </tr> <tr> <td><b>totale</b></td> <td><b>6.404</b></td> <td><b>1.783</b></td> <td><b>3.760</b></td> <td><b>6421</b></td> <td><b>1803</b></td> <td><b>3700</b></td> </tr> <tr> <td><b>Tot. 6+7</b></td> <td><b>5.543</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>5503</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Percentuale</b></td> <td><b>86,56%</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>85,70%</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Confronto	2017			2018			Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Degenza	2.029	594	1.074	2322	675	1340	Ambulat.	4.375	1.189	2.686	4099	1128	2360	<b>totale</b>	<b>6.404</b>	<b>1.783</b>	<b>3.760</b>	<b>6421</b>	<b>1803</b>	<b>3700</b>	<b>Tot. 6+7</b>	<b>5.543</b>			<b>5503</b>			<b>Percentuale</b>	<b>86,56%</b>			<b>85,70%</b>		
Confronto	2017			2018																																																			
	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7																																																	
Degenza	2.029	594	1.074	2322	675	1340																																																	
Ambulat.	4.375	1.189	2.686	4099	1128	2360																																																	
<b>totale</b>	<b>6.404</b>	<b>1.783</b>	<b>3.760</b>	<b>6421</b>	<b>1803</b>	<b>3700</b>																																																	
<b>Tot. 6+7</b>	<b>5.543</b>			<b>5503</b>																																																			
<b>Percentuale</b>	<b>86,56%</b>			<b>85,70%</b>																																																			
<b>COMMENTO</b>	I dati mostrano una lieve riduzione rispetto alla percentuale target del 2017, con uno scostamento inferiore ad un punto ( $\Delta -0,86$ ). Si può osservare un incremento della soddisfazione per l'area della degenza e una buona risposta della numerosità dei questionari restituiti con valore 7, mentre per l'area ambulatoriale vi è una riduzione per entrambi i valori considerati (6 e 7). Nel complesso la percezione della qualità complessiva sulle prestazioni erogate dall'ASST di Crema rimane positiva, tuttavia risultano meritevoli di una particolare attenzione le aree ambulatoriali.																																																						

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempo di attesa presso CUP Aziendale													
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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).													
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali													
<b>INDICATORE</b>	% Pazienti con tempo di attesa medio < di 30 minuti													
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 evidenziano una percentuale di utenti con tempo di attesa inferiore a 30 minuti pari al 77,2% degli utenti che complessivamente si sono rivolti al CUP aziendale. I valori ottenuti al termine dell'anno 2016 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 all'80,1%.													
<b>VALORE OTTENUTO</b>	I valori ottenuti al termine dell'anno 2018 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 78,1%.													
<b>COMMENTO</b>	<p>L'ASST di Crema ha lievemente peggiorato la propria performance presso il CUP aziendale, in quanto complessivamente la quota degli utenti in attesa per meno di trenta minuti si è ridotta di circa 3 punti percentuali rispetto all'anno 2017. Tale risultato risulta comunque migliore rispetto al primo anno di rilevazione, il 2015; la tabella seguente mostra il trend dei risultati raggiunti nel quadriennio in esame:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oggetto</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Utenti in attesa per meno di 30 minuti</td> <td>77,2 %</td> <td>80,1 %</td> <td>81,1 %</td> <td>78,1%</td> </tr> </tbody> </table> <p>La reportistica aziendale evidenzia come le fasce orarie maggiormente critiche e che hanno determinato il lieve peggioramento dell'indicatore obiettivo sono le fasce mattutine, in particolare la fascia 7-8 e la fascia 10-12, in cui l'indicatore assume un valore inferiore al 73%.</p> <p>Un'analisi effettuata sulle mensilità evidenzia invece come il disallineamento si sia generato nel bimestre ottobre-novembre: in tutte le altre mensilità il valore medio mensile si è attestato su valori sempre superiori al 75%, con picchi positivi pari all'86% nel bimestre gennaio-febbraio</p>				Oggetto	2015	2016	2017	2018	Utenti in attesa per meno di 30 minuti	77,2 %	80,1 %	81,1 %	78,1%
Oggetto	2015	2016	2017	2018										
Utenti in attesa per meno di 30 minuti	77,2 %	80,1 %	81,1 %	78,1%										

<b>DENOMINAZIONE</b>	Lista d'Attesa per prestazioni ambulatoriali
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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, tipicamente declinato nelle Regole di Gestione dell'SSR anno dopo anno
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
<b>INDICATORE</b>	Raggiungimento per almeno il 95% dei primi accessi di tempi obiettivo previsti dalla DGR n.X/3993/2015
<b>VALORE TARGET</b>	L'obiettivo previsto è il rispetto delle indicazioni contenute, di anno in anno, nell'obiettivo Regionale di Mandato delle Direzioni aziendali, tipicamente declinato in maniera simile a quanto di seguito riportato: <i>"Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015"</i>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Come da certificazione restituita a Regione Lombardia in merito all'andamento degli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali, è stato rispettato lo standard di almeno il 95% dei primi accessi nei tempi obiettivo.
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore ottenuto, in parallelo anche con quanto ottenuto al punto precedente, rispecchia l'attenzione dell'ASST sia alle condizioni di accesso, sia alle tempistiche di presa in carico degli utenti che si rivolgono alla Struttura.</p> <p>Ai fini del governo dell'accesso ai servizi di Specialistica Ambulatoriale nell'anno 2018, in linea con le regole di esercizio ed in continuità con gli anni precedenti, sono state intraprese azioni da parte dell'ASST Crema, per contenere i tempi di attesa ed è stato effettuato un attento monitoraggio delle attività avendo come priorità di attenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una buona accessibilità alle prestazioni;</li> <li>• il rispetto dell'appropriatezza di prescrizione secondo criteri definiti a livello regionale e di effettuazione delle prestazioni, prevedendo azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con prescrittori ed erogatori;</li> <li>• la realizzazione di percorsi di presa in carico del paziente cronico che prevedano che l'erogatore si faccia carico della garanzia dell'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili, così come previsto dalla DGR X/6551 del 04.05.2017.</li> </ul>

## Attività di risk management

<b>DENOMINAZIONE</b>	Riduzione delle cadute durante il periodo di ricovero
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	P.I.M.O. DGR 9014/2009
<b>INDICATORE</b>	Numero cadute / Giornate di degenza totali
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un tasso < 0,18%  Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è pari a 0,17% (225 cadute su un totale di 129.693 giornate di degenza)
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2018 è pari a 0,15% (189 cadute su un totale di 128.850 giornate di degenza)
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2018 è allineato al valore target previsto annualmente.</p> <p>Il mantenimento di questo valore riflette l'impegno aziendale al miglioramento continuo alla qualità e la sicurezza delle cure dei pazienti, con un occhio attento alla particolare prevenzione del rischio di caduta accidentale dei ricoverati.</p> <p>La compressione del rischio da caduta del Paziente in una Struttura Sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale. A tal proposito è stata redatta una procedura specifica, "Procedura tecnica di prevenzione delle cadute in ambiente ospedaliero", PT16, Rev.3 del 20/9/2017 e sono stati effettuati incontri mirati sull'argomento con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificare i fattori che espongono il Paziente a rischio cadute;</li> <li>• Elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di diminuire gli incidenti;</li> <li>• Migliorare la consapevolezza di Operatori e Pazienti nella prevenzione delle cadute;</li> <li>• Comprimere il rischio di caduta e, nel caso che l'evento accada, ridurre le conseguenze;</li> <li>• Migliorare la relazione con i Pazienti e i familiari a seguito della caduta;</li> <li>• Prevenire il verificarsi dell'evento sentinella "Morte o grave danno per caduta di Paziente";</li> <li>• Standardizzare modalità reattive all'evento avverso e favorire il pronto recupero della Persona assistita;</li> <li>• Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta.</li> </ul>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento delle segnalazioni di reazione avversa a farmaci																														
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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. E' un obiettivo presente anche nel PIMO aziendale																														
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Normativa nazionale Farmacovigilanza																														
<b>INDICATORE</b>	Numero segnalazioni anno in corso / Numero segnalazioni anno precedente																														
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Il valore target è il miglioramento, o l'allineamento, al dato dell'anno precedente. Dato relativo al numero di segnalazioni pervenute nel corso dell'anno 2015: 125, di cui 41 legate a reazioni gravi ed 84 legate a reazioni non gravi. Il numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci effettuate al termine dell'anno 2016 è stato pari a 211, di cui 87 relative ad episodi gravi e 123 relative a reazioni avverse non gravi.																														
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci effettuate al termine dell'anno 2018 è stato pari a 242, di cui 78 relative ad episodi gravi e 164 relative a reazioni avverse non gravi.																														
<b>COMMENTO</b>	<p>L'ASST di Crema ha registrato un importante incremento dei volumi di segnalazione rispetto a quanto fatto nell'anno 2015; il miglioramento peraltro è effettivo sia dal punto di vista dei volumi, sia da quello della tipologia delle segnalazioni.</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> </tbody> </table>	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%
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%																										

<b>DENOMINAZIONE</b>	Verifiche al corretto funzionamento degli impianti
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno dell'azienda al monitoraggio del funzionamento degli impianti tecnologici aziendali. Questa attività è da considerarsi una proxy di un indicatore della qualità e della sicurezza del percorso di cura del paziente. E' un obiettivo contenuto anche nel PIMO aziendale.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali P.I.M.O.
<b>INDICATORE</b>	Numero verifiche eseguite / Numero verifiche pianificate
<b>VALORE STORICO E VALORE TARGET</b>	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del <b>100%</b> delle attività previste nell'anno considerato Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è stato pari al 100%, in completo allineamento con il target obiettivo
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2018 è pari al 100%, in completo allineamento con il target obiettivo
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore ottenuto nell'anno 2018 è in linea con il target previsto.</p> <p>Nello specifico, esso è conseguito anche attraverso la collaborazione con un'azienda specializzata nella manutenzione di impianti tecnologici ospedalieri con la quale è stato stipulato un apposito contratto di fornitura pluriennale di servizi in adesione a convenzione CONSIP.</p> <p>La ditta incaricata della gestione e manutenzione degli impianti invia mensilmente il piano delle manutenzioni programmate per il bimestre successivo e contestualmente il report / rendicontazione delle manutenzioni sia programmate sia straordinarie o a guasto effettuate nel mese precedente.</p>

## Implementazione della L.R. 23/2015

<b>DENOMINAZIONE</b>	Implementazione nuove attività di competenza dell'anno
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di presa in carico e proseguimento di tutte le attività precedentemente in carico all'ASL di Cremona erogate nel distretto di Crema e che, secondo quanto stabilito dalla legge Regionale di Riforma del Sistema Sanitario, a partire dal 01/01/2016 divengono di competenza della nuova ASST di Crema.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza L.R. 23/2015
<b>INDICATORE</b>	Nuove funzioni avviate / Nuove funzioni da avviare
<b>VALORE TARGET</b>	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del <b>100%</b> delle attività previste nell'anno considerato
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Tutte le funzioni annesse dall'ATS Val Padana (Servizio Vaccinazioni) hanno proseguito la propria attività senza alcuna criticità, garantendo una costante continuità operativa al servizio.
<b>COMMENTO</b>	<p>Nel corso dell'anno 2018 l'ASST di Crema ha posto in essere una pluralità di azioni nel rispetto dello spirito della L.R. n.23/2015 volte all'integrazione tra l'area sanitaria e socio sanitaria che hanno coinvolto i diversi settori aziendali, polo ospedaliero e rete territoriale, sussidiari alla presa in carico della persona e delle fragilità, integrando le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale.</p> <p>L'anno 2018 ha rappresentato un anno di consolidamento di quanto sviluppato nel corso del biennio precedente. In tal senso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si è dato sviluppo all'attività del servizio vaccinazioni, posto a livello organizzativo in staff alla Direzione Sanitaria;</li> <li>• Sono stati sviluppati protocolli e percorsi di integrazione tra le Unità Operative di stampo sociosanitario sul tema delle dipendenze e delle fragilità adolescenziali, al fine di meglio coordinare il lavoro di tutti gli attori aziendali coinvolti e ottimizzare i percorsi dei pazienti;</li> <li>• È stato sviluppato il servizio di Cure Palliative Domiciliari, del quale è stato adottato il nuovo tariffario per la valorizzazione delle prestazioni erogate</li> </ul>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento del tasso di copertura vaccinale
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza L.R. 23/2015
<b>INDICATORE</b>	Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS per ciascuna delle percentuali di copertura di interesse regionale
<b>VALORE TARGET Anno 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥95%</li> </ul> </li> <li>- <b>Morbillo - Parotite – Rosolia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 1° dose ≥95%</li> <li>• Coorte nati residenti 2011: 2° dose ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- <b>Pneumococco</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 80%</li> </ul> </li> <li>- <b>Meningococco C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: ≥85%</li> </ul> </li> <li>- <b>Polio 4° dose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati 2011 residenti ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- <b>HPV femmine dodicenni</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80%</li> </ul> </li> <li>- <b>Influenza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• over 65aa ≥ 75%</li> </ul> </li> </ul>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2016: 3° dose = 100,6%</li> </ul> </li> <li>- Morbillo - Parotite – Rosolia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2016: 1° dose = 100%</li> <li>• Coorte nati residenti 2011: 2° dose = 95,9%</li> </ul> </li> <li>- Pneumococco <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2016: 3° dose = 100,1%</li> </ul> </li> <li>- Meningococco C <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2016: = 98,7%</li> </ul> </li> <li>- Polio 4° dose <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati 2011 residenti = 96,0%</li> </ul> </li> <li>- HPV femmine dodicenni <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nate 2006: 2° dose = 81,0%</li> </ul> </li> <li>HPV maschi dodicenni <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nate 2006: 1° dose = 80,48%</li> </ul> </li> <li>- Influenza <ul style="list-style-type: none"> <li>• over 65aa = 48%</li> </ul> </li> </ul>
<b>COMMENTO</b>	<p>Gli obiettivi riguardanti le coperture vaccinali per l'anno 2018 sono stati tutti raggiunti ad eccezione della copertura over 65 anni dell'anti influenzale.</p> <p>ELEMENTI DI SUCCESSO - Per tutte le coorti dove l'obiettivo è stato raggiunto la copertura è andata ben oltre la percentuale indicata da Regione Lombardia, è stato fatto un grande lavoro anche per quanto riguarda il recupero delle inadempienze vaccinali (L.119/2017) con la vaccinazione di 1300 bambini e ragazzi tra gli 0 e 16 anni.</p> <p>ELEMENTI DI ATTENZIONE - Per quanto riguarda il non raggiungimento dell'obiettivo legato alla vaccinazione antinfluenzale si sottolinea che è stato fatto comunque uno sforzo aggiuntivo rispetto al 2017, infatti sono stati vaccinati 1133 over 65 in più del 2017 e altri 1189 under 65 anni.</p>



## Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione

<b>DENOMINAZIONE</b>	Publicazione dei documenti aziendali di competenza dell'anno in corso
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	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
<b>INDICATORE</b>	Numero atti pubblicati / Numero atti da pubblicare
<b>VALORE TARGET</b>	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nel <b>90%</b> della documentazione di pertinenza dell'anno considerato  Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2017 è stato pari al 100%.
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2018 è stato pari al 100%.
<b>COMMENTO</b>	<p>In data 31/01/2018 con provvedimento n. 31 è stato approvato l'aggiornamento 2018 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2018/2020, redatto secondo le disposizioni normative in materia e dei Piani nazionali emanati dall'ANAC. Sono stati svolti tre monitoraggi sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione al 30 aprile e al 30 settembre e al 31/12/2018 in concomitanza con la certificazione degli obiettivi di BGT 2018. I monitoraggi hanno riguardato la totalità degli obblighi di pubblicazione previsti dal Programma Trasparenza. 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. Tra i principali fattori che rallentano l'adempimento di pubblicazione si segnala la difficoltà interpretativa di alcuni obblighi.</p> <p>Per quanto riguarda lo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT 2018-2020, i monitoraggi effettuati, nell'anno 2018, evidenziano un buon livello di realizzazione. Le misure di prevenzione obbligatorie programmate sono state implementate e trovano regolare applicazione e rispetto all'interno dell'azienda. Sono state altresì implementate misure di prevenzione ulteriori definite, a seguito della gestione del rischio, sia per le aree generali di rischio sia specifiche del settore Sanità: attività libero professionale intramoenia, gestione liste di attesa ricoveri, attività istituzionale ambulatoriale, Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, sponsorizzazioni.</p> <p>La mappatura dei processi a rischio viene svolta ogni anno ed è un percorso in costante svolgimento e miglioramento. Sono stati mappati i processi valutati a rischio corruzione. Ogni unità operativa ha analizzato i propri processi individuati a rischio corruzione e proceduto ad una analisi dei rischi in essi presenti, al fine di differenziare rischi effettivi da eventi "non rischiosi". I processi mappati (nr. 81 totali) afferiscono alle aree di rischio generali e alle aree specifiche del settore sanitario.</p>