

# Relazione alla Performance dell'anno 2019



---

# INDICE DEI CONTENUTI

## INTRODUZIONE

La Relazione alla Performance: struttura e finalità	Pag. <b>2</b>
Breve sintesi dei risultati conseguiti nell'anno 2019	Pag. <b>3</b>

## LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE DELL'ANNO 2019

Efficienza nella gestione	Pag. <b>4</b>
Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza	Pag. <b>8</b>
Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza	Pag. <b>12</b>
Accessibilità alla struttura	Pag. <b>16</b>
Attività di risk management	Pag. <b>20</b>
Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione	Pag. <b>22</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 2019, iniziato attraverso la stesura del Piano della Performance per il Triennio 2019-2021, 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 sei aree:

- Efficienza nella gestione;
- Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza;
- Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza;
- Accessibilità alla struttura;
- Attività di Risk Management;
- Attività legata agli obiettivi di 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 2019**

I risultati proposti nel presente elaborato hanno mostrato, nel complesso, un buon livello di allineamento con quanto atteso dai valori fissati come obiettivo. Ciascuna delle sei aree di performance di cui si compone il Piano ha evidenziato solo in rari casi disallineamenti o criticità rilevanti e, in generale, l'andamento dell'anno appena concluso ha evidenziato positivi risultati da parte dell'ASST di Crema a testimonianza dell'impegno quotidiano profuso dai professionisti sanitari ed amministrativi nell'organizzazione 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 successivamente finanziato: 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). Gli indicatori di qualità dei processi di cura ed assistenza prestata (comprese le sezioni di Risk Management) presentano risultati in linea con i valori target che l'Azienda o gli enti regolatori di riferimento hanno posto come obiettivo; si rileva tuttavia la necessità di migliorare le tempistiche di attesa presso il cup aziendale, lievemente allungatesi nel corso dell'ultimo anno rispetto ai dati storici, ed il valore dell'indicatore sulla tempestività di gestione delle fratture di femore.

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

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

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

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

## LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2019

### Efficienza nella gestione

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento del livello di produzione da Contratto e comprensivo delle strutture territoriali					
<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>	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					
<b>INDICATORE</b>	Produzione effettiva (di prestazioni sanitarie) da tabelle regionali / Produzione prevista da Bilancio consuntivo					
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Raggiungimento del 100% del valore di produzione previsto dai rispettivi contratti Per le UU.OO. del territorio (non a contratto e non riconosciute a bilancio): mantenimento del livello di produzione storica					
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<b>Voce di produzione</b>	<b>Effettivo 2019 (€)</b>	<b>Consuntivo 2019 (€)</b>	<b>Indicat. 2019</b>	<b>Indicat. 2018</b>	<b>Indicat. 2017</b>
	Ambulatoriali	27.044.997,00	26.290.905,00	1,03	1,04	1,03
	Screening	342.854,00	342.854,00	1,00	1,00	1,03
	Ricoveri	56.878.946,00	56.450.716,00	1,01	1,00	1,02
	Sub Acuti	1.485.860,00	1.440.000,00	1,03	1,00	1,01
	NPI + Progetti	1.433.298,00	1.373.418,00	1,04	1,02	1,01
	NRS	1.254.474,00	828.629,00	1,51	1,76	1,00
	Psichiatria + progetti	3.123.196,00	3.100.364,00	1,01	0,99	1,02
	<b>Totale</b>	<b>91.563.625,00</b>	<b>89.826.886,00</b>	<b>1,02</b>	<b>1,02</b>	<b>1,02</b>
<b>COMMENTO</b>	<p>L'indicatore relativo alla produzione erogata nell'anno 2019 presenta un pieno allineamento rispetto alla performance ottenuta dall'ASST nel biennio precedente. Essa infatti risulta essere pari al 2% superiore rispetto a quanto successivamente finanziato; i settori a maggior impatto risultano essere le Cure Palliative Domiciliari (rigo NRS), e, in misura minore l'impatto è evidente nell'area dei ricoveri ospedalieri e, percentualmente, anche NPI e cure SubAcute. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, l'indicatore è influenzato dai meccanismi di finanziamento della produzione. La performance complessiva è pertanto da ritenersi assolutamente positiva ed in linea con le annualità precedenti.</p> <p>Per quanto riguarda la valorizzazione dell'attività, essa è in incremento rispetto all'anno 2018 (91.563.625€ rispetto a 90.955.992€)</p>					

<b>DENOMINAZIONE</b>	Andamento spesa farmaceutica in file F																																
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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																																
<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>	Costo Prodotti farmaceutici in file F / Importo di spesa autorizzato (consuntivo)																																
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target è, al massimo, il 100%, da intendersi come livello di spesa sostenuta pari al massimo al valore di spesa autorizzato da Regione																																
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>La spesa complessiva sostenuta per il flusso dei farmaci file F per l'anno 2019 è di seguito riportata:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Componenti del flusso</th> <th>Acquisti (€)</th> <th>Rimanenze (€)</th> <th>totale 2019 (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>primo ciclo</td> <td>66.930</td> <td>-</td> <td>66.930</td> </tr> <tr> <td>doppio canale</td> <td>4.408.994</td> <td>- 9.715,00</td> <td>4.399.279</td> </tr> <tr> <td>hcv</td> <td>322.366</td> <td>- 6.873,00</td> <td>315.493</td> </tr> <tr> <td>File F</td> <td>8.324.837</td> <td>-</td> <td>8.324.837</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>13.123.127</b></td> <td>- <b>16.588</b></td> <td><b>13.106.539</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nel complesso, tutta la spesa sostenuta è stata oggetto di finanziamento L'indicatore pertanto è pari al 100%</p>	Componenti del flusso	Acquisti (€)	Rimanenze (€)	totale 2019 (€)	primo ciclo	66.930	-	66.930	doppio canale	4.408.994	- 9.715,00	4.399.279	hcv	322.366	- 6.873,00	315.493	File F	8.324.837	-	8.324.837		<b>13.123.127</b>	- <b>16.588</b>	<b>13.106.539</b>								
Componenti del flusso	Acquisti (€)	Rimanenze (€)	totale 2019 (€)																														
primo ciclo	66.930	-	66.930																														
doppio canale	4.408.994	- 9.715,00	4.399.279																														
hcv	322.366	- 6.873,00	315.493																														
File F	8.324.837	-	8.324.837																														
	<b>13.123.127</b>	- <b>16.588</b>	<b>13.106.539</b>																														
<b>COMMENTO</b>	<p>L'azienda ha ottenuto il pieno finanziamento della spesa sostenuta per prodotti farmaceutici rendicontati all'interno del flusso informativo file F. Di seguito il dettaglio della performance aziendale con riferimento all'anno precedente: i dati mostrano un incremento di spesa, trend che ogni anno si manifesta per questa categoria di prodotti:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Componente</th> <th>totale 2018 (€)</th> <th>totale 2019 (€)</th> <th>Differenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>primo ciclo</td> <td>130.000</td> <td>66.930</td> <td>- 63.070</td> </tr> <tr> <td>doppio canale</td> <td>4.302.000</td> <td>4.399.279</td> <td>97.279</td> </tr> <tr> <td>hcv</td> <td>642.000</td> <td>315.493</td> <td>- 326.507</td> </tr> <tr> <td>File F</td> <td>7.395.000</td> <td>8.324.837</td> <td>929.837</td> </tr> <tr> <td><b>TOTALE FLUSSO</b></td> <td><b>12.469.000</b></td> <td><b>13.106.539</b></td> <td><b>637.539</b></td> </tr> <tr> <td>Produzione</td> <td>90.955.991</td> <td>91.563.625</td> <td>607.633</td> </tr> <tr> <td>Costo/produzione</td> <td>13,7%</td> <td>14,3%</td> <td>0,6%</td> </tr> </tbody> </table>	Componente	totale 2018 (€)	totale 2019 (€)	Differenza	primo ciclo	130.000	66.930	- 63.070	doppio canale	4.302.000	4.399.279	97.279	hcv	642.000	315.493	- 326.507	File F	7.395.000	8.324.837	929.837	<b>TOTALE FLUSSO</b>	<b>12.469.000</b>	<b>13.106.539</b>	<b>637.539</b>	Produzione	90.955.991	91.563.625	607.633	Costo/produzione	13,7%	14,3%	0,6%
Componente	totale 2018 (€)	totale 2019 (€)	Differenza																														
primo ciclo	130.000	66.930	- 63.070																														
doppio canale	4.302.000	4.399.279	97.279																														
hcv	642.000	315.493	- 326.507																														
File F	7.395.000	8.324.837	929.837																														
<b>TOTALE FLUSSO</b>	<b>12.469.000</b>	<b>13.106.539</b>	<b>637.539</b>																														
Produzione	90.955.991	91.563.625	607.633																														
Costo/produzione	13,7%	14,3%	0,6%																														

<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 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>	Costo dispositivi medici (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali																
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target dovrà essere calcolato come rapporto tra la spesa per dispositivi medici e la produzione erogata (dati estratti dal BPE e dal bilancio consuntivo) di ogni annualità																
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>Il valore ottenuto per l'anno 2019 è il seguente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Voci</th> <th>Importi (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>91.563.625,00</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.422.058,00</td> </tr> <tr> <td><b>DM / Produzione</b></td> <td><b>7,01%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Voci	Importi (€)	Totale Produzione	91.563.625,00	Costo disp. medici	6.422.058,00	<b>DM / Produzione</b>	<b>7,01%</b>								
Voci	Importi (€)																
Totale Produzione	91.563.625,00																
Costo disp. medici	6.422.058,00																
<b>DM / Produzione</b>	<b>7,01%</b>																
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è il miglior dato nel triennio 2017-2019: di seguito si propone una tabella che confronta i valori ottenuti in ciascun anno del triennio citato:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Voci</th> <th>2019</th> <th>2018</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>91.563.625,00</td> <td>90.955.991,83</td> <td>89.483.357,34</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.422.058,00</td> <td>6.762.000,00</td> <td>6.355.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>DM / Produzione</b></td> <td><b>7,01%</b></td> <td><b>7,43%</b></td> <td><b>7,10%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>I valori mostrano come il miglioramento percentuale sia stato raggiunto attraverso sia la contrazione dei costi, sia l'incremento dell'attività erogata. La performance complessiva pertanto è da considerarsi positiva.</p>	Voci	2019	2018	2017	Totale Produzione	91.563.625,00	90.955.991,83	89.483.357,34	Costo disp. medici	6.422.058,00	6.762.000,00	6.355.000,00	<b>DM / Produzione</b>	<b>7,01%</b>	<b>7,43%</b>	<b>7,10%</b>
Voci	2019	2018	2017														
Totale Produzione	91.563.625,00	90.955.991,83	89.483.357,34														
Costo disp. medici	6.422.058,00	6.762.000,00	6.355.000,00														
<b>DM / Produzione</b>	<b>7,01%</b>	<b>7,43%</b>	<b>7,10%</b>														



<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>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Le tipologie di vaccinazioni oggetto della presente rilevazione sono quelle di specifico interesse regionale, i cui target obiettivo sono definiti da Regione nell'ambito delle indicazioni sull'attività vaccinale annuale. In particolare, tali tipologie sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB)</li> <li>- Morbillo - Parotite – Rosolia</li> <li>- Pneumococco</li> <li>- Meningococco C</li> <li>- Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose</li> <li>- HPV femmine dodicenni</li> <li>- Influenza</li> </ul>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	La seguente rendicontazione è in linea con quanto richiesto all'interno della D.G.R. 415/2018: COORTE 2018 ROTAVIRUS 2 DOSI >75% = 86,77 MENINGOCOCCO B 1 DOSE > 75% = 95,62 COORTE 2006 HPV 2 DOSE>75%= 80,69 COORTE 2002 ANTI MENINGOCOCCO ACWY>75% = 89,31 DIFTERITE TETANO PERTOSSE POLIO 5 DOSE>75%=93,48 OVER 65 ANNI ANTINFLUENZALE >75% = 50% COORTE 1953 PNEUMOCOCCO (OFFERTO) HERPES ZOSTER VACCINO (PROPOSTO AGLI AVENTI DIRITTO CAMPAGNA A.I. 2019/2020)
<b>COMMENTO</b>	Gli obiettivi riguardanti le coperture vaccinali previste per l'anno 2019 sono stati tutti raggiunti ad eccezione della copertura over 65 anni dell'anti influenzale, che comunque presenta numeri migliorativi rispetto a quanto registrato nell'anno 2018. Si segnala inoltre che, nel rispetto dello specifico obiettivo regionale, è stato incrementato il numero di vaccinazioni nelle donne in gravidanza aventi diritto: l'incremento rispetto al 2018 per l'ASST Crema è stato certificato nel +23%. Nel complesso quindi la performance dell'ASST è positiva ed in linea con quanto atteso



## Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza

<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, legata anche al periodico aggiornamento formativo specifico del personale dipendente negli ambiti operativi di propria competenza
<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>CALCOLO DEL 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
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il monte ore dedicate ad attività formative nel corso dell'anno 2019 è stato pari a 27.384 ore. Tale valore è in lieve riduzione rispetto a quanto registrato l'anno precedente, evidenziando una variazione percentuale pari a circa il 7,5% rispetto al valore dell'anno 2018
<b>COMMENTO</b>	<p>Dato relativo all'anno 2015: 27.804 ore  Dato relativo all'anno 2016: 27.828 ore  Dato relativo all'anno 2017: 25.843 ore  Dato relativo all'anno 2018: 29.609 ore</p> <p>Il dato relativo alle ore dedicate ad attività formative raggiunto dall'ASST di Crema per l'anno 2019 risulta essere in linea con quanto previsto dall'obiettivo che l'azienda si è posta nel triennio 2019-2021. Lo scostamento rispetto all'anno 2018 deve quindi essere riletto in un'ottica di pieno allineamento con quanto rilevato nel biennio 2015-2016.</p> <p>Il ricorso allo strumento della Formazione del personale è visto dall'ASST di Crema quale vettore per il miglioramento della qualità dell'assistenza, dei processi di cura e per lo sviluppo dei percorsi organizzativi ed amministrativi e, in questo senso, il mantenimento di un solido valore di questo indicatore negli anni è da interpretarsi come una proxy del tasso di aggiornamento professionale del personale dipendente.</p> <p>Se ne desume pertanto una performance complessiva in linea con le attese.</p>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction																																																					
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>La rilevazione di customer satisfaction è lo strumento utilizzato per sondare la percezione dei pazienti in termini di qualità percepita delle cure ad essi fornite; le indicazioni che se ne possono derivare quindi, benché potenzialmente influenzate da aspetti soggettivi, sono molteplici e relative sia ad aspetti organizzativi, sia ad aspetti relazionali.</p> <p>In funzione delle specifiche rilevazioni effettuate si è proceduto ad assegnare obiettivi di mantenimento/miglioramento della miglior performance ottenuta nell'anno precedente, utilizzato come riferimento.</p>																																																					
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<p>Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza</p> <p>Regole annuali di Gestione dell'SSR</p>																																																					
<b>INDICATORE</b>	Numero di questionari con valutazioni pari a 6 o 7 per la domanda "valutazione complessiva" / numero di questionari totali																																																					
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	<p>L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente.</p> <p>Può essere di interesse, nella valutazione di questo indicatore, tenere conto anche del numero di questionari raccolti</p>																																																					
<b>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 2018 sono riportati di seguito:          Tot. Questionari con 6 o 7 (ambulatoriale e ricovero): 5.503          Tot. Questionari compilati (ambulatoriale e ricovero): 6.421  <b>Percentuale target: 85,7%</b></p>																																																					
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Confronto</th> <th colspan="3">2018</th> <th colspan="3">2019</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>2322</td> <td>675</td> <td>1340</td> <td>2111</td> <td>633</td> <td>1212</td> </tr> <tr> <td>Ambulat.</td> <td>4099</td> <td>1128</td> <td>2360</td> <td>2851</td> <td>788</td> <td>1673</td> </tr> <tr> <td><b>totale</b></td> <td><b>6421</b></td> <td><b>1803</b></td> <td><b>3700</b></td> <td><b>4962</b></td> <td><b>1421</b></td> <td><b>2885</b></td> </tr> <tr> <td><b>Tot. 6+7</b></td> <td><b>5503</b></td> <td><b>28,08%</b></td> <td><b>57,62%</b></td> <td><b>4306</b></td> <td><b>28,64%</b></td> <td><b>58,14%</b></td> </tr> <tr> <td><b>Percentuale</b></td> <td><b>85,70%</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>86,78%</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Confronto	2018			2019			Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Degenza	2322	675	1340	2111	633	1212	Ambulat.	4099	1128	2360	2851	788	1673	<b>totale</b>	<b>6421</b>	<b>1803</b>	<b>3700</b>	<b>4962</b>	<b>1421</b>	<b>2885</b>	<b>Tot. 6+7</b>	<b>5503</b>	<b>28,08%</b>	<b>57,62%</b>	<b>4306</b>	<b>28,64%</b>	<b>58,14%</b>	<b>Percentuale</b>	<b>85,70%</b>			<b>86,78%</b>		
Confronto	2018			2019																																																		
	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7	Tot. compilati	Compil. con 6	Compil. con 7																																																
Degenza	2322	675	1340	2111	633	1212																																																
Ambulat.	4099	1128	2360	2851	788	1673																																																
<b>totale</b>	<b>6421</b>	<b>1803</b>	<b>3700</b>	<b>4962</b>	<b>1421</b>	<b>2885</b>																																																
<b>Tot. 6+7</b>	<b>5503</b>	<b>28,08%</b>	<b>57,62%</b>	<b>4306</b>	<b>28,64%</b>	<b>58,14%</b>																																																
<b>Percentuale</b>	<b>85,70%</b>			<b>86,78%</b>																																																		
<b>COMMENTO</b>	<p>I dati evidenziano un incremento superiore ad un punto (<math>\Delta +1.08</math>) rispetto alla percentuale target del 2018.</p> <p>Nonostante la riduzione del quantitativo di questionari raccolti, in particolare per l'area ambulatoriale, il valore espresso in percentuale della soddisfazione sui valori considerati (6 e 7) risulta essere in graduale aumento.</p> <p>Nel complesso la percezione della qualità complessiva sulle prestazioni erogate dall'ASST di Crema è positiva.</p>																																																					

<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 2) Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale
<b>CALCOLO DEL 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 AREU 2) Indicatore anno corrente / indicatore anno precedente $\geq$ 1,1 (salvo diversa specifica indicazione Regionale, potenzialmente variabile di anno in anno)
<b>VALORE OTTENUTO</b>	1) Sangue intero: 5767 unità valide / 5680 (Impegno di raccolta) Plasma: 1715 unità valide /1570 (anno 2018) 2) Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale 2019 : 50/450 $\rightarrow$ 11.11% 2018: 48/425 $\rightarrow$ 11.29%
<b>COMMENTO</b>	1) Risultato positivo rispetto al valore target regionale ed all'impegno di raccolta dell'ASST 2) Risultato in sostanziale allineamento con la performance dell'anno 2018 ed in linea con quanto richiesto da Regione Lombardia (> 10%)

<b>DENOMINAZIONE</b>	Segnalazioni dei cittadini																			
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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																			
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza PIMO																			
<b>INDICATORE</b>	Andamento dei reclami e delle segnalazioni spontanee <ul style="list-style-type: none"> <li>• rilevazione del numero di reclami e segnalazioni</li> <li>• valutazione della variazione rispetto all'anno precedente</li> </ul>																			
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il non incremento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. Una riduzione di tale valore costituirà una performance positiva, soprattutto con riferimento ai reclami																			
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Confronto</b></th> <th><b>2016</b></th> <th><b>2017</b></th> <th><b>2018</b></th> <th><b>2019</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N. reclami e segnalazioni spontanee degli utenti</td> <td>273</td> <td>256</td> <td>292</td> <td><b>295</b></td> </tr> <tr> <td>Variazione % sull'anno precedente</td> <td>+19%</td> <td>-6%</td> <td>+14%</td> <td><b>+1%</b></td> </tr> </tbody> </table>					<b>Confronto</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	N. reclami e segnalazioni spontanee degli utenti	273	256	292	<b>295</b>	Variazione % sull'anno precedente	+19%	-6%	+14%	<b>+1%</b>
<b>Confronto</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>																
N. reclami e segnalazioni spontanee degli utenti	273	256	292	<b>295</b>																
Variazione % sull'anno precedente	+19%	-6%	+14%	<b>+1%</b>																
<b>COMMENTO</b>	<p>Si rileva un valore sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente: il dato evidenzia un incremento di solo l'1% rispetto all'anno precedente.</p> <p>Si rileva inoltre un trend lievemente incrementale del numero di segnalazioni, rispetto all'anno 2017</p> <p>Nel corso dell'anno, a seconda delle aree di rischio, sono state attuate azioni per il miglioramento dei processi organizzativi oggetto di segnalazioni.</p>																			

## Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempestività di gestione delle fratture di femore
<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 DWH Regionale.</p> <p>L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.</p>
<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>	Numero di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni x 100 / numero di interventi per frattura di collo del femore
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 71% (Fonte Regione Lombardia) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<p>Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2019 ha restituito un valore pari a 49.47% (Standard di qualità: 4 Arancio)</p> <p>Valore 2018: 69.02% (Standard di qualità: 2 Verde) (Fonte PNE Regione)</p>
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore aziendale per l'anno 2019 è inferiore allo standard posto dal Ministero della Salute (60%) ed è in peggioramento rispetto alla propria performance dell'anno precedente</p> <p>In virtù del risultato conseguito l'ASST ha messo prontamente in atto apposite misure organizzative necessarie a far rientrare l'obiettivo (Audit con UU.OO. Ortopedia e Rianimazione del 13/12/2019).</p>

<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>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale inferiore al 20% (Fonte Regione Lombardia o PNE) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2019 ha restituito un valore pari a 18,16% (Standard di qualità: 2 Verde)  Valore 2018: 15.55% (Standard di qualità: 2 Verde)
<b>COMMENTO</b>	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è molto positivo e coerente con il valore target posto dal D.M. 70/2015 e da Regione Lombardia.  Esso, inoltre, manifesta l'impegno dell'ASST nel perseguimento di un continuo miglioramento con l'adesione a linee guida per un appropriato ricorso al taglio cesareo.

<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>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 70%, con uno scostamento ritenuto accettabile nell'intorno del +/- 2% (Fonte Regione Lombardia o PNE) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2019 ha restituito un valore pari a 82,04% (Standard di qualità: 1 Verde)  Valore 2018: 77.83% (Standard di qualità: 2 Verde)
<b>COMMENTO</b>	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è migliore dell'obiettivo posto dal DM 70/2015.  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. 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>	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>	Infarto miocardico acuto: N. casi trattati con PTCA entro due giorni / N. casi trattati con PTCA
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 60% (Fonte Regione Lombardia o PNE) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2019 ha restituito un valore pari a 81,90% (Standard di qualità: 1 Verde)  Valore 2018: 83.78% (Standard di qualità: 1 Verde)
<b>COMMENTO</b>	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. La rete per l'emergenza cardiologica ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto miocardico acuto ad ST sopraslivellato (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. 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

## Accessibilità alla struttura

<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 <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>												
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<p>Obiettivi SISS per l'anno di competenza</p> <p>Regole annuali di gestione dell'SSR</p> <p>PIMO</p>												
<b>INDICATORE</b>	Conteggio dei referti pubblicati per ciascuna tipologia (LIS-RIS-PS-L.DIM.-Altro)												
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente.												
<b>VALORE OTTENUTO</b>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>Razionale: Referti 2019 &gt;= 2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AMB</td> <td>158.758 vs 145.255</td> </tr> <tr> <td>RIS</td> <td>55.423 vs 58.938</td> </tr> <tr> <td>LIS</td> <td>195.270 vs 193.742</td> </tr> <tr> <td>PS</td> <td>62.605 vs 61.356</td> </tr> <tr> <td>L.DIM.</td> <td>13.574 vs 14.559</td> </tr> </tbody> </table>	CATEGORIA	Razionale: Referti 2019 >= 2018	AMB	158.758 vs 145.255	RIS	55.423 vs 58.938	LIS	195.270 vs 193.742	PS	62.605 vs 61.356	L.DIM.	13.574 vs 14.559
CATEGORIA	Razionale: Referti 2019 >= 2018												
AMB	158.758 vs 145.255												
RIS	55.423 vs 58.938												
LIS	195.270 vs 193.742												
PS	62.605 vs 61.356												
L.DIM.	13.574 vs 14.559												
<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>Per quanto riguarda il RIS la riduzione è dovuta ad una proporzionale riduzione delle prestazioni, la percentuale di referti pubblicati sugli esami eseguiti è comunque sempre superiore al 98%</p>												

<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>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente, rientranti in un range di ragionevole variabilità pari ad un +/- 10%												
<b>VALORE OTTENUTO</b>	I valori ottenuti al termine dell'anno 2019 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 65,1%.												
<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 13 punti percentuali rispetto all'anno 2018. Tale risultato risulta il più critico dal 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> <th>2019</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> <td>65,1%</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 in cui l'indicatore assume un valore inferiore al 40%.</p> <p>Un'analisi effettuata sulle mensilità evidenzia invece come il disallineamento si sia generato a partire dal mese di febbraio: solo nella mensilità di luglio il valore è stato superiore al 78%. Il tempo medio di attesa si è incrementato, passando da un valore di 18 minuti medi ad un valore di 27 minuti medi.</p>	Oggetto	2015	2016	2017	2018	2019	Utenti in attesa per meno di 30 minuti	77,2 %	80,1 %	81,1 %	78,1%	65,1%
Oggetto	2015	2016	2017	2018	2019								
Utenti in attesa per meno di 30 minuti	77,2 %	80,1 %	81,1 %	78,1%	65,1%								

<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, annualmente declinato con specifiche indicazioni nelle Regole di Gestione dell'SSR
<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 di tempi obiettivo previsti dalla normativa, per tutte le prestazioni di prima visita ed indagini strumentali
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Verrà calcolato un indicatore percentuale come rapporto tra il numero complessivo di prestazioni erogate ed il numero di prestazioni erogate entro i tempi previsti dalla normativa
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Secondo l'ultimo dato disponibile al momento della stesura della presente relazione (corrispondente alla rilevazione di settembre 2019) la % di prenotazioni è pari al 98%.
<b>COMMENTO</b>	Il valore ottenuto è positivo e superiore al valore di riferimento fissato dallo standard regionale.

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempi di attesa in Pronto Soccorso adeguati alle classi di priorità
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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
<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>	Percentuale di pazienti in codice giallo visitati entro 30 minuti
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Verrà calcolato un indicatore percentuale come rapporto tra il numero complessivo pazienti che si presenteranno in Pronto Soccorso con codice giallo ed il numero di pazienti, con codice giallo, presi in carico entro 30 minuti dal loro arrivo in Pronto Soccorso
<b>VALORE OTTENUTO</b>	N° pazienti accedono in PS con codice giallo/N° pazienti, con codice giallo, presi in carico entro 30 minuti Anno 2019 : 6652/8340 → 80% Anno 2018 : 6389/7868 → 81%
<b>COMMENTO</b>	Indicatore sovrapponibile all'anno precedente, con un lieve disallineamento pari solo all'1%

## 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>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un tasso < 0,18% Tale valore potrebbe essere oggetto di variazione, di anno in anno, in virtù della performance ottenuta dall'ASST nell'anno precedente
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2019 è pari a 0,13% (170 cadute su un totale di 129.101 giornate di degenza) 2018: 0,15% (189 cadute su un totale di 128.850 giornate di degenza)
<b>COMMENTO</b>	<p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2019 è allineato al valore target previsto annualmente e migliorativo rispetto all'anno 2018.</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.</p> <p>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.																																				
<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>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target è il miglioramento, o l'allineamento, al dato dell'anno precedente.																																				
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci effettuate al termine dell'anno 2019 è stato pari a 235, di cui 66 relative ad episodi gravi e 169 relative a reazioni avverse non gravi. L'indicatore restituisce un valore pari al 98,77%																																				
<b>COMMENTO</b>	<p>L'ASST di Crema, a partire dal 2016, ha registrato un importante incremento dei volumi di segnalazione rispetto a quanto intrapreso a partire dall'anno 2015. Nel 2019 si è confermato il trend di sostanziale mantenimento del numero di segnalazioni complessivamente raccolte nel biennio precedente, con uno scostamento minimo rispetto all'anno 2018.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Segnalazioni</th> <th>Gravi</th> <th>Non Gravi</th> <th>Totali</th> <th>% gravi</th> <th>% non gravi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>41</td> <td>84</td> <td>125</td> <td>32,80%</td> <td>67,20%</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>87</td> <td>123</td> <td>210</td> <td>41,43%</td> <td>58,57%</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>74</td> <td>171</td> <td>245</td> <td>30,20%</td> <td>69,80%</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>78</td> <td>164</td> <td>242</td> <td>32,23%</td> <td>67,76%</td> </tr> <tr> <td>2019</td> <td>66</td> <td>169</td> <td>235</td> <td>28,09%</td> <td>71,91%</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%	2019	66	169	235	28,09%	71,91%
Segnalazioni	Gravi	Non Gravi	Totali	% gravi	% non gravi																																
2015	41	84	125	32,80%	67,20%																																
2016	87	123	210	41,43%	58,57%																																
2017	74	171	245	30,20%	69,80%																																
2018	78	164	242	32,23%	67,76%																																
2019	66	169	235	28,09%	71,91%																																



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

<b>DENOMINAZIONE</b>	Pubblicazione 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>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore obiettivo per ciascun anno di competenza è stato stabilito nel 100% della documentazione di pertinenza dell'anno considerato
<b>VALORE OTTENUTO</b>	Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2019 è stato pari al 99,54%.
<b>COMMENTO</b>	<p>Il livello di adempimento degli obblighi di trasparenza è in linea con le disposizioni ex D.Lgs. N.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare e con le indicazioni delle Linee Guida ANAC emanate con Delibera 1310 del 28.12.2016.</p> <p>Sono stati svolti tre monitoraggi sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione al 30 aprile, al 30 settembre e al 31/12/2019. I monitoraggi hanno riguardato la totalità degli obblighi di pubblicazione previsti dal Programma Trasparenza.</p> <p>Le principali criticità si riscontrano nella tempestività della pubblicazione dei dati relativi alle Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare (la pubblicazione avviene una volta l'anno in formato xml ed in prossimità della scadenza del flusso AVCP).</p>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Contrasto al fenomeno corruttivo
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI I 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>	Per questo obiettivo l'ASST non ha fissato un indicatore numerico, ma richiede una rendicontazione annuale delle attività implementate al proprio interno per il contrasto al fenomeno corruttivo, nel rispetto delle indicazioni determinate dalla normativa vigente
<b>VALORE TARGET</b>	Rendicontazione specifica, da redigersi in occasione della composizione annuale della Relazione alla Performance
<b>COMMENTO</b>	<p>In data 29/01/2019 con provvedimento n. 20 è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2019/2021, redatto secondo le disposizioni normative in materia e dei Piani nazionali emanati dall'ANAC.</p> <p>Il livello di attuazione del PTPCT 2019 è coerente con la programmazione. I monitoraggi periodici svolti, nell'anno 2019, sullo stato di realizzazione delle misure di prevenzione previsti dal PTPCT 2019-2021 evidenziano che le misure di prevenzione generali programmate continuano ad essere implementate e trovano regolare applicazione e rispetto all'interno dell'azienda. Lo stesso dicasi per le misure di prevenzione specifiche del settore Sanità.</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 e proceduto ad una analisi dei rischi in essi presenti, al fine di differenziare rischi effettivi da eventi "non rischiosi".</p> <p>I processi mappati (nr. 90 totali) afferiscono alle seguenti aree di rischio generali: contratti pubblici, incarichi e nomine, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio, provvedimenti privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario, provvedimenti di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario; affari legali e contenzioso.</p> <p>Per quanto riguarda le aree specifiche del settore sanitario sono stati mappati i processi relativi all'Attività libero professionale e liste d'attesa, Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni, Attività istituzionale ambulatoriale., Attività di Medicina Legale, Fornitura ausili, Concessione forniture straordinarie per protesica maggiore o minore; Rilascio relazione tossicodipendenza; Processo valutazione per rilascio relazione psico-sociale nell'ambito del processo di adozione.</p>