
VERBALE DI DELIBERAZIONE n. **236**

U.O. Controllo di Gestione

Responsabile del procedimento: Davide Zanchi

**VERBALE DI DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE**

Il giorno 14 Giugno 2018 presso la sede legale, il Direttore Generale Dott. Luigi Ablondi ha adottato la seguente deliberazione

**OGGETTO: APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE
DELL'ANNO 2017.**

con l'assistenza del Direttore Amministrativo Dott. Guido Avaldi che svolge le funzioni di Segretario.

Si attesta che la copia del presente atto viene pubblicata mediante affissione all'Albo, ove rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Dal 16/06/2018 al 30/06/2018

f.to Il Direttore Amministrativo
Dott. Guido Avaldi

Crema, 16/06/2018

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO di quanto enunciato dal D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009 avente come oggetto: “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, in particolare:

- nell’articolo 3 in cui si esplicita che *“la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento”* e che *“ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti”*;
- nell’articolo 10, nella sezione dedicata nello specifico alla Relazione alla Performance nella quale si esplicita come tale documento *“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”*;

CONSIDERATI i contenuti:

- della DGR IX/351 del 28 luglio 2010 avente come oggetto “Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle aziende di ricovero e cura”;
- del Decreto della Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia n. 349 del 23 gennaio 2012 avente come oggetto: “Approvazione del metodo per l’individuazione dell’indice sintetico di performance per le strutture di ricovero”;
- del “Modello del Piano delle Performance” proposto dall’Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia con il quale sono state definite le premesse metodologiche alla base della redazione del lavoro, gli obiettivi che esso si propone di soddisfare e le relative tempistiche, approfondendo quanto emerso durante l’incontro dell’Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia, tenutosi in data 26 gennaio 2012;

COSTITUITO a livello aziendale nell’anno 2012 il gruppo di lavoro dedicato alla stesura del Piano delle Performance, composto dalla Direzione Strategica Aziendale (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio-Sanitario), dal Presidente del Nucleo di Valutazione Aziendale, dall’U.O. Controllo di Gestione, dal Direttore dell’U.O. Personale, dal Direttore Medico di Presidio e dal Direttore del Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.);

VERIFICATO che il Nucleo di Valutazione Aziendale, tra i propri compiti, prevede:

- la verifica della correttezza metodologica sia interna, sia con riferimento a quanto svolto a livello di sistema Regionale;
- il monitoraggio dello sviluppo di quanto programmato;
- il presidio della correttezza nell'attuazione dei processi di valutazione delle prestazioni individuali;
- la verifica della coerenza con i sistemi di programmazione adottati dall'azienda;

RILEVATI i contenuti:

- della comunicazione avente protocollo H1.2011.0013611 del 4 maggio 2011 avente come oggetto “Valutazione delle performance delle strutture di ricovero e cura per acuti relativamente all'esercizio 2009”;
- della DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 avente come oggetto “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015”;
- della comunicazione aziendale protocollo n. 0005627 del 30/03/2015 avente come oggetto “Progetti aziendali e collaborazioni interaziendali di cui alla DGR n. X/2989/2014”;
- delle note regionali relative agli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere per l'anno 2017 ed in particolare della Deliberazione n. DGR X/6963 del 31/07/2017;
- del Contratto sottoscritto con l'ASL di riferimento per l'anno 2015;
- del Contratto sottoscritto con l'ATS di riferimento per l'anno 2016;
- del Contratto sottoscritto con l'ATS di riferimento per l'anno 2017;
- della bozza di lavoro elaborata per l'incontro dell'Organismo Indipendente di Valutazione di Regione Lombardia del 18 maggio 2012 e le risultanze di tale intervento;

VISTA la delibera del Direttore Generale n. 199 del 15 giugno 2017, attraverso la quale l'azienda ha approvato i contenuti delle schede di budget dell'anno 2017, delle quali il Piano della Performance 2016-2018 è da intendersi come un “collegato”, evitando qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;

VERIFICATO che la Relazione alla performance è stata sottoposta all'attenzione della Direzione Strategica, che ha contribuito alla sua stesura attraverso l'aggiunta di commenti, suggerimenti, modifiche di quanto in essa originariamente indicato, al fine di migliorarne struttura e contenuti;

VERIFICATO che in data 8 giugno 2018 la Relazione alla Performance elaborata sulla base delle suddette risultanze è stata definitivamente condivisa dai componenti del Nucleo di Valutazione della Performance;

CONSIDERATI i contenuti sopra richiamati, dai quali sono emersi gli obiettivi presenti nel Piano delle Performance 2016-2018, che a sua volta costituisce l'oggetto del monitoraggio della Relazione alla Performance;

Acquisiti i pareri di competenza, del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario;

d e l i b e r a

- 1) Di approvare la Relazione alla Performance dell'ASST Crema per l'anno 2017;
- 2) Di stabilire che i seguenti atti costituiscono parte integrante della presente deliberazione:
 - Allegato n.1 – Relazione alla Performance dell'ASST di Crema per l'anno 2017 (costituito da n. 25 pagine);
- 3) Di disporre la pubblicazione della Relazione alla Performance sul sito internet aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente”, nell'area dedicata alla “Performance”;

Letto, confermato e sottoscritto

f.to Il Direttore Generale
Dott. Luigi Ablondi

f.to Il Direttore Amministrativo
Dott. Guido Avaldi

f.to Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Ermanna Derelli

f.to Il Direttore Socio-Sanitario
Dott.ssa Maria Gloria Mencatelli

Relazione alla Performance dell'anno 2017



INDICE DEI CONTENUTI

INTRODUZIONE

La Relazione alla Performance: struttura e finalità	Pag. 2
Breve sintesi dei risultati conseguiti nell'anno 2017	Pag. 3

LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE DELL'ANNO 2017

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

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 2017, 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 2017 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 2017

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 dalla prosecuzione 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 pertanto 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; gli indicatori di accessibilità alla struttura (tempi di attesa presso il CUP) 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, in miglioramento ed in linea con l'andamento della produzione, ad evidenziare l'utilizzo di ciò che è strettamente necessario, senza sprechi. Peraltro, ciò assume ancora maggior rilevanza se si considera sia l'incremento di produzione erogata rispetto all'anno precedente, sia la maggior complessità della stessa, testimoniata dall'incremento della complessità del case mix e dall'erogazione di prestazioni attraverso metodiche innovative ed in linea con i più recenti standard qualitativi. 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 2017

Efficienza nella gestione

DENOMINAZIONE	Mantenimento del livello di produzione																																				
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare il rapporto tra il livello di produzione effettivamente erogato e quanto remunerabile da Regione Lombardia, indicato nel bilancio consuntivo. Un indicatore che presenta un valore di tale rapporto pari a 1 evidenzia che la Struttura è stata in grado di erogare tutta la produzione richiesta, un valore maggiore di uno indica una produzione anche superiore rispetto a quanto richiesto.																																				
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente																																				
INDICATORE	Produzione effettiva da tabelle regionali / Produzione prevista da Bilancio consuntivo (target del confronto è l'anno 2016)																																				
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<p>Si riportano i dati relativi agli indicatori degli anni 2015 e 2016:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Voce di produzione</th> <th>Indicatore 2015 (storico)</th> <th>Indicatore 2016 (target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriali</td> <td>1,04</td> <td>1,01</td> </tr> <tr> <td>Screening</td> <td>1,04</td> <td>1,01</td> </tr> <tr> <td>Ricoveri</td> <td>1,03</td> <td>1,01</td> </tr> <tr> <td>Sub Acuti</td> <td>1,78</td> <td>1,12</td> </tr> <tr> <td>NPI + Progetti</td> <td>1,02</td> <td>1,08</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td>1,01</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria + progetti</td> <td>1,22</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td>1,05</td> <td>1,01</td> </tr> </tbody> </table>	Voce di produzione	Indicatore 2015 (storico)	Indicatore 2016 (target)	Ambulatoriali	1,04	1,01	Screening	1,04	1,01	Ricoveri	1,03	1,01	Sub Acuti	1,78	1,12	NPI + Progetti	1,02	1,08	NRS	1,01	1,00	Psichiatria + progetti	1,22	1,00	Totale	1,05	1,01									
Voce di produzione	Indicatore 2015 (storico)	Indicatore 2016 (target)																																			
Ambulatoriali	1,04	1,01																																			
Screening	1,04	1,01																																			
Ricoveri	1,03	1,01																																			
Sub Acuti	1,78	1,12																																			
NPI + Progetti	1,02	1,08																																			
NRS	1,01	1,00																																			
Psichiatria + progetti	1,22	1,00																																			
Totale	1,05	1,01																																			
VALORE OTTENUTO	<p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2017 sono riportati di seguito:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Voce di produzione</th> <th>Effettivo 2017</th> <th>Bilancio Cons. 2017</th> <th>Indicat. 2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriali</td> <td>26.503.256,51</td> <td>25.622.000,00</td> <td>1,03</td> </tr> <tr> <td>Screening</td> <td>236.679,03</td> <td>229.000,00</td> <td>1,03</td> </tr> <tr> <td>Ricoveri</td> <td>55.871.239,00</td> <td>54.744.000,00</td> <td>1,02</td> </tr> <tr> <td>Sub Acuti</td> <td>1.429.980,00</td> <td>1.420.950,81</td> <td>1,01</td> </tr> <tr> <td>NPI + Progetti</td> <td>1.389.104,15</td> <td>1.371.000,00</td> <td>1,01</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td>664.796,00</td> <td>664.796,00</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria + progetti</td> <td>3.388.302,65</td> <td>3.311.000,00</td> <td>1,02</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td>89.483.357,34</td> <td>87.362.746,81</td> <td>1,02</td> </tr> </tbody> </table>	Voce di produzione	Effettivo 2017	Bilancio Cons. 2017	Indicat. 2017	Ambulatoriali	26.503.256,51	25.622.000,00	1,03	Screening	236.679,03	229.000,00	1,03	Ricoveri	55.871.239,00	54.744.000,00	1,02	Sub Acuti	1.429.980,00	1.420.950,81	1,01	NPI + Progetti	1.389.104,15	1.371.000,00	1,01	NRS	664.796,00	664.796,00	1,00	Psichiatria + progetti	3.388.302,65	3.311.000,00	1,02	Totale	89.483.357,34	87.362.746,81	1,02
Voce di produzione	Effettivo 2017	Bilancio Cons. 2017	Indicat. 2017																																		
Ambulatoriali	26.503.256,51	25.622.000,00	1,03																																		
Screening	236.679,03	229.000,00	1,03																																		
Ricoveri	55.871.239,00	54.744.000,00	1,02																																		
Sub Acuti	1.429.980,00	1.420.950,81	1,01																																		
NPI + Progetti	1.389.104,15	1.371.000,00	1,01																																		
NRS	664.796,00	664.796,00	1,00																																		
Psichiatria + progetti	3.388.302,65	3.311.000,00	1,02																																		
Totale	89.483.357,34	87.362.746,81	1,02																																		
COMMENTO	La produzione erogata nel corso dell'anno 2017 è stata superiore rispetto a quanto riconosciuto nel bilancio consuntivo di fine anno in ciascuna delle sezioni di cui si compone. Con riferimento agli indicatori riportati nel box "valore target", si rileva l'incremento dell'eccedenza di produzione rispetto all'anno 2016, soprattutto con riferimento alle sezioni dell'attività ambulatoriale e di ricovero. Si segnala, inoltre, l'incremento del case mix dell'attività di ricovero rispetto all'anno precedente, tra i più rilevanti indicatori di qualità e complessità delle cure fornite, ufficialmente riconosciuto da Regione Lombardia all'ASST di Crema attraverso la DGR n.XI 127/2018.																																				

DENOMINAZIONE	Efficientamento del costo del materiale farmaceutico												
DESCRIZIONE E FINALITA'	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.												
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente												
INDICATORE	Incidenza Costo farmaci (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali (target del confronto è l'anno 2016)												
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<p>Si riportano i dati relativi al biennio 2015-2016:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Anno 2015 (storico)</th> <th>Anno 2016 (target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> <td>88.297.703,98</td> </tr> <tr> <td>Costo farmaci (no file F)</td> <td>2.591.000,00</td> <td>2.304.000,00</td> </tr> <tr> <td>Farmaci / Produzione</td> <td>2,88%</td> <td>2,61%</td> </tr> </tbody> </table>	Categoria	Anno 2015 (storico)	Anno 2016 (target)	Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00	2.304.000,00	Farmaci / Produzione	2,88%	2,61%
Categoria	Anno 2015 (storico)	Anno 2016 (target)											
Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98											
Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00	2.304.000,00											
Farmaci / Produzione	2,88%	2,61%											
VALORE OTTENUTO	<p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è riportato di seguito:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.483.357,34</td> </tr> <tr> <td>Costo farmaci (no file F)</td> <td>2.132.000,00</td> </tr> <tr> <td>Farmaci / Produzione</td> <td>2,38%</td> </tr> </tbody> </table>	Totale Produzione	89.483.357,34	Costo farmaci (no file F)	2.132.000,00	Farmaci / Produzione	2,38%						
Totale Produzione	89.483.357,34												
Costo farmaci (no file F)	2.132.000,00												
Farmaci / Produzione	2,38%												
COMMENTO	<p>Il valore dell'indicatore è in miglioramento rispetto all'anno precedente, evidenziando una riduzione del peso percentuale del costo del materiale farmaceutico utilizzato rispetto al valore della produzione complessiva erogata dall'ASST di Crema.</p> <p>Concorrono al raggiungimento di un risultato di questo tipo una duplice tipologia di dinamiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da un lato la riduzione dei costi (-7,47%), garantita sia dall'impegno del personale sanitario ad un utilizzo senza sprechi dei prodotti a disposizione, sia l'attenzione del personale amministrativo nei processi di approvvigionamento dei beni ricercando eventuali opportunità nel rapporto prezzi/quantità; • la costante attività dell'U.O. di Farmacia nel supporto alle scelte terapeutiche delle Unità Operative ed in una attenta selezione delle migliori opportunità di approvvigionamento nel mercato farmaceutico; • dall'altro lato, l'incremento della produzione complessiva (+ 1,34%), che passa da circa 88.297.000€ nel 2016 a 89.483.000€ nel 2017, in maniera pressochè uniforme in tutte le linee di attività gestite dall'ASST, che non ha inciso in modo parallelo sulla dinamica di incremento dei costi 												

DENOMINAZIONE	Efficientamento del costo dei dispositivi medici												
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per dispositivi medici rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo dei dispositivi medici rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da acquisti a miglior prezzo o ad una riduzione dei consumi.												
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente												
INDICATORE	Incidenza Costo dispositivi medici (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali (target del confronto è l'anno 2016)												
VALORE STORICO E VALORE TARGET	Si riportano i dati relativi al biennio 2015-2016: <table border="1" data-bbox="549 869 1350 1032"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Anno 2015 (storico)</th> <th>Anno 2016 (target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> <td>88.297.703,98</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.211.000,00</td> <td>6.335.000,00</td> </tr> <tr> <td>DM / Produzione</td> <td>6,91%</td> <td>7,17%</td> </tr> </tbody> </table>	Categoria	Anno 2015 (storico)	Anno 2016 (target)	Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	Costo disp. medici	6.211.000,00	6.335.000,00	DM / Produzione	6,91%	7,17%
Categoria	Anno 2015 (storico)	Anno 2016 (target)											
Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98											
Costo disp. medici	6.211.000,00	6.335.000,00											
DM / Produzione	6,91%	7,17%											
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è riportato di seguito: <table border="1" data-bbox="564 1133 1169 1256"> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.483.357,34</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.355.000,00</td> </tr> <tr> <td>DM / Produzione</td> <td>7,10%</td> </tr> </tbody> </table>	Totale Produzione	89.483.357,34	Costo disp. medici	6.355.000,00	DM / Produzione	7,10%						
Totale Produzione	89.483.357,34												
Costo disp. medici	6.355.000,00												
DM / Produzione	7,10%												
COMMENTO	Il valore dell'indicatore è in netto miglioramento rispetto all'anno precedente, evidenziando una riduzione 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). Tale scelta si discosta da quanto effettuato lo scorso anno, ma consente di apprezzare maggiormente il positivo risultato ottenuto dall'azienda. Se infatti si considerasse la medesima base dati dello scorso anno, l'indicatore scenderebbe al 6,99% (in sostanziale allineamento con quanto riscontrato con il dato dell'anno 2015), in quanto il valore totale dei dispositivi medici da considerare sarebbe pari a 6.257.000€. Le determinanti di questa positiva performance pertanto sono da ascrivere, come nel caso dei consumi di materiale farmaceutico, sia ad una riduzione dei costi dei prodotti utilizzati, sia all'incremento della produzione di prestazioni sanitarie. Si coglie inoltre l'occasione per sottolineare come il contenimento dei costi sia stato raggiunto grazie all'attiva partecipazione dei professionisti medici nel controllo della spesa attraverso una attenta scelta dei device da acquistare, requisito necessario per garantire sia il rispetto dei vincoli di bilancio, sia l'orientamento della produzione verso volumi e livelli qualitativi sempre incrementali ed in miglioramento rispetto agli anni precedenti.												

DENOMINAZIONE	Efficientamento del costo dei service sanitari													
DESCRIZIONE E FINALITA'	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.													
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente													
INDICATORE	Incidenza Costo service sanitari (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali (target del confronto è l'anno 2016)													
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<p>Si riportano i dati relativi al biennio 2015-2016:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Anno 2015 (storico)</th> <th>Anno 2016 (target)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> <td>88.297.703,98</td> </tr> <tr> <td>Costo service sanitari</td> <td>10.089.000,00</td> <td>11.082.000,00</td> </tr> <tr> <td>Service / Produzione</td> <td>11,23%</td> <td>12,55%</td> </tr> </tbody> </table>		Categoria	Anno 2015 (storico)	Anno 2016 (target)	Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98	Costo service sanitari	10.089.000,00	11.082.000,00	Service / Produzione	11,23%	12,55%
Categoria	Anno 2015 (storico)	Anno 2016 (target)												
Totale Produzione	89.823.912,20	88.297.703,98												
Costo service sanitari	10.089.000,00	11.082.000,00												
Service / Produzione	11,23%	12,55%												
VALORE OTTENUTO	<p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è riportato di seguito:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.483.357,34</td> </tr> <tr> <td>Costo service sanitari</td> <td>11.393.000</td> </tr> <tr> <td>Service / Produzione</td> <td>12,73%</td> </tr> </tbody> </table>		Totale Produzione	89.483.357,34	Costo service sanitari	11.393.000	Service / Produzione	12,73%						
Totale Produzione	89.483.357,34													
Costo service sanitari	11.393.000													
Service / Produzione	12,73%													
COMMENTO	<p>Il valore dell'indicatore ottenuto al termine dell'anno 2017 prosegue nel trend di incremento rispetto all'anno precedente, evidenziando un incremento 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>Si precisa tuttavia che, come evidente, l'incremento è assolutamente contenuto e di poco superiore ad un punto percentuale (+1.4%).</p> <p>La genesi del lieve incremento è principalmente relativa all'incremento dell'attività sanitaria rispetto all'anno precedente che, in virtù della durata pluriennale degli accordi alla base dei servizi sanitari, rende questa categoria di costi meno in grado di ottenere migliori condizioni di fornitura e meno variabilità di mix rispetto all'approvvigionamento di prodotti consumabili (farmaci e dispositivi medici).</p>													

Processi organizzativi

DENOMINAZIONE	Monitoraggio del tasso di assenteismo
DESCRIZIONE E FINALITA'	<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"> • 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) • 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)
RIFERIMENTI NORMATIVI	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
INDICATORE	A) gg assenza malattia retribuita / numero dipendenti a tempo indeterminato B) gg altre assenze / numero dipendenti a tempo indeterminato
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<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>
VALORE OTTENUTO	<p>Dati anno 2017: Indicatore A) 7,21 gg/dipendente Indicatore B) 14,29 gg/dipendente</p> <p><i>La fonte dei valori riferiti all'anno 2017 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 2017 (la cui rilevazione è subordinata all'emanazione delle relative indicazioni ministeriali ad oggi non ancora pubblicate)</i></p>
COMMENTO	<p>I valori presentano un positivo allineamento ai valori target presi a riferimento; entrambi gli indicatori rientrano infatti all'interno del range di variabilità considerato non critico.</p> <p>L'indicatore A) riflette un miglioramento rispetto all'anno precedente, evidenziando una riduzione complessiva delle giornate di assenza per malattia rispetto all'anno precedente.</p> <p>L'indicatore B) evidenzia un lieve incremento che si attesta comunque su una variazione inferiore al 5% rispetto al dato riferito all'anno precedente.</p>

DENOMINAZIONE	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno aziendale dedicato alla formazione del proprio personale dipendente. L'importanza del mantenimento delle attività formative è da considerarsi la proxy di un indicatore di qualità dell'assistenza prestata
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	Ore formazione anno di competenza / Ore formazione anno precedente
VALORE STORICO E VALORE TARGET	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
VALORE OTTENUTO	Il monte ore dedicate ad attività formative nel corso dell'anno 2017 è stato pari a 25.842,54 ore. Tale valore è in lieve riduzione rispetto a quanto registrato l'anno precedente, evidenziando una variazione percentuale pari a circa il 7,13% rispetto al valore dell'anno 2016
COMMENTO	Il dato relativo alle ore dedicate ad attività formative raggiunto dall'ASST di Crema per l'anno 2017 risulta essere in linea con quanto previsto dall'obiettivo che l'azienda si è posta nel triennio 2016-2018. Si rileva un lieve disallineamento con il dato rilevato nell'anno precedente, comunque all'interno di un range di accettabilità definito in fase di composizione del Piano della Performance 2016-2018. Tale disallineamento peraltro non inficia la percezione del ricorso dello 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.

Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza

DENOMINAZIONE	Mantenimento dell'attività di donazione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare la capacità dell'Azienda di perseguire il processo di raccolta da donatore, volto a garantirsi un regime di autonomia nell'utilizzo delle risorse in questione (sacche di sangue/plasma e cornee) e di contribuire all'attività sanitaria della Regione nel rispetto dei quantitativi di interesse individuati a livello Regionale
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	1) Rispetto del Piano Annuale di compensazione delle unità di Sangue (richiesto da AREU) 2) Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale
VALORE STORICO E VALORE TARGET	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)
VALORE OTTENUTO	1) Nel corso dell'anno 2016 sono state raccolte 5.830 unità di sangue intero (di cui, 5.653 valide); il valore target per l'anno 2017 era stato posto a 5.130 unità, mentre il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è stato pari a 5.550 unità (di cui, 5.412 valide) 2) Nel corso dell'anno 2016 sono state prelevate 130 cornee da 65 donatori, pari al 13,57% dei decessi in ospedale (n. 479) (target obiettivo 10%). Nel corso dell'anno 2017 sono state prelevate 123 cornee da 62 donatori, pari al 12,73% dei decessi in ospedale (n. 487) L'indicatore pertanto è in sostanziale allineamento con il valore obiettivo
COMMENTO	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. La lieve riduzione delle unità complessive raccolte rispetto al 2016 è da legarsi anche ad una parallela riduzione della domanda interna (proveniente cioè dalle Unità Operative aziendali). L'azienda peraltro, nell'anno 2017, ha vissuto l'avvicendamento del responsabile aziendale del Servizio Trasfusionale, ottenendo valori migliori (relativi al numero di donazioni) nel quarto trimestre rispetto a quanto emerso nel corso dei primi 9 mesi dell'anno 2017; 2) 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, pur in lievissima riduzione, è in sostanziale allineamento con l'anno precedente e superiore al target medio obiettivo (10%) indicato da Regione Lombardia

DENOMINAZIONE	Tempestività di gestione delle fratture di femore
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del DWH Regionale. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Numero di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100 / numero di interventi per frattura di collo del femore
VALORE STORICO E VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 71% (Fonte Regione Lombardia) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale di poco inferiore al 50% dei casi (36,78%) Il dato relativo all'anno 2016 è stato pari ad una percentuale del 57,39%
VALORE OTTENUTO	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2017 ha restituito un valore pari a 60% <i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i>
COMMENTO	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è inferiore rispetto al target che il Piano Nazionale Esiti ha posto come obiettivo, ma risulta essere in netto miglioramento rispetto al valore registrato nell'anno precedente, testimoniando gli sforzi di cambiamento organizzativo implementati dall'ASST orientati al miglioramento del dato ottenuto l'anno precedente ed all'allineamento al 71% target. Nello specifico, la transizione dall'anno 2016 all'anno 2017 ha comportato un miglioramento di circa +2,61 punti percentuali. Nel triennio 2015-2017, l'incremento mostrato è stato pari a +24,22 punti percentuali

DENOMINAZIONE	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	N. parti con taglio cesareo primario / N. Parti totali
VALORE STORICO E VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale inferiore al 20% (Fonte Regione Lombardia o PNE) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 19,10% dei casi Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2016 ha restituito un valore pari a 15,51%
VALORE OTTENUTO	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2017 ha restituito un valore pari a 17,74% <i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i>
COMMENTO	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è allineato rispetto al target che il Piano Nazionale Esiti ha posto come obiettivo L'indicatore presenta un lieve incremento rispetto all'anno precedente, pur rimanendo all'interno degli standard obiettivo posti da Regione Lombardia-PNE

DENOMINAZIONE	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Colecistectomie laparoscopiche: N. ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. ricoveri totali
VALORE STORICO E VALORE TARGET	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) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 53,97% dei casi Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2016 ha restituito un valore pari a 70,92%
VALORE OTTENUTO	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2017 ha restituito un valore pari a 73,63% <i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i>
COMMENTO	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è allineato rispetto al target che il Piano Nazionale Esiti ha posto come obiettivo, mostrando un trend di continuo miglioramento. Esso pertanto manifesta l'impegno dell'ASST di Crema nel perseguimento di un miglioramento continuo: la transizione dall'anno 2016 all'anno 2017 infatti ha comportato un miglioramento percentuale di circa 3 punti percentuali rispetto al valore ottenuto al termine dell'anno 2016, che diventano circa 20 se si considera il triennio 2015-2017

DENOMINAZIONE	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario.</p> <p>E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE.</p> <p>L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<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>
INDICATORE	Infarto miocardico acuto: N. casi trattati con PTCA entro due giorni / N. casi trattati con PTCA
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<p>L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 60% (Fonte Regione Lombardia o PNE)</p> <p>Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 63,56% dei casi</p> <p>Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2016 ha restituito un valore pari a 60,22%</p>
VALORE OTTENUTO	<p>Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2017 ha restituito un valore pari a 66,57%</p> <p><i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i></p>
COMMENTO	<p>Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è allineato rispetto al target che il Piano Nazionale Esiti ha posto come obiettivo</p> <p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 peraltro evidenzia un incremento deciso sia rispetto all'anno precedente, sia rispetto al valore conseguito nell'anno 2015, sempre nel rispetto del target posto da Regione Lombardia.</p>

Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

DENOMINAZIONE	Accessibilità documenti online																														
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo è inserito nel progressivo sviluppo del Sistema informativo Socio Sanitario lombardo.</p> <p>Il valore aggiunto per il cittadino consiste nell'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>																														
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi SISS per l'anno di competenza PIMO																														
INDICATORE	Conteggio dei referti pubblicati per ciascuna tipologia (LIS-RIS-PS-LDIM-Altro)																														
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<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>																														
VALORE OTTENUTO	I valori ottenuti al termine dell'anno 2017 presentano i seguenti valori: LIS - RIS: 243.796; AMB: 138.474; PS: 58.771; L.DIM.: 13.933;																														
COMMENTO	<p>I valori presentati sono nel complesso superiori rispetto a quelli previsti dal target dell'obiettivo.</p> <p>Nel complesso, essi sono superiori rispetto ai valori complessivi ottenuti al termine dell'anno 2016 (454.974 rispetto a 447.773).</p> <p>In tal senso, si riporta una tabella che evidenzia come, anche rispetto ai target posti da Regione Lombardia per l'attività di pubblicazione, l'ASST abbia svolto un'attività completa ed in linea con le aspettative dell'Ente di riferimento</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>Docum. prodotti anno 2017</th> <th>Target pubblicaz. 2017</th> <th>Publicati FSE 2017</th> <th>% di pubblicazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AMB</td> <td>123.123</td> <td>80%</td> <td>138.474</td> <td>102%</td> </tr> <tr> <td>RIS e LIS</td> <td>231.215</td> <td>95%</td> <td>243.796</td> <td>104%</td> </tr> <tr> <td>PS</td> <td>54.455</td> <td>95%</td> <td>58.771</td> <td>107%</td> </tr> <tr> <td>L.DIM.</td> <td>14.166</td> <td>95%</td> <td>13.933</td> <td>98%</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>422.959</td> <td></td> <td>454.974</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TIPO	Docum. prodotti anno 2017	Target pubblicaz. 2017	Publicati FSE 2017	% di pubblicazione	AMB	123.123	80%	138.474	102%	RIS e LIS	231.215	95%	243.796	104%	PS	54.455	95%	58.771	107%	L.DIM.	14.166	95%	13.933	98%	TOTALE	422.959		454.974	
TIPO	Docum. prodotti anno 2017	Target pubblicaz. 2017	Publicati FSE 2017	% di pubblicazione																											
AMB	123.123	80%	138.474	102%																											
RIS e LIS	231.215	95%	243.796	104%																											
PS	54.455	95%	58.771	107%																											
L.DIM.	14.166	95%	13.933	98%																											
TOTALE	422.959		454.974																												

DENOMINAZIONE	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction																																																						
DESCRIZIONE E FINALITA'	La rilevazione di customer satisfaction è lo strumento utilizzato per sondare la percezione dei pazienti in termini di qualità percepita delle cure ad essi fornite; le indicazioni che se ne possono derivare quindi, benché potenzialmente 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.																																																						
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza PIMO																																																						
INDICATORE	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																																																						
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<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: Tot. Questionari con 6 o 7 (ambulatoriale e ricovero): 3.858 Tot. Questionari compilati (ambulatoriale e ricovero): 4.780 Percentuale target: 80,71%</p> <p>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 Percentuale ottenuta: 84,24%</p>																																																						
VALORE OTTENUTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Confronto</th> <th colspan="3">2016</th> <th colspan="3">2017</th> </tr> <tr> <th>Tot. compilati</th> <th>Comp. con 6</th> <th>Comp. con 7</th> <th>Tot. compilati</th> <th>Comp. con 6</th> <th>Comp. con 7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Degenza</td> <td>1.731</td> <td>524</td> <td>919</td> <td>2.029</td> <td>594</td> <td>1.074</td> </tr> <tr> <td>Ambulat.</td> <td>3.879</td> <td>1.196</td> <td>2.087</td> <td>4.375</td> <td>1.189</td> <td>2.686</td> </tr> <tr> <td>totale</td> <td>5.610</td> <td>1.720</td> <td>3.006</td> <td>6.404</td> <td>1.783</td> <td>3.760</td> </tr> <tr> <td>Tot. 6+7</td> <td>4.726</td> <td colspan="2"></td> <td>5.543</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Percentuale</td> <td>84,24%</td> <td colspan="2"></td> <td>86,56%</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>							Confronto	2016			2017			Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7	Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7	Degenza	1.731	524	919	2.029	594	1.074	Ambulat.	3.879	1.196	2.087	4.375	1.189	2.686	totale	5.610	1.720	3.006	6.404	1.783	3.760	Tot. 6+7	4.726			5.543			Percentuale	84,24%			86,56%		
Confronto	2016			2017																																																			
	Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7	Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7																																																	
Degenza	1.731	524	919	2.029	594	1.074																																																	
Ambulat.	3.879	1.196	2.087	4.375	1.189	2.686																																																	
totale	5.610	1.720	3.006	6.404	1.783	3.760																																																	
Tot. 6+7	4.726			5.543																																																			
Percentuale	84,24%			86,56%																																																			
COMMENTO	<p>I dati mostrano un importante miglioramento tra la percentuale target del 2016, i dati dell'anno 2015 e quelli dell'anno 2017.</p> <p>La percentuale superiore di 2,32 punti è principalmente dovuta all'importante contributo garantito dalle rilevazioni dell'attività ambulatoriale, che incrementa in modo sensibile sia nella quantità dei questionari compilati, sia nelle votazioni con valori pari o superiori a 7.</p> <p>Nel complesso pertanto la percezione della qualità complessiva dell'assistenza fornita presso l'ASST presenta un valore in positivo incremento.</p>																																																						

DENOMINAZIONE	Tempo di attesa presso CUP Aziendale										
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo mira a valutare la permanenza in attesa agli sportelli CUP aziendali dell'utenza ambulatoriale.</p> <p>L'obiettivo, per essere compreso, deve essere considerato anche alla luce delle misure organizzative che vengono messe in atto per incentivare forme alternative di prenotazione (telefonica, farmacia ecc).</p>										
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali										
INDICATORE	% Pazienti con tempo di attesa medio < di 30 minuti										
VALORE STORICO E VALORE TARGET	<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 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.</p> <p>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%.</p>										
VALORE OTTENUTO	I valori ottenuti al termine dell'anno 2017 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'81,1%.										
COMMENTO	<p>L'ASST di Crema ha migliorato la propria performance presso il CUP aziendale, in quanto complessivamente la quota degli utenti in attesa per meno di trenta minuti è incrementata di 1 punto percentuale rispetto all'anno 2016.</p> <p>Tale risultato evidenzia la presenza di un trend di miglioramento, mostrando il livello di attenzione posta dall'apparato amministrativo aziendale al livello di accoglienza dell'utenza ambulatoriale, di seguito sintetizzato:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oggetto</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</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> </tr> </tbody> </table> <p>Il livello di miglioramento incrementale rispetto all'anno 2016 è inferiore rispetto a quanto riscontrato tra 2015 e 2016, tuttavia ciò appare intuitivo in quanto è via via più complesso raggiungere livelli di efficienza progressivi a partire risultati di per sé già positivi, ottenuti in precedenza.</p>			Oggetto	2015	2016	2017	Utenti in attesa per meno di 30 minuti	77,2 %	80,1 %	81,1 %
Oggetto	2015	2016	2017								
Utenti in attesa per meno di 30 minuti	77,2 %	80,1 %	81,1 %								

DENOMINAZIONE	Lista d'Attesa per prestazioni ambulatoriali
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, come meglio dettagliato all'interno dell'obiettivo di Mandato delle Direzioni Strategiche, di interesse Regionale, tipicamente declinato nelle Regole di Gestione dell'SSR anno dopo anno
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	Raggiungimento per almeno il 95% dei primi accessi di tempi obiettivo previsti dalla DGR n.X/3993/2015
VALORE TARGET	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>
VALORE OTTENUTO	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.
COMMENTO	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.

Attività di risk management

DENOMINAZIONE	Riduzione delle cadute durante il periodo di ricovero
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare il trend del numero di cadute in corso di ricovero. Esso costituisce una proxy della qualità del processo di assistenza al paziente nel corso del periodo di ricovero. Tale obiettivo attiene principalmente all'attività del personale sanitario e di supporto sanitario
RIFERIMENTI NORMATIVI	P.I.M.O. DGR 9014/2009
INDICATORE	Numero cadute / Giornate di degenza totali
VALORE STORICO E VALORE TARGET	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)
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è pari a 0,14% (190 cadute su un totale di 131.527 giornate di degenza)
COMMENTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è allineato al valore target previsto annualmente. Il valore evidenzia inoltre un miglioramento rispetto al dato dell'anno precedente (riduzione sia del numero percentuale delle cadute, sia del numero di casi effettivi di caduta, che risultano essere in riduzione di 35 unità)

DENOMINAZIONE	Incremento delle segnalazioni di reazione avversa a farmaci																								
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno dell'azienda nell'attività di segnalazione del verificarsi di reazioni avverse a seguito della somministrazione di prodotti farmaceutici nel corso del ricovero. L'attività di farmacovigilanza assume particolare rilevanza ed è di particolare interesse sia per il personale farmacista, sia per il personale medico ed è considerabile una proxy di un indicatore di qualità del percorso di cura prestato al paziente. E' un obiettivo presente anche nel PIMO aziendale																								
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Normativa nazionale Farmacovigilanza																								
INDICATORE	Numero segnalazioni anno in corso / Numero segnalazioni anno precedente																								
VALORE STORICO E VALORE TARGET	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.																								
VALORE OTTENUTO	Il numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci effettuate al termine dell'anno 2017 è stato pari a 245, di cui 74 relative ad episodi gravi e 171 relative a reazioni avverse non gravi.																								
COMMENTO	<p>L'ASST di Crema ha registrato un importante incremento dei volumi di segnalazione rispetto a quanto fatto nel biennio 2015-2016; il miglioramento peraltro è effettivo dal punto di vista dei volumi, mentre si rileva una lieve riduzione del numero di segnalazioni di tipo grave rispetto all'anno 2016, benchè permanga un forte incremento rispetto al dato registrato nell'anno 2015.</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> </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%
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%																				

DENOMINAZIONE	Verifiche al corretto funzionamento degli impianti
DESCRIZIONE E FINALITA'	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.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali P.I.M.O.
INDICATORE	Numero verifiche eseguite / Numero verifiche pianificate
VALORE STORICO E VALORE TARGET	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del 100% 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
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2017 è pari al 100%, in completo allineamento con il target obiettivo
COMMENTO	Il valore ottenuto nell'anno 2017 è in linea con il target previsto. Nello specifico, esso è conseguito anche attraverso la collaborazione con un'azienda specializzata nella manutenzione di apparecchiature ospedaliere con le quali è stato stipulato un apposito contratto di fornitura pluriennale di servizi

Implementazione della L.R. 23/2015

DENOMINAZIONE	Implementazione nuove attività di competenza dell'anno
DESCRIZIONE E FINALITA'	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.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza L.R. 23/2015
INDICATORE	Nuove funzioni avviate / Nuove funzioni da avviare
VALORE TARGET	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del 100% delle attività previste nell'anno considerato
VALORE OTTENUTO	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.
COMMENTO	<p>Nel corso dell'anno 2017 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>Tali azioni, che si configurano come "work in progress" propedeutico a nuovi percorsi orizzontali da sviluppare nel biennio 2017-2018 secondo i percorsi prospettati dalle indicazioni regionali, hanno toccato i seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • incorporazione e mantenimento dell'attività del Servizio Vaccinazioni per il distretto cremasco, la cui titolarità è stata ceduta dall'ATS Val Padana; • accreditamento, nel rispetto dei nuovi requisiti richiesti da Regione Lombardia, del servizio di Cure Palliative domiciliari; • definitiva approvazione del Piano Organizzativo Aziendale Strategico, necessario per l'aggregazione, anche formale, nei nuovi Dipartimenti delle attività ereditate dall'ex Asl di Cremona, con l'obiettivo di dare concreta continuità alle prestazioni di cura erogate tra ospedale e territorio;

DENOMINAZIONE	Incremento del tasso di copertura vaccinale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di presa in carico ed espletamento dell'attività vaccinale sul territorio di propria competenza.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza L.R. 23/2015
INDICATORE	Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS per ciascuna delle percentuali di copertura di interesse regionale
VALORE TARGET Anno 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB) <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥95% - Morbillo - Parotite – Rosolia <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: 1° dose ≥95% • Coorte nati residenti 2011: 2° dose ≥ 95% - Pneumococco <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 80% - Meningococco C <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: ≥85% - Polio 4° dose <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati 2011 residenti ≥ 95% - HPV femmine dodicenni <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80% - Influenza <ul style="list-style-type: none"> • over 65aa ≥ 75%
VALORE OTTENUTO	<ul style="list-style-type: none"> - Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB) <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: 3° dose = 96,98% - Morbillo - Parotite – Rosolia <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: 1° dose = 95,24% • Coorte nati residenti 2011: 2° dose = 92,71% - Pneumococco <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: 3° dose = 97,2% - Meningococco C <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2015: = 93,73% - Polio 4° dose <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati 2011 residenti = 93,95% - HPV femmine dodicenni <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nate 2004: 2° dose = 80,97% - Influenza <ul style="list-style-type: none"> • over 65aa = 40%
COMMENTO	<p>Nonostante la presenza di alcuni lievi scostamenti sul vaccino per Morbillo-Parotite-Rosolia ed al Polio IV dose (comunque sempre inferiori a 2,5 punti percentuali rispetto al target obiettivo) i dati rilevati al termine dell'anno 2017 sono sempre ampiamente allineati ai valori obiettivo per l'anno di interesse. Maggiore è invece lo scostamento maturato in merito all'antinfluenzale, per pazienti over 65enni.</p> <p>Il Servizio Vaccinazioni peraltro, oltre all'espletamento di quanto sopra descritto, si è concretamente attivato per l'espletamento di tutti gli obiettivi relativi al tasso di copertura vaccinale previsti all'interno degli obiettivi di mandato delle Direzioni Strategiche per l'anno 2017. Il Servizio infine, ha positivamente risposto alle disposizioni contenute all'interno della "Legge Vaccini", n.119 del 03/07/2017</p>

Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione

DENOMINAZIONE	Publicazione dei documenti aziendali di competenza dell'anno in corso
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di pubblicazione di tutti gli atti di competenza dell'anno in corso. Esso in particolare costituisce uno degli adempimenti ritenuto necessario per favorire la trasparenza delle attività della Pubblica Amministrazione.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Piano Aziendale Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
INDICATORE	Numero atti pubblicati / Numero atti da pubblicare
VALORE TARGET	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nel 90% della documentazione di pertinenza dell'anno considerato Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2016 è stato pari al 100%.
VALORE OTTENUTO	Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2017 è stato pari al 100%.
COMMENTO	<p>In data 26/01/2017 con provvedimento n. 27 è stato approvato l'aggiornamento 2017 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2017/2019, redatto secondo le disposizioni normative in materia e dei Piani nazionali emanati dall'ANAC. Il PTPCT ha recepito le modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare. Sono poi state apportate le necessarie modifiche alla struttura della sezione del sito web denominata "Amministrazione trasparente". Il livello di adempimento degli obblighi di trasparenza è buono ed in linea con le disposizioni ex D.Lgs. N.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 e con le indicazioni delle Linee Guida ANAC emanate con Delibera 1310 del 28.12.2016.</p> <p>Da parte del RPCT sono stati svolti tre monitoraggi sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione al 30 aprile e al 30 settembre e al 31/12/17 che hanno riguardato la totalità degli obblighi di pubblicazione previsti dal Programma Trasparenza. In linea con le indicazioni del PNA 2016, il PTPCT 2017-2019 ha previsto il rafforzamento degli obblighi di pubblicazione. Il PTTI ha posto in capo al Resp. Affari Generali e Legali l'obbligo della pubblicazione nella sez. Amministrazione Trasparente - altri contenuti- dati ulteriori dei seguenti dati non previsti da alcuna norma di legge: " Elenco delle tecnologie introdotte attraverso comodati d'uso".</p> <p>Per quanto riguarda lo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste dal PTPCT 2017-2019, i monitoraggi effettuati, nell'anno 2017, 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>Il PTPCT, in coerenza con la L. 190/2012 e il Piano Nazionale Anticorruzione, prevede l'adozione da parte della azienda di tutte le misure obbligatorie finalizzate alla prevenzione della corruzione all'interno dell'azienda, ad eccezione della misura della rotazione del personale assegnato alle aree a rischio corruzione. Si è ritenuto al momento di non poter attuare tale misura considerata la forte criticità che l'organizzazione della rotazione del personale dirigenziale e delle funzioni direttive comporterebbe al buon andamento dell'azione amministrativa a causa dell'esiguo numero di unità presenti fra cui attuare la rotazione, che impatterebbe contestualmente su più aree assai delicate per il funzionamento aziendale, fuori dai casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.</p>