



REGIONE LOMBARDIA
AZIENDA OSPEDALIERA
"OSPEDALE MAGGIORE"
DI CREMA

Piano della Performance per l'anno 2013



INDICE

INTRODUZIONE

L'assetto organizzativo aziendale **Pag. 1**

Struttura e finalità del Piano della Performance **Pag. 3**

PIANO DELLA PERFORMANCE 2013

Area 1: Mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di lungo periodo **Pag. 5**

Area 2: Attuazione della programmazione-progetti **Pag. 7**

Area 3: Qualità dell'assistenza prestata **Pag. 9**

Area 4: Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate **Pag. 11**

Area 5: Accountability e soddisfazione dell'utenza **Pag. 12**

INTRODUZIONE

L'assetto organizzativo aziendale

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema è stata ufficialmente costituita con decreto del Presidente della Giunta Regionale Lombarda n. 070671 del 2 dicembre 1997 con decorrenza 1° gennaio 1998, quale ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale, che svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute dei cittadini e della collettività e che opera prevalentemente all'interno del distretto Socio-Sanitario di Crema, l'area più a nord dell'A.S.L. della provincia di Cremona. L'Azienda è oggi attualmente costituita dalle seguenti strutture:

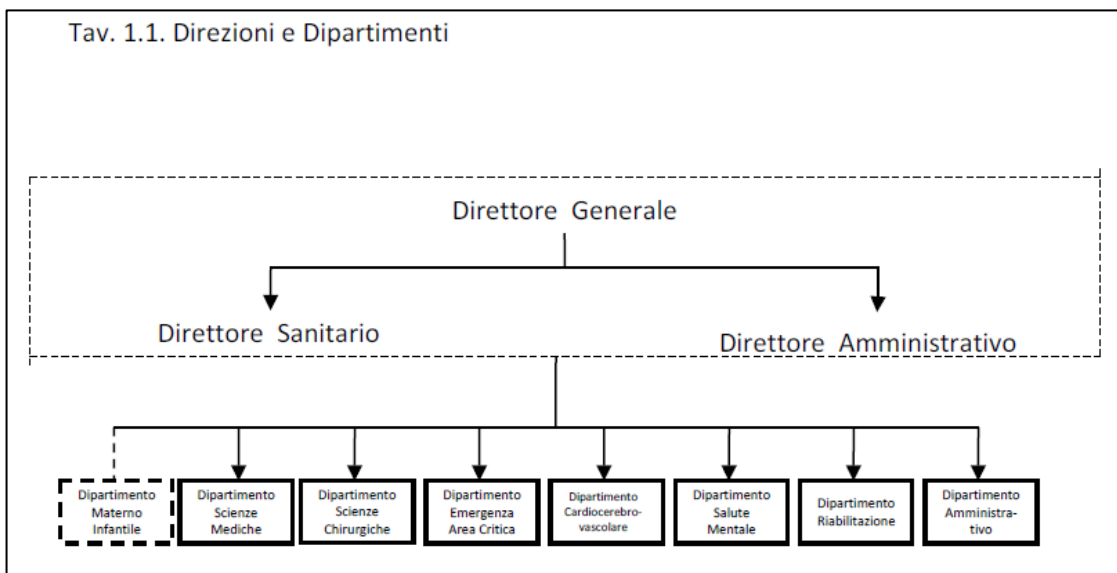
- Presidio "Ospedale Maggiore" di Crema:
 - o U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Crema
 - o U.O. di Psichiatria (SPDC e Centro Psico Sociale di Crema)
 - o Comunità Riabilitativa Alta Assistenza di Crema
- Presidio Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda
 - o Appartamenti di Residenzialità leggera di Rivolta d'Adda
- Presidio Sanitario Cure Sub Acute di Soncino
- Presidio Sanitario Nuovo Robbiani di Soresina (dall'1/1/2013)
- Poliambulatori di Crema, Rivolta e Soresina (presso le sedi ospedaliere)
- Poliambulatori presso Castelleone e Soncino

I quattro Presidi attualmente svolgono attività per acuti (Crema), attività per sub acuti (Soncino e Soresina- dal febbraio 2013) e attività di riabilitazione (Rivolta d'Adda).

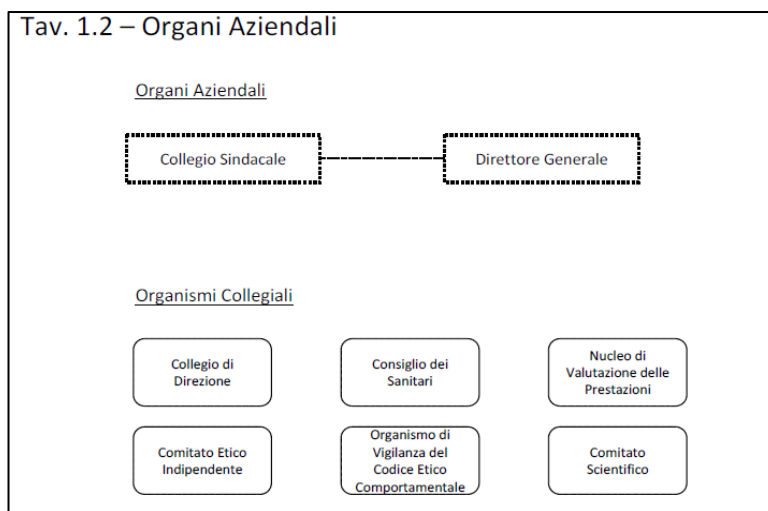
L'organizzazione ed il funzionamento dell'A.O. sono disciplinati dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con la A.S.L. e la Regione. L'azienda adotta il modello organizzativo aziendale deliberato con atto 348 dell'08 novembre 2012 e approvato con DGR IX/4569 del 19/12/2012. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali nell'intento di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria e di dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico. L'aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale nell'anno 2013 ha portato alla presenza di sette dipartimenti gestionali rispetto ai dieci precedenti in vigore fino al 31/12/2012. Di seguito si riporta l'organigramma aziendale, così come rappresentato nel P.O.A (le tabelle sotto citate sono riportate nella pagina seguente):

- Tavola 1.1 – Direzioni e Dipartimenti
- Tavola 1.2 – Gli Organi Aziendali
- Tavola 2.1.1 – Gli Staff

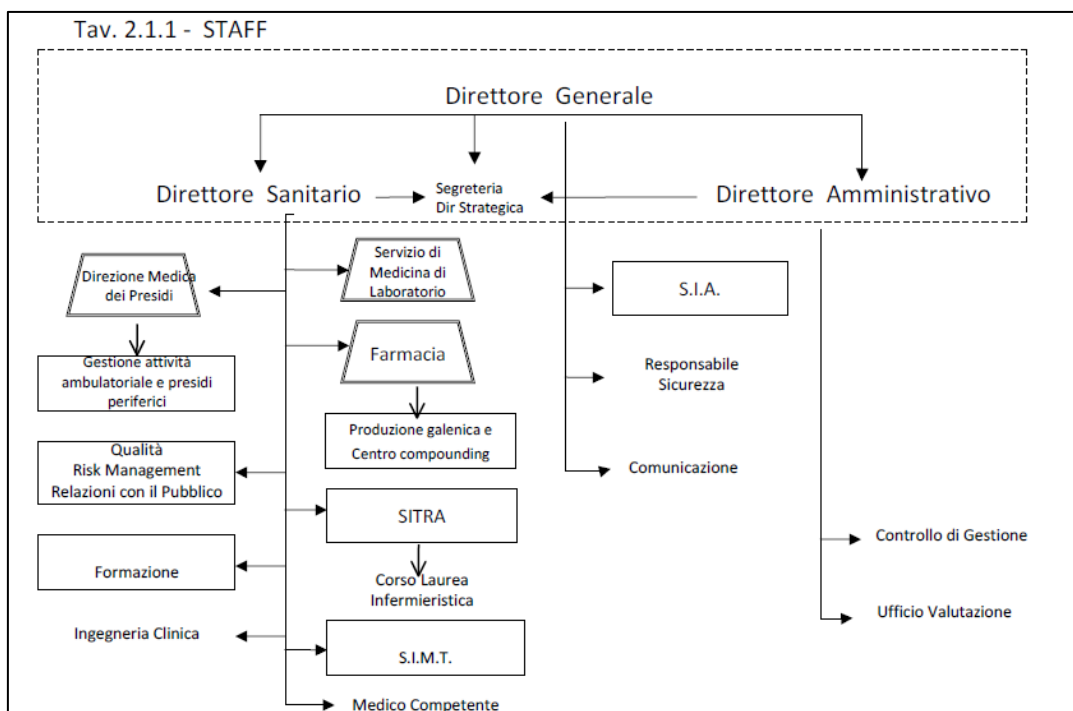
Tav. 1.1. Direzioni e Dipartimenti



Tav. 1.2 – Organi Aziendali



Tav. 2.1.1 - STAFF



L'azienda ospedaliera inoltre aderisce da tempo al Sistema delle reti di Patologia via via attivate da Regione Lombardia nell'ambito dello sviluppo dei Piani annuali del Progetto CRS SISS. Da ultimo, la A.O. è coinvolta nel processo di riorganizzazione delle Reti di Patologia intrapreso da Regione Lombardia con DGR IX/3976 del 6.8.2011

Struttura e finalità del Piano della Performance 2013

Premessa

Il Piano della Performance costituisce l'atto che dà avvio al ciclo della performance e mira ad essere uno strumento di comunicazione degli obiettivi di miglioramento che un'azienda pubblica ha scelto di perseguire in un determinato orizzonte temporale. Esso si inserisce nel processo aziendale di pianificazione e programmazione degli obiettivi di miglioramento. In coerenza con le risorse assegnate, nel documento sono riportati gli obiettivi, gli indicatori ed i valori target su cui si baserà la misurazione e la rendicontazione della performance, esplicitando di fatto anche le strategie aziendali attuate al fine di assicurare la qualità e la continuità di lungo periodo dei servizi erogati.

In particolar modo per un'azienda ospedaliera pubblica, la performance consiste nella capacità di rispondere ai diversi interessi ed attese dei soggetti che sono direttamente o indirettamente coinvolti nelle attività svolte dell'azienda. Pertanto, un piano della performance adeguato deve tenere in considerazione sia l'esito della propria attività, sia il modo in cui esso viene percepito dai vari portatori di interesse.

Il Piano della Performance dell'A.O. di Crema per l'anno 2013

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema per l'anno 2013 ha deciso di redigere il proprio piano proseguendo in continuità con quanto implementato nell'anno 2012. A livello di contenuti e di logiche strategiche tutti gli obiettivi proposti nell'anno 2012 sono stati mantenuti, con l'eccezione degli obiettivi completamente raggiunti o non più pertinenti. Questi ultimi sono stati sostituiti con obiettivi nuovi coerenti con le attività erogate. Inoltre, a livello strutturale e compositivo, sono stati tenuti in considerazione gli indirizzi forniti dall'O.I.V. regionale in appositi incontri realizzati nei primi mesi dell'anno 2013, che hanno permesso di garantire una migliore chiarezza nell'esposizione dei contenuti ed una migliore adeguatezza rappresentativa.

A livello contenutistico, al fine di dare una concreta rappresentazione della multidimensionalità relativa all'attività erogata dall'Azienda Ospedaliera, si è pensato di suddividere i diversi obiettivi in cinque categorie affini per tipologia, anche con l'intento di aumentare la chiarezza espositiva nella lettura e nella rendicontazione.

Le cinque categorie definite sono:

- 1) mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di medio-lungo periodo;
- 2) attuazione e prosecuzione dei progetti intrapresi;

-
- 3) qualità dell'assistenza e della documentazione relativa all'assistenza prestata;
 - 4) miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
 - 5) customer satisfaction ed accountability.

La scelta delle categorie è stata pensata e ragionata per permettere di monitorare tutte le dimensioni rilevanti e rappresentare appieno la performance di un'azienda ospedaliera pubblica, esplicitando risultati relativi all'efficacia delle cure, all'efficienza nell'utilizzo delle risorse impiegate, all'economicità ed all'equità di accesso alle cure.

Per ciascuna categoria gli obiettivi vengono proposti attraverso una struttura tabellare che, oltre a garantire maggior chiarezza, permette di mantenere le stesse caratteristiche nella descrizione di ogni singolo obiettivo: la dimensione di performance, la descrizione, i riferimenti normativi, l'indicatore utilizzato per il calcolo ed il valore di riferimento; ogni obiettivo pertanto presenta un'adeguata contestualizzazione e risulta di immediata comprensibilità.

Una struttura così definita assicura inoltre una adeguata rappresentazione della performance in quanto esplicita la modalità di definizione per ciascun obiettivo all'interno della categoria di riferimento.

Un ulteriore vantaggio di questo modello consiste nella immediata verificabilità della pertinenza degli obiettivi che l'Azienda si pone rispetto ai bisogni della collettività e della loro capacità di determinare un significativo miglioramento dei servizi erogati.

La differenza con il Piano redatto per l'anno 2012 consiste in una riduzione della sezione introduttiva iniziale dedicata alla contestualizzazione del documento nel contesto legislativo di riferimento a favore di una struttura più sintetica e facilmente consultabile, maggiormente focalizzata sull'esposizione degli obiettivi e dei rispettivi valori di riferimento.

Da ultimo, a livello metodologico, l'Azienda si è avvalsa del contributo del Nucleo di Valutazione Aziendale per un supporto in termini di allineamento alle Linee Guida e di effettiva rispondenza del documento ai requisiti di completezza e divulgabilità ad un'utenza potenzialmente molto ampia.

IL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2013

Area 1: Mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di lungo periodo

Obiettivo: Raggiungimento del valore di produzione concordato

DIMENSIONE	Economicità - equità di accesso alle cure
DESCRIZIONE E FINALITA'	Raggiungere il valore di produzione concordato a contratto significa erogare, in valore economico, tutte le prestazioni finanziate da Regione Lombardia per il territorio di riferimento. In fase di contrattazione di budget sono stati definiti i livelli economici di attività ambulatoriale e di ricovero attesi da ciascuna U.O.: il loro raggiungimento è condizione necessaria per l'accesso al sistema incentivante aziendale.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL-A.O. BPE 2013
INDICATORE	Produzione effettiva / produzione finanziabile
VALORE TARGET	Il valore obiettivo dell'indicatore deve essere ≥ 1 Le aree interessate sono: 1) Ricoveri 2) Ambulatoriale 3) Neuropsichiatria Infantile 4) Psichiatria Il valore = 1 rappresenta il perfetto allineamento fra la produzione autorizzata e quella effettuata.

Obiettivo: Incremento delle gare centralizzate

DIMENSIONE	Efficacia interna
OBIETTIVO	Incremento del 10% del numero di gare aggregate pubblicate a livello consortile al 31/12/2013 rispetto al 31/12/2012 (come capofila o affiliato)
DESCRIZIONE E FINALITA'	Partecipare a gare di acquisto centralizzate significa avere maggiori opportunità di conseguire risparmi sull'acquisto di beni e servizi rispetto a quanto operato singolarmente da ciascuna azienda.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi Di Mandato Bilancio Preventivo Economico 2013
INDICATORE	Gare aggregate 2013 / Gare aggregate 2012
VALORE TARGET	> 1,1

Obiettivo: Mantenimento del livello di costi assegnati

DIMENSIONE	Efficienza Gestionale ed economicità
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Mantenere il livello dei costi assegnato significa aver prodotto prestazioni sanitarie nel limite dei vincoli di costo assegnati da Regione Lombardia. E' quindi un indicatore di efficienza e di sostenibilità economica di lungo periodo.</p> <p>Come per l'anno 2012, anche nell'anno 2013 Regione Lombardia ha mantenuto, oltre al pareggio di bilancio, l'obbligo per le aziende sanitarie di rispettare anche dei limiti macro categorie di costo ("Personale", "Irap", "Beni e Servizi" e, per derivata, "Altri costi").</p> <p>Tali vincoli sono stati declinati a livello di singole unità organizzative durante il processo di budget: il loro mancato superamento è condizione necessaria per l'accesso al sistema incentivante aziendale.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	PSSR 2010-2014 Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL-A.O. BPE 2013
INDICATORE	Costi di gestione effettivi / Costi di gestione previsti a bilancio
VALORE TARGET	<p>Valore obiettivo dell'indicatore inferiore a 1</p> <p>Le categorie di costo interessate sono:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Personale e Irap2) Beni e Servizi <p>Il valore = 1 rappresenta un perfetto allineamento fra costi autorizzati/finanziati e costi sostenuti, anche in considerazione del divieto di oltrepassare i limiti individuati dai decreti regionali.</p>

Obiettivo: Riduzione del delta tra ticket dovuti e ticket pagati

DIMENSIONE	Efficacia organizzativa, sostenibilità di lungo periodo
DESCRIZIONE E FINALITA'	L'obiettivo aziendale è conseguenza degli obiettivi organizzativi posti in carico alle U.O. aziendali volti a ridurre ex ante le situazioni di mancato pagamento e all'avvio e conseguente applicazione nel 100% dei casi della procedura di recupero ticket nei casi di non avvenuto pagamento.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole 2012 e circolare applicativa BPE 2013
INDICATORE	Ticket riscossi / ticket dovuti
VALORE TARGET	> 95,02% (dato relativo all'anno 2012)

Area 2: Attuazione della programmazione-progetti

Obiettivo: Investimenti effettuati = investimenti previsti

DIMENSIONE	Efficacia organizzativa interna
DESCRIZIONE E FINALITA'	E' stato declinato un obiettivo relativo al rispetto del piano investimenti come indicato nel BPE 2013. Nello specifico si punta a rispettare sia come tempistica di realizzazione che come corrispettivo economico stimato quanto esplicitato nel BPE 2013; le uniche variazioni dovranno essere tempestivamente richieste, motivate e autorizzate la Regione Lombardia.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi Di Mandato Bilancio Preventivo Economico 2013 Piano triennale dei Lavori e delle Opere Pubbliche
INDICATORE	Investimenti effettivamente realizzati / investimenti previsti e autorizzati
VALORE TARGET	= 1 (per quanto di competenza, da crono programma, per l'anno 2013)

Obiettivo: SAL previsto = SAL effettivo nelle progettualità edilizie in corso

DIMENSIONE	Rispetto della tempistica ed efficienza della progettualità
DESCRIZIONE E FINALITA'	Nel budget sono stati assegnati all'U.O. Manutenzione e Patrimonio gli obiettivi relativi al monitoraggio della tempistica e dei costi dei lavori in corso presso il Presidio di Crema e presso la nuova struttura di Soresina
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Circolare applicativa alle regole 2013
INDICATORE	Presidio di Crema: SAL effettivo / SAL previsto Nuovo Polo Sanitario Soresina: conclusione, collaudo e attivazione struttura
VALORE TARGET	Presidio di Crema = 90% N.P.S. Soresina = attivazione servizi e collaudo definitivo Entro 31/12/2013

Obiettivo: Consolidamento dell' attività del Corso di Laurea in infermieristica

DIMENSIONE	Efficacia del progetto
DESCRIZIONE E FINALITA'	L'AO di Crema ha dato avvio, dall'anno accademico 2012-2013 ad un corso di laurea per discipline infermieristiche, con evidenti vantaggi a livello di assistenza in reparto e di possibilità di studio per i ragazzi del territorio. Si tratta di un progetto fortemente voluto dalla Direzione Aziendale, che ha comportato la necessità di rispettare gli investimenti economici preventivati e di organizzare il corso di laurea dal punto di vista logistico-strutturale.
RIFERIMENTI NORMATIVI	BPE 2013 Indicazioni provenienti dalla Direzione del Corso di Laurea
INDICATORE	1) Numero di richieste pervenute \geq Numero di posti disponibili per l'anno 2013/2014 2) Numero di immatricolazioni attese pari ad almeno il 50% delle iscrizioni al primo anno di corso
VALORE TARGET	1) \geq 25 iscritti 2) Almeno 10-11 iscritti al secondo anno

Obiettivo: Fascicolo Sanitario del Cittadino: rendere disponibili in numero sempre maggiore i documenti sanitari al cittadino;

DIMENSIONE	Efficacia del progetto
DESCRIZIONE	Questo obiettivo è inserito nel progressivo sviluppo del Sistema informativo Socio Sanitario lombardo. 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. Inoltre si monitora l'incremento del rilascio ai cittadini delle credenziali per il libero accesso on line al FSE.
RIFERIMENTI NORMATIVI	BPE 2012 Piano SISS per l'anno 2013
INDICATORI	1) Referti (lab,rad,idd,PS,visite,) inviati al FSE / totale referti 2) Prescrizioni (con codice elettronico)/ totale prescrizioni 3) lettere di dimissioni inviate al FSE / totale lettere di dimissioni 4) incremento percentuale rilascio codici GASS rispetto al 2012
VALORE TARGET	1) Referti ambulatoriali: 80% 2) Prescrizioni: 70% 3) Lettere di dimissioni: 90% 4) Codici GASS: incremento da un valore di 638 ad un valore di 5.000

Area 3: Qualità dell'assistenza prestata

Obiettivo: Tempestività del trattamento con angioplastica primaria ai pazienti affetti da Infarto miocardico acuto

DIMENSIONE	Efficacia organizzativa
DESCRIZIONE E FINALITA'	L'angioplastica primaria è l'intervento più efficace per disostruire un vaso arterioso chiuso che ha causato un attacco cardiaco. Aumenta la possibilità di sopravvivenza e contribuisce a ridurre la possibilità di un ulteriore danno al muscolo cardiaco. Quanto più precoce è l'intervento maggiori sono le possibilità di efficacia. Gli standard internazionali indicano quale tempo massimo di intervento, a seconda delle fonti, 90 o 120 minuti. I risultati della AO di Crema sono rappresentati da un grafico che mostra quanti pazienti in percentuale ricevono il trattamento entro 90 minuti dal loro arrivo al Pronto Soccorso. Il tempo di intervento dipende dalla necessità di stabilizzazione del paziente e dalla organizzazione dell'ospedale. Inoltre viene documentato quale è il tempo mediano per tutti i pazienti.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole 2012 e 2013 Circolare applicativa alle regole per l'anno 2012
INDICATORE	1) % di pazienti che ricevono il trattamento entro i 90' dal loro arrivo in PS (Numero di pazienti che ricevono il trattamento entro 90'/tutti i pazienti che ricevono il trattamento) 2) Tempo mediano del trattamento di angioplastica primaria nel periodo
VALORE TARGET	1) >75% 2) < 90'

Obiettivo: Completezza della documentazione della cartella clinica

DIMENSIONE	Qualità della documentazione clinica
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo assume particolare importanza per la rilevanza della documentazione sanitaria in termini medico-legali e per il valore che tale documentazione assume sia per il paziente, sia per il rimborso delle prestazioni erogate. Pertanto l'Azienda Ospedaliera ha deciso di declinare l'obiettivo con particolare dettaglio verso tutti gli aspetti più critici relativi alla compilazione della documentazione sanitaria, per perseguire l'eccellenza e la totale completezza. Le ricadute dei positivi effetti di questo obiettivo si hanno anche a livello economico, da misurarsi in termini di minor numero di cartelle cliniche ritenute non complete in seguito a verifica nei NOC competenti
RIFERIMENTI NORMATIVI	PSSR 2010-2014 DGR regole 2012 Manuale JCI DGR 9014/2008
INDICATORE	Valore delle cartelle cliniche non corrette/valore totale del campione percento
VALORE TARGET	Valore percentuale < 5%

Obiettivo: Presenza del consenso informato nel 98% dei casi

DIMENSIONE	Qualità dei processi ed organizzativa
DESCRIZIONE E FINALITA'	Il processo di acquisizione del consenso informato ai trattamenti sanitari è fondamentale per far comprendere ai pazienti i benefici e i rischi delle procedure e/o cure alle quali devono essere sottoposti. Questo permette di aiutare i pazienti a prendere decisioni consapevoli. Tutte le Unità Operative di degenza e i servizi sanitari sono coinvolti nel processo.
RIFERIMENTI NORMATIVI	PSSR 2010-2014 Manuale JCI
INDICATORE	Numero di cartelle complete di consenso/totale cartelle esaminate (percento) Esclusione: cartelle non pertinenti)
VALORE TARGET	98% delle cartelle e delle schede esaminate dai NOC

Obiettivo: Analisi degli indicatori di efficacia ex post

DIMENSIONE	Qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate
DESCRIZIONE E FINALITA'	La serie di indicatori sotto riportati deriva da una azione di governo della Regione Lombardia volta a promuovere il miglioramento continuo della qualità delle strutture di ricovero e cura. Questi indicatori rispondono ad esigenze di appropriatezza e uso efficiente delle risorse. In fase di contrattazione di budget sono stati assegnati gli indicatori di efficacia ex post a ciascuna unità operativa, per competenza in merito alla tipologia di casistica. Per ciascuno di essi è stato chiesto di effettuare una valutazione semestrale e all'evidenza di scostamenti rispetto agli standard regionali, pianificare correttivi e/o soluzioni possibili.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole 2012 e 2013 DGR 351/2010 Contratto AO-ASL
INDICATORE	Gli indicatori regionali oggetto di monitoraggio sono riferiti alle seguenti aree: 1) Dimissioni volontarie 2) Trasferimenti fra strutture 3) Ricoveri ripetuti 4) Rientri in sala operatoria 5) Mortalità totale
VALORE TARGET	I valori target non sono definiti preventivamente da Regione Lombardia e si modificano in relazione alla performance delle altre strutture; gli indicatori sono sperimentali e sono in corso analisi per la loro definizione più corretta e rappresentativa. Si applicano alle seguenti UUOO: Cardiologia, Chirurgia Generale, Medicina Generale, Neurologia, Ortopedia, Urologia, Oncologia.

Area 4: miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate

Obiettivo: Collaborazione con le strutture di ricovero in regime di post acuzie

DIMENSIONE	Utilizzo efficiente delle strutture inserite nel percorso di dimissione protetta
DESCRIZIONE E FINALITA'	Al fine di massimizzare la qualità del progetto ed ottimizzare le risorse assegnate appositamente dalla Regione (e formalizzate nel contratto con l'ASL di riferimento) è necessario garantire un costante ed omogeneo afflusso di pazienti al reparto subacuti coerente con il finanziamento concesso.
RIFERIMENTI NORMATIVI	PSSR 2010-2014 Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL - AO 2013 BPE 2013
INDICATORE	Tasso di occupazione delle strutture sub acuti
VALORE TARGET	>90%

Obiettivo: Incremento, nella struttura di Pronto Soccorso, dei codici bianchi alla dimissione

DIMENSIONE	Appropriatezza delle prestazioni erogate Omogeneità delle prestazioni erogate sul territorio regionale
DESCRIZIONE E FINALITA'	L'incremento dei codici bianchi è volto ad assicurare una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di emergenza-urgenza.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole 2013
INDICATORE	Codici bianchi alla dimissione /codici bianchi+verdi alla dimissione Calcolare il rapporto tra il valore per l'anno 2013 ed il valore per l'anno 2012
VALORE TARGET	≥ 1,1

Area 5: accountability e soddisfazione dell'utenza

Obiettivo: Tempi di attesa per il ritiro della documentazione clinica

DIMENSIONE	Efficacia organizzativa
DESCRIZIONE E FINALITA'	L' accesso alla cartella clinica in tempi brevi è un indicatore dei servizi resi al cittadino. Si tratta del rilascio di copie conformi all'originale. Sono escluse le cartelle per le quali sono in corso accertamenti che richiedono tempi tecnici per la loro esecuzione (es. esami istologici). Va visto in relazione anche alla disponibilità delle informazioni sul ricovero ricevute dal cittadino all'atto della dimissione (Lettera di dimissione disponibile sia in forma cartacea che elettronica).
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge Bassanini (30gg dalla richiesta)
INDICATORE	Cartelle rilasciate entro 7 giorni / totale cartelle rilasciate (percento) (escludere cartelle in attesa di accertamento istologico)
VALORE TARGET	> 95%

Obiettivo: Miglioramento items customer satisfaction per dirigenza e comparto rispetto al risultato del secondo semestre dell'anno precedente

DIMENSIONE	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza
DESCRIZIONE E FINALITA'	In funzione delle specifiche rilevazioni effettuate, ove riconducibili a soggetti di rilevazione chiaramente identificabili, si è proceduto ad assegnare obiettivi di mantenimento/miglioramento della miglior performance ottenuta nell'anno precedente, utilizzato come riferimento. Gli item presi in considerazione sono esclusivamente quelli relativi alla cura/assistenza fornita dal personale.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole 2012
INDICATORE	Valore aziendale 2013 / valore aziendale II° semestre 2012
VALORE TARGET	≥ 1, sia per l'area medica che infermieristica, nell'area di ricovero ed ambulatoriale

Obiettivo: Indice di Accessibilità presso il CUP aziendale

DIMENSIONE	Soddisfazione dell'utenza
DESCRIZIONE E FINALITA'	Ridurre i tempi di attesa agli sportelli. L'obiettivo va considerato insieme alle misure organizzative che sono messe in atto per incentivare forme alternative di prenotazione (telefonica, farmacia ecc)
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali
INDICATORE	Tempo mediano di attesa per fasce orarie
VALORE TARGET	Tempo mediano < 30' per il 90% dei cittadini

Obiettivo: Adempimenti Piano Trasparenza

DIMENSIONE	Accessibilità dell'azienda
DESCRIZIONE E FINALITA'	Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, quale strumento di prevenzione della corruzione, favorisce un controllo diffuso da parte dei cittadini sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. L'Azienda ospedaliera di Crema assicura la trasparenza dell'attività amministrativa mediante la pubblicazione sul sito internet dell'Azienda www.hcrema.it nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE". La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni ed è finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta e al servizio del cittadino.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge 6 novembre 2012, n. 190 D. LGS. 14 marzo 2013, N. 33 Delibera Civit n. 50/2013 Circolare n.2/2013 Dipartimento della Funzione Pubblica – Attuazione della Trasparenza Delibera aziendale n.211 del 11 luglio 2013
INDICATORE	Documenti effettivamente pubblicati entro il 30/09/2013 / totale dei documenti da pubblicare entro il 30/09/2013 Documenti effettivamente pubblicati entro il 31/12/2013 / totale dei documenti da pubblicare entro il 31/12/2013
VALORE TARGET	100%