



REGIONE LOMBARDIA
AZIENDA OSPEDALIERA
"OSPEDALE MAGGIORE"
DI CREMA

Piano della Performance dell'anno 2015



INDICE

INTRODUZIONE

Il contesto demografico di riferimento	Pag. 1
Cenni descrittivi dell'assetto organizzativo aziendale	Pag. 2
Struttura e finalità del Piano della Performance	Pag. 6

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015

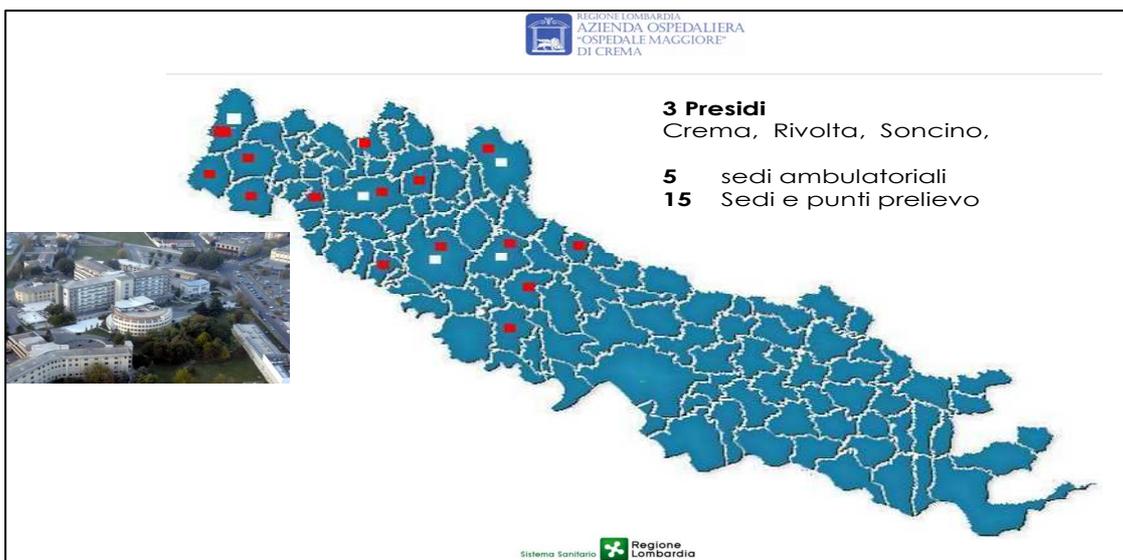
Area 1: Mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di lungo periodo	Pag. 9
Area 2: Attuazione della programmazione-progetti	Pag. 13
Area 3: Qualità dell'assistenza prestata	Pag. 15
Area 4: Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate	Pag. 18
Area 5: Accountability e soddisfazione dell'utenza	Pag. 19

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema è stata ufficialmente costituita con decreto del Presidente della Giunta Regionale Lombardia 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.

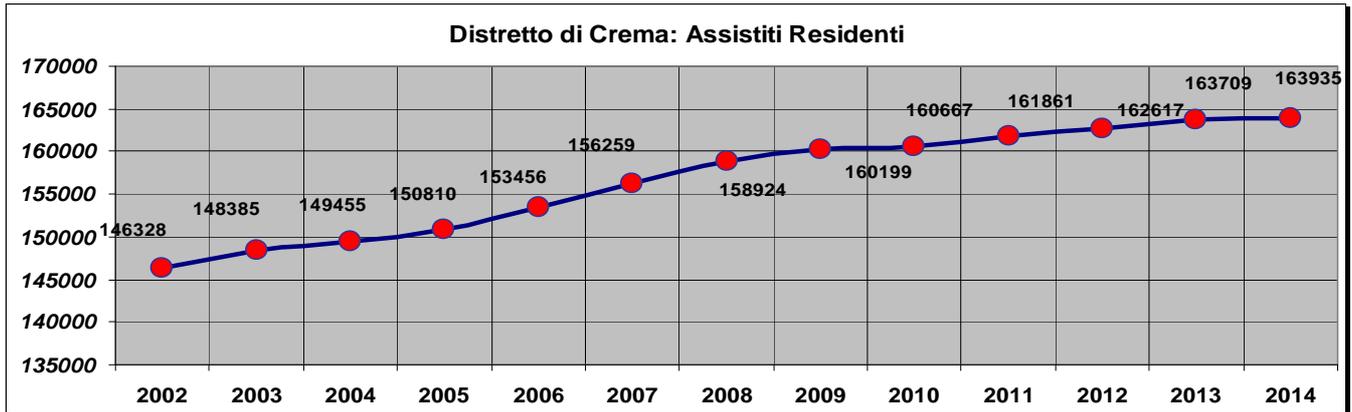
Tramite la DGR n. X/2837 del 05/12/2014 Regione Lombardia ha autorizzato il Presidio Ospedaliero Territoriale (POT) nell'ambito della struttura sanitaria di Soresina con le funzioni di day surgery e Chirurgia a bassa complessità (ambulatoriale), osservazione del day surgery, BIC e soggiorno di comunità (in corso di definizione).

Il contesto demografico di riferimento dell'A.O. di Crema



La peculiarità territoriale è rappresentata dalla situazione demografica della Provincia di Cremona che si caratterizza per i seguenti elementi:

1. il Distretto di Crema è il maggiore per popolazione (ndr Documento di Programmazione ASL di Cremona relativo all'anno 2015);
2. il costante incremento demografico, rispetto all'anno precedente, della popolazione del distretto di Crema (+0,1%) a fronte del decremento della popolazione nel distretto di Cremona (-0,85%) e di Casalmaggiore (-0,4%);
3. una significativa riduzione dell'indice di natalità: 8,4 contro il 9,7 dell'anno precedente.



Ciò nonostante l'indice di ospedalizzazione del distretto cremasco è particolarmente basso e nettamente inferiore al dato nazionale e regionale ($I_{\text{Spedalizzazione}}=105,6/1000$ ricoveri ordinari per acuti per mille abitanti) ed è in costante riduzione. I ricoveri per acuti in degenza ordinaria sono significativamente diminuiti rispetto al 2013 (-5,5%), con incremento dei DH (+7,7%), ma con riduzione complessiva del numero dei ricoveri totali (-4,0%); sono anche diminuite le giornate di degenza in regime ordinario (-3%) a fronte dell'incremento ulteriore della popolazione del bacino di utenza. Si stima quindi un consolidamento del trend in riduzione del tasso di spedalizzazione.

I dati confermano che il numero di posti letto per acuti disponibili presso l'Ospedale Maggiore di Crema (presidio per acuti della A.O.) è sottodimensionato a fronte del riscontro di un ulteriore incremento dei residenti assistiti ASL che ha superato il livello di 163.900 abitanti, escluso il territorio soresinese che non fa parte del distretto di Crema pur essendo presente un presidio dell'Azienda (CAL e Centro Prelievi): i posti letto effettivi disponibili per acuti sono 331 ordinari, 23 DH-DS, (al netto di posti letto chiusi per ristrutturazione, BIC, MAC e posti tecnici su 408 pl per acuti accreditati), pari ad un tasso di 2,0 posti per 1000 abitanti, decisamente inferiore al valore di 3/1000 stabilito dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012.

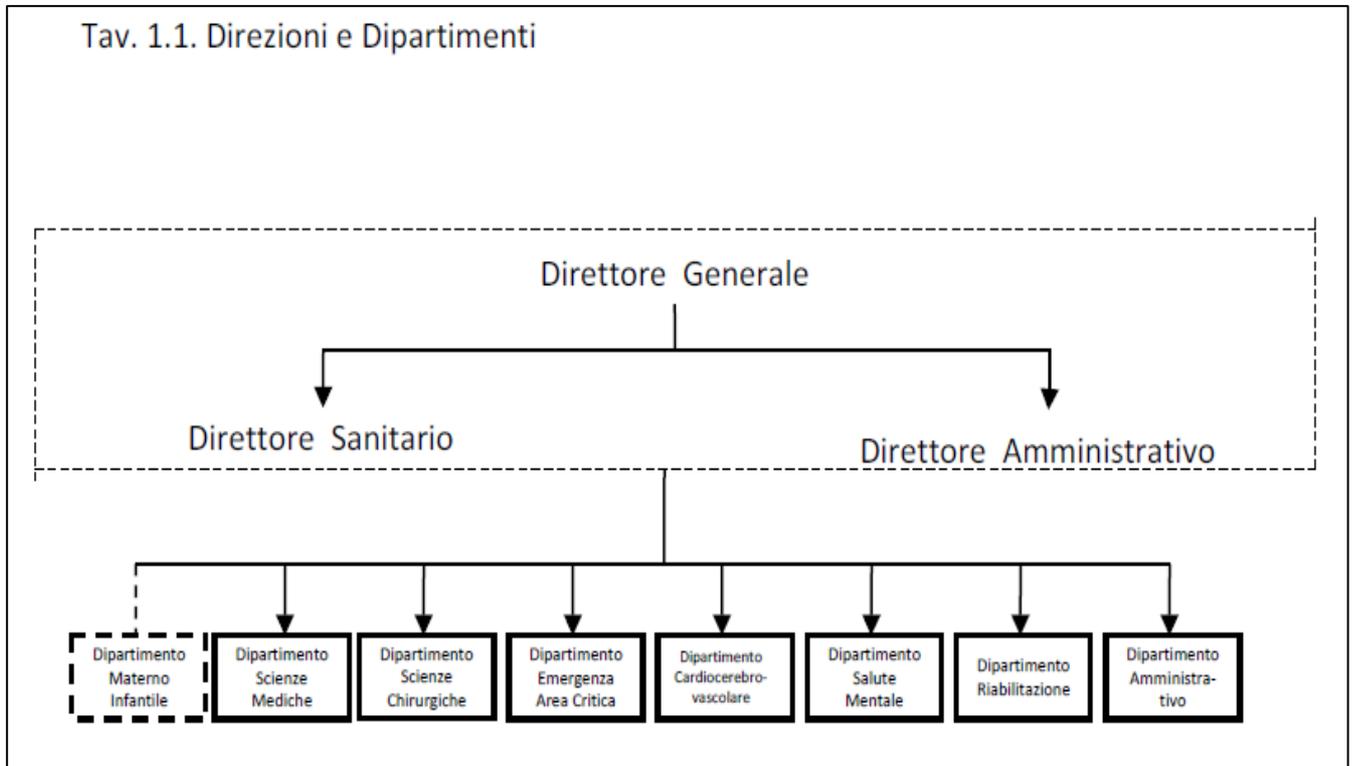
Cenni descrittivi dell'assetto organizzativo aziendale

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 ASL e la Regione. L'azienda adotta il modello organizzativo aziendale deliberato con atto 348 dell'8 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; esso è stato adottato nell'intento di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria delle risorse a disposizione e di dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

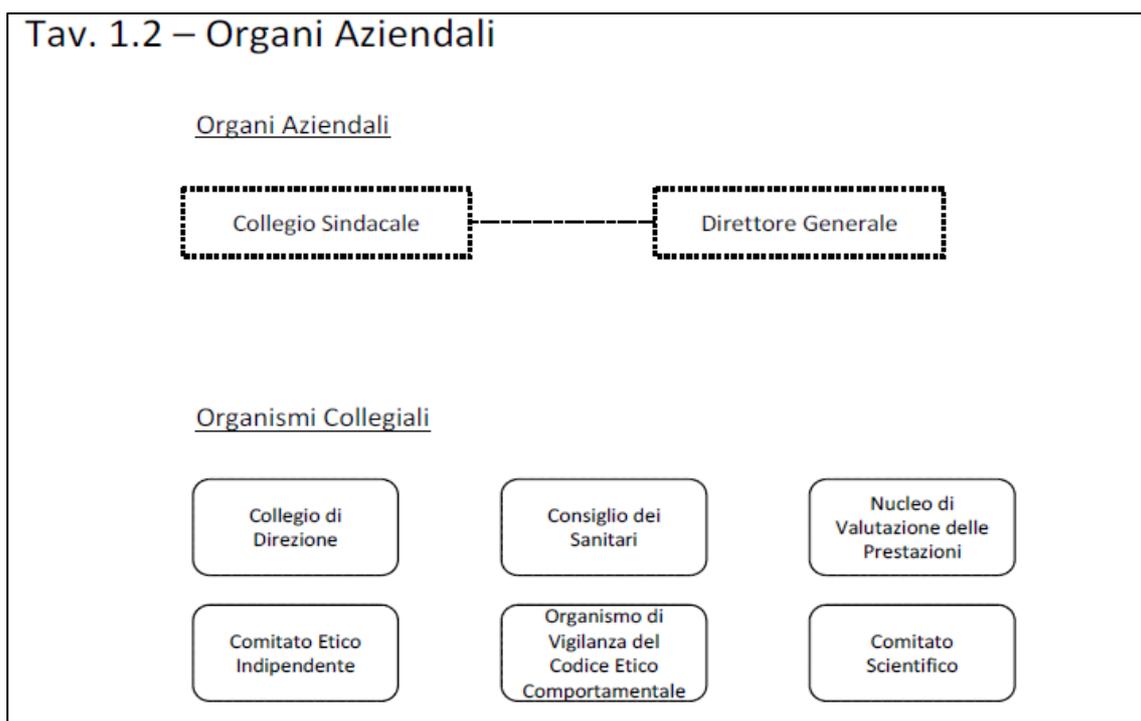
L'aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale precedentemente citato ha portato alla presenza di sette dipartimenti gestionali rispetto ai dieci precedenti in vigore fino al 31/12/2012

allineando l'azienda alle indicazioni regionali di pertinenza. Di seguito si riporta l'organigramma aziendale attuale, così come rappresentato nel P.O.A.:

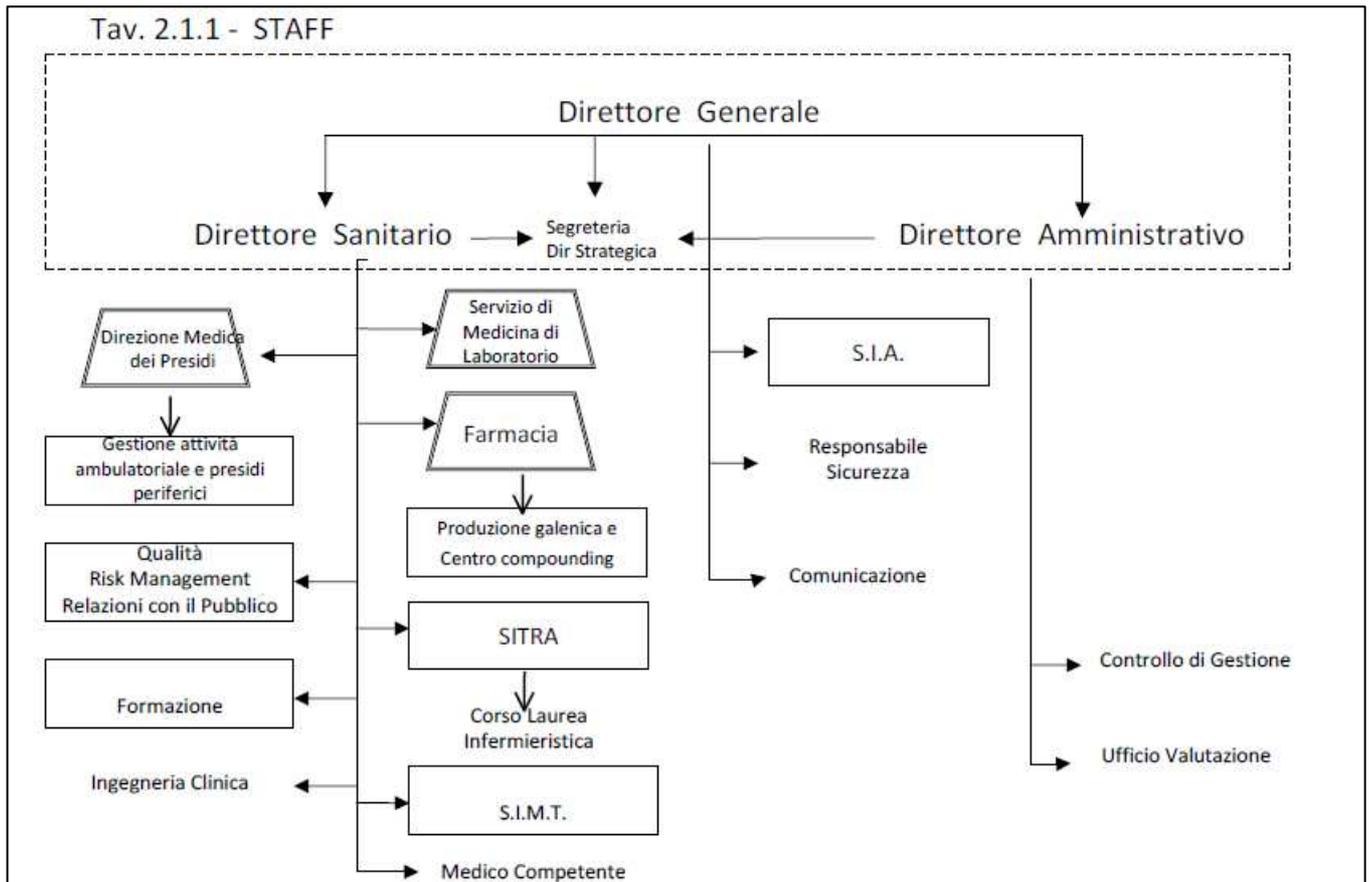
- Tavola 1.1 – Direzioni e Dipartimenti



- Tavola 1.2 – Gli Organi Aziendali



- Tavola 2.1.1 – Gli Staff



L'azienda ospedaliera aderisce inoltre da tempo al Sistema delle reti di Patologia progressivamente 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 accorpamento delle attività trasfusionali (normativa di riferimento è la DGR 1632/2014) e, in generale, di laboratorio.

Nel corso dell'anno 2014 sono state eseguite le seguenti modifiche rispetto all'assetto accreditato precedentemente descritto:

- incremento di due posti tecnici di CAL presso il Presidio di Rivolta D'Adda e riduzione di 2 posti letto di degenza;
- trasformazione di 2 posti letto da Neurologia a Stroke Unit, che dispone ora di 6 letti rispetto ai precedenti 4.

L'azienda opererà nel corso dell'anno 2015 attraverso i seguenti presidi:

- Ospedale "Ospedale Maggiore di Crema" - 26013 Crema – Largo Ugo Dossena, 2
- Ospedale "Santa Marta" - 26027 Rivolta d'Adda – Via Montegrappa
- Presidio Sub Acute Soncino – 26020 Soncino - Largo Capretti, 2

cui si aggiunge l'Ospedale "Nuovo Robbiani" presso Soresina, Via Inzani n.4, con riferimento al CAL, al punto prelievi ed alla struttura P.O.T. , e attraverso i seguenti Poliambulatori:

- Poliambulatori di Crema, Rivolta e Soresina (presso le sedi ospedaliere)
- Poliambulatorio di Castelleone
- Poliambulatorio di Soncino

Nella Tabella seguente è indicata la distribuzione dei posti letto di degenza ordinaria, di day hospital e day surgery come risultavano al 31.12.2014 e così indicati nei mod. HSP12 dell'anno 2014. Sono inoltre indicati i posti tecnici di chirurgia a bassa complessità e di Macroattività Ambulatoriale complessa e di altri servizi e attività

31.12.2014	ACCREDITATI							EFFETTIVI (*)						
	PRESIDIO	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici
CREMA	408	9	14	10	24	42	507	331	9	14	10	24	42	430
RIVOLTA D'ADDA	75	0	0	0	6	12	93	75	0	0	0	6	12	93
SONCINO SUB ACUTI	0	0	0	0	0	22	22	0	0	0	0	0	22	22
SORESINA (**)	0	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0	0	9	9
TUTTA LA AZIENDA (***)	483	9	14	10	30	85	631	406	9	14	10	30	85	554

(*) Sono da considerare in aggiunta n.54 p.l. chiusi per ristrutturazione nel PO di Crema;

(**) da gennaio 2014 30 posti letto sono stati trasferiti ad altra struttura sanitaria;

(***) in corso riconversione di 20 posti di degenza, 2 DS per degenza osservazione/soggiorno comunità e DS e BIC nel POT

Sono inoltre implementate attività di natura domiciliare, tra le quali riveste grande rilevanza anche a livello sociale l'assistenza a pazienti affetti da patologie allo stato terminale svolta dall'Unità Operativa di Cure Palliative.

Struttura e finalità del Piano della Performance 2015

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 2015

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema per l'anno 2015 ha deciso di redigere il proprio piano proseguendo in continuità con quanto implementato nell'anno 2014.

A livello contenutistico e di logiche strategiche, gli obiettivi proposti nell'anno 2014 sono stati mantenuti ad eccezione degli obiettivi completamente raggiunti (comunque oggetto di monitoraggio a livello aziendale) o non più pertinenti nell'esercizio in corso. Questi ultimi tuttavia sono stati sostituiti con nuovi obiettivi presenti all'interno del PIMO, il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, come dichiarato anche nel corso dell'introduzione al Piano della Performance 2014: richiamando in tal senso quanto indicato all'interno delle linee guida regionali "*... Nel corso del 2015, il piano delle performance, di cui alle legge 150/09, nelle more di quanto previsto dalla legge 144/14 art. 19 comma 10, verrà definito tenuto conto di quanto elaborato in sede di Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.). La necessaria integrazione tra questi due strumenti non deve duplicare gli sforzi delle amministrazioni nonché i dati e le informazioni già rendicontate al livello regionale; tuttavia si auspica la continua valorizzazione dello specifico organizzativo di ogni Azienda lombarda. Il monitoraggio delle performance previste nel Piano Performance avviene, per l'anno 2015, mediante un set minimo di indicatori comuni a tutte le aziende ospedaliere, estrapolati dal P.I.M.O., sulla base di indicazioni operative elaborate dell'OIV della Giunta Regionale, di concerno con la DG Salute ...*". Considerata la ricchezza del PIMO in termini di numerosità di obiettivi oggetto di monitoraggio peraltro, la scelta degli obiettivi da inserire all'interno del piano della performance è stata operata di concerto con il Nucleo di Valutazione aziendale nell'ottica di porre evidenza ad aspetti operativi, organizzativi e qualitativi di particolare interesse per l'utenza e tali da evidenziare gli sforzi implementati dall'azienda per perseguire un costante miglioramento dei servizi offerti ed il mantenimento dell'equilibrio di bilancio. Essi pertanto verteranno su aspetti tra loro molto diversi,

ma tutti relativi a peculiari aspetti dell'operatività di un'azienda ospedaliera ed in questo senso, considerati nella loro totalità, costituiranno un chiaro indicatore della complessità gestionale specifica del settore sanitario. Ognuno di essi inoltre trova adeguata declinazione all'interno del budget aziendale, a dimostrazione della presenza del raccordo tra gli strumenti di programmazione della strategia aziendale nel medio-lungo periodo (Piano della Performance, PIMO) e la loro conseguente traduzione in obiettivi di breve periodo (il budget aziendale assegnato a specifiche unità operative).

A livello compositivo, sono stati tenuti in considerazione sia gli indirizzi forniti dall'O.I.V. regionale in appositi incontri realizzati nei primi mesi dell'anno 2013, che hanno permesso di garantire una migliore chiarezza nell'esposizione dei contenuti ed una migliore adeguatezza rappresentativa, sia i contributi forniti dal Nucleo di Valutazione Aziendale che, come richiamato anche in precedenza, fornisce costantemente un solido supporto all'azienda nella fasi di programmazione e di valutazione.

A livello strutturale, nell'intento di fornire una concreta rappresentazione della multidimensionalità relativa all'attività erogata dall'Azienda Ospedaliera, si è optato per il mantenimento della suddivisione dei 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 citate 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 studiata al fine di permettere il monitoraggio di tutte le dimensioni di maggiore rilevanza e di pubblico interesse e per consentire una ampia rappresentazione della performance di un'azienda ospedaliera pubblica, esplicitando risultati relativi all'efficacia delle cure, all'efficienza nell'utilizzo delle risorse impiegate, all'economicità ed all'equità di accesso ai diversi servizi.

Gli obiettivi che comporranno ciascuna categoria saranno proposti attraverso una struttura tabellare che, oltre a garantire notevole chiarezza, permette di mantenere le stesse caratteristiche nella descrizione di ogni singolo obiettivo: la dimensione di performance, la descrizione, i riferimenti normativi, l'indicatore utilizzato per il 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. Da ultimo, 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.

In conclusione, attraverso il presente documento l'azienda ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema ha inteso esplicitare le proprie progettualità per l'anno in corso evidenziando, di fatto, punti di forza e aree di miglioramento della propria gestione; se da un lato ciò viene implementato per dare seguito alle vigenti normative in tema di trasparenza dell'attività delle pubbliche amministrazioni, dall'altro è stato facilitato e supportato dalle solide basi di un'esperienza di ciclica pianificazione maturata negli anni a diversi livelli di progettualità (lungo periodo, nel perseguimento degli obiettivi regionali e breve periodo, nella loro traduzione annuale in strumenti di programmazione aziendali quali il budget).

IL PIANO DELLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2015

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. Per perseguire questo obiettivo, in fase di contrattazione di budget sono stati definiti i livelli economici di attività ambulatoriale e di ricovero attesi da ciascuna Unità Operativa aziendale.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 Contratto stipulato tra ASL di Cremona ed A.O. di Crema BPE 2015
INDICATORE	Produzione effettiva / produzione finanziabile
VALORE TARGET	Il valore obiettivo dell'indicatore deve essere ≥ 1 Le aree interessate ed i rispettivi valori (come da BPE 2015, espressi in migliaia) sono: <ol style="list-style-type: none"> 1) Ricoveri – 53.767 2) Ambulatoriale – 25.102 (compresa attività di screening) 3) Neuropsichiatria Infantile – 1.114 4) Psichiatria – 2.713 5) Attività di cura in regime sub-acuto – 1.207 <p>Il valore = 1 rappresenta pertanto il perfetto allineamento fra la produzione autorizzata e quella effettuata.</p>

Obiettivo: Incremento delle gare centralizzate

DIMENSIONE	Efficacia interna
OBIETTIVO	Incremento del 10% del numero di gare aggregate pubblicate a livello consortile al 31/12/2015 rispetto al 31/12/2014 (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 per l'anno 2015 Bilancio Preventivo Economico 2015
INDICATORE	Valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate + 10% del valore 2014
VALORE TARGET	> 1,1

Obiettivo: Mantenimento del livello di costi assegnati

DIMENSIONE	Efficienza Gestionale ed economicità
DESCRIZIONE E FINALITA'	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. 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"). Tali vincoli sono stati declinati a livello di singole unità organizzative durante il processo di budget, al fine di coinvolgere tutta l'organizzazione nel raggiungimento di obiettivi di interesse comune.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 BPE 2015
INDICATORE	Costi di gestione effettivi / Costi di gestione previsti a bilancio (con integrazioni per progetti e contributi oggi non presenti nel bilancio di previsione)
VALORE TARGET	Valore obiettivo dell'indicatore inferiore a 1 Le categorie di costo interessate sono (valori espressi in migliaia): 1) Personale e Irap – 67.301 2) Beni e Servizi netti – 52.263 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.

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 2015
INDICATORE	Ticket riscossi / ticket dovuti
VALORE TARGET	> 96,28% (dato relativo all'anno 2014)

Obiettivo: Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio – Rapporto tra costo del personale e produzione erogata

DIMENSIONE	Perseguimento dell'efficienza economico-gestionale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impatto percentuale di una determinata voce di spesa rispetto al totale della produzione erogata, in questo caso la spesa per il personale. E' un indicatore che dal 2014 è entrato a far parte del novero degli obiettivi di interesse regionale ed è stato assegnato ai Direttori Generali delle aziende ospedaliere.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 BPE anno 2015
INDICATORE	Costo personale / produzione lorda
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento del dato che emerge dal BPE 2015, pari a: 72,45% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): <ul style="list-style-type: none"> • Costo del personale (comprensivo di IRAP su personale dipendente) BPE 2015, rilevato da scheda SKAO = 67.301 €/000; • Produzione Lorda: rilevato da gestionale aziendale, BPE 2015 (come bilancio consuntivo) relativo alle voci presenti nella validazione fra ASL/AO = 92.894 €/000

Obiettivo: Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio – Rapporto tra spesa per beni e servizi e produzione erogata

DIMENSIONE	Perseguimento dell'efficienza economico-gestionale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impatto percentuale di una determinata voce di spesa rispetto al totale della produzione erogata, in questo caso la spesa per beni e servizi. E' un indicatore che dal 2014 è entrato a far parte del novero degli obiettivi di interesse regionale ed è stato assegnato ai Direttori Generali delle aziende ospedaliere.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015
INDICATORE	Spesa per beni e servizi / produzione lorda
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento del dato che emerge dal BPE 2015, pari a: 56,26% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): <ul style="list-style-type: none"> • Spesa per beni e servizi bilancio consuntivo: rilevata da scheda SKAO = 52.263 €/000; • Produzione Lorda: rilevato da gestionale aziendale, BPE 2015 (come bilancio consuntivo) relativo alle voci presenti nella validazione fra ASL/AO = 92.894 €/000

Obiettivo: Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio – Rapporto tra spesa per personale, beni e servizi ed altri costi e produzione erogata

DIMENSIONE	Perseguimento dell'efficienza economico-gestionale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impatto percentuale di una determinata voce di spesa rispetto al totale della produzione erogata, in questo caso la somma di personale, beni e servizi ed altri costi. E' un indicatore dal 2014 è entrato a far parte del novero degli obiettivi di interesse regionale ed è stato assegnato ai Direttori Generali delle aziende ospedaliere.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 BPE 2015
INDICATORE	Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento del dato che emerge dal BPE 2015, pari a: 98,00% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): <ul style="list-style-type: none"> • Personale + beni e servizi + Altri costi bilancio consuntivo: rilevata da scheda SKAO = 126.400 €/000; • Valore della Produzione da Bilancio (A)(come da prospetto riclassificato del C.E. , BPE 2015) = 129.553 €/000

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 2015. Nello specifico si punta a rispettare sia come tempistica di realizzazione, sia come corrispettivo economico stimato secondo quanto esplicitato nel BPE 2015; le uniche variazioni dovranno essere tempestivamente richieste, motivate e autorizzate da Regione Lombardia.																		
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 BPE 2015																		
INDICATORE	Investimenti effettivamente realizzati / investimenti previsti e autorizzati																		
VALORE TARGET	<p>= 1 (per quanto di competenza, da crono programma, per l'anno 2015)</p> <p>Di seguito le fonti di finanziamento con i relativi importi previsti per l'anno 2015:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #00a0e3; color: white;">Copertura Finanziaria</th> <th style="background-color: #00a0e3; color: white;">Quota 2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1_DGR X/855/2013 – VI ATTO INTEGRATIVO</td> <td>1.076</td> </tr> <tr> <td>2_FINANZIAMENTI DA TERZI (CONTRIBUTO DEL TESORIERE)</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>3_DGR X/388/2013</td> <td>813</td> </tr> <tr> <td>4_DGR X/821/2013 – ALLEGATO A</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5_DGR X/1521/2014 – ALLEGATO A (DDGS 8727 del</td> <td>1.262</td> </tr> <tr> <td>6_DGR X/1521/2014 – ALLEGATO B</td> <td>372</td> </tr> <tr> <td>7_DGR X/2324/2014- X/2931/2014</td> <td>1.200</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>4.759</td> </tr> </tbody> </table>	Copertura Finanziaria	Quota 2015	1_DGR X/855/2013 – VI ATTO INTEGRATIVO	1.076	2_FINANZIAMENTI DA TERZI (CONTRIBUTO DEL TESORIERE)	36	3_DGR X/388/2013	813	4_DGR X/821/2013 – ALLEGATO A	0	5_DGR X/1521/2014 – ALLEGATO A (DDGS 8727 del	1.262	6_DGR X/1521/2014 – ALLEGATO B	372	7_DGR X/2324/2014- X/2931/2014	1.200	TOTALE	4.759
Copertura Finanziaria	Quota 2015																		
1_DGR X/855/2013 – VI ATTO INTEGRATIVO	1.076																		
2_FINANZIAMENTI DA TERZI (CONTRIBUTO DEL TESORIERE)	36																		
3_DGR X/388/2013	813																		
4_DGR X/821/2013 – ALLEGATO A	0																		
5_DGR X/1521/2014 – ALLEGATO A (DDGS 8727 del	1.262																		
6_DGR X/1521/2014 – ALLEGATO B	372																		
7_DGR X/2324/2014- X/2931/2014	1.200																		
TOTALE	4.759																		

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

DIMENSIONE	Rispetto della tempistica ed efficienza della progettualità
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Gli interventi di edilizia sanitaria rivestono un ruolo di grande importanza nell'economia degli investimenti di Regione Lombardia e hanno un peso assai rilevante anche in termini di risorse investite dalle aziende sanitarie e di tempistiche relative alla loro realizzazione.</p> <p>Gli obiettivi relativi al monitoraggio della tempistica e dei costi dei lavori in corso presso il Presidio di Crema sono da diversi anni oggetto di interesse regionale e l'azienda pone particolare attenzione al loro espletamento ed alla completa aderenza alle indicazioni regionali in tale ambito.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>Obiettivi di Mandato per l'anno 2015</p> <p>DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015</p> <p>Circolare applicativa alle regole 2015</p>
INDICATORE	Aggiudicazione degli interventi ammessi a finanziamento entro i termini stabiliti dalla legge 266/2005 e consegna lavori
VALORE TARGET	Rispetto delle tempistiche indicate dalle apposite comunicazioni regionali

Obiettivo: Semplificazione e de materializzazione

DIMENSIONE	Efficacia del progetto
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>L'obiettivo, presente nel Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) aziendale, riguarda l'avanzamento e lo sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e della dematerializzazione. Esso è, per contenuti, in stretta correlazione anche con l'obiettivo successivo, in quanto entrambi mostrano la tendenza dell'A.O. ad evolvere verso una maggior informatizzazione e dematerializzazione della documentazione in carico, in linea con lo sviluppo delle tecnologie informatiche oggi disponibili, nell'ottica di semplificare i processi aziendali e rendere più immediate e trasparenti le comunicazioni istituzionali tra enti, fornitori e cittadini.</p> <p>Rientrano quindi in quest'area operazioni come la fatturazione elettronica, l'emissione della prescrizione elettronica e la pubblicazione online dei referti sanitari.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	Delibera aziendale n.324 del 2014, attraverso la quale l'azienda ha adottato la propria versione del PIMO a partire dall'anno 2015
INDICATORE	<p>Numero di Attività svolte / Numero di attività previste</p> <p>(Le attività previste sono: attivazione della ricetta elettronica e attivazione del certificato di malattia online)</p>
VALORE TARGET	1 (= 100%)

Obiettivo: Fascicolo Sanitario del Cittadino: documenti sanitari disponibili online

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'aver 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	Progetto SISS per l'anno 2015
INDICATORI	<p>A livello interno, l'obiettivo è stato declinato alle Unità Operative attraverso il seguente indicatore:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Referti (Lab,Rad,Idd,PS,visite,) inviati al FSE / totale referti 2) lettere di dimissioni inviate al FSE / totale lettere di dimissioni 3) rilascio codici GASS rispetto al 2014 <p>A livello aziendale, l'obiettivo viene calcolato in valore assoluto, ed il riferimento sono i valori definitivi raggiunti nell'anno 2014</p>
VALORE TARGET	<ol style="list-style-type: none"> 1) Referti ambulatoriali: 116.231 Referti Laboratorio: 184.163 Referti Radiologia: 51.087 2) Lettere di dimissioni: 13.311 3) Codici GASS: 4.835

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. 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 di gestione dell'SSR per gli anni 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) >80% 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 dei 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 (con la quale sono stati introdotti) DGR 351/2010 Contratto AO-ASL
INDICATORE	Gli indicatori regionali oggetto di monitoraggio sono riferiti alle seguenti aree: <ol style="list-style-type: none"> 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'	Le mutate necessità assistenziali della popolazione di riferimento richiedono l'introduzione di strutture di accoglienza con caratteristiche diverse dalle strutture per acuti. L'A.O. di Crema ha, in questo senso, attivato una struttura erogante cure in regime sub-acuto presso l'ex presidio ospedaliero di Soncino. Ciò garantisce la disponibilità di un setting assistenziale più appropriato alle esigenze di cura delle diverse categorie di pazienti afferenti all'A.O. di Crema 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 Contratto ASL - AO 2014
INDICATORE	Tasso di occupazione delle strutture sub acuti
VALORE TARGET	>90%

Obiettivo: mantenimento numero medio di prestazioni di laboratorio per paziente ricoverato

DIMENSIONE	Riduzione di prestazioni richieste in modo ridondante o evitabile
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo nasce dalla condivisa consapevolezza che, mediamente, nelle strutture di ricovero vi è una quota di prestazioni di laboratorio richieste che possono essere evitate in quanto non completamente necessarie. La riduzione di queste prestazioni significa erogare percorsi di cura più appropriati per i pazienti e consentire al sistema un risparmio di costi di gestione destinabili ad attività di diversa natura, migliorando quindi anche l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse economiche a disposizione
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014 Obiettivi di mandato relativi all'anno 2014-2015
INDICATORE	$\frac{N.\text{prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati}}{n. \text{ricoveri}} 2015 \leq \frac{N.\text{prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati}}{n. \text{ricoveri}} 2014$
VALORE TARGET	Dato 2015 = in linea con il dato relativo all'anno 2014 (dato anno 2014: 38,24 prestazioni di laboratorio per paziente dimesso)

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: Mantenimento dati medi items customer satisfaction

DIMENSIONE	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza									
DESCRIZIONE E FINALITA'	La rilevazione di customer satisfaction è uno strumento utilizzato al fine di sondare la percezione dei pazienti in termini di qualità delle cure ad essi fornite; le indicazioni che se ne possono derivare quindi, benché potenzialmente affette da soggettività legata anche alla specificità delle cure ricevute, sono molteplici in merito 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	DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014-2015									
INDICATORE	Valore aziendale 2015 / valore aziendale 2014									
VALORE TARGET	<p>≥ 1, sia per l'area medica che infermieristica, nell'area di ricovero ed ambulatoriale.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ANNO 2014</th> <th>Medico</th> <th>Infermieristico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RICOVERI</td> <td>6,41</td> <td>6,49</td> </tr> <tr> <td>AMBULATORIALE</td> <td>6,13</td> <td>6,26</td> </tr> </tbody> </table>	ANNO 2014	Medico	Infermieristico	RICOVERI	6,41	6,49	AMBULATORIALE	6,13	6,26
ANNO 2014	Medico	Infermieristico								
RICOVERI	6,41	6,49								
AMBULATORIALE	6,13	6,26								

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). Esso è stato confermato dopo la sua precedente introduzione nell'anno 2013
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta della Direzione Medica di Presidio
INDICATORE	Tempo mediano di attesa per fasce orarie
VALORE TARGET	Tempo mediano < 30' per il 90% dei cittadini Valore ottenuto nell'anno 2014: 89,4% dei cittadini

Obiettivo: Segnalazioni dei cittadini

DIMENSIONE	Accessibilità dell'azienda
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Le segnalazioni dei cittadini rappresentano una importante opportunità per la rilevazione della qualità percepita dall'utente nei suoi contatti, nelle aree ambulatoriali e di ricovero, con l'Azienda Ospedaliera.</p> <p>Analizzare i contenuti e le caratteristiche di queste comunicazioni consente di trarre spunti di miglioramento importanti per l'azienda sia a livello organizzativo, sia con riferimento al livello di assistenza prestata.</p> <p>Per garantire una corretta comunicazione e relazione con il cittadino verranno coinvolti gli Uffici di Staff competenti (Qualità e Formazione) che riceveranno dall'URP la reportistica quadrimestrale strutturata dei reclami per le azioni di miglioramento aziendale.</p> <p>Il raggiungimento di questo obiettivo, tenuto presente il livello di performance ottenuto attualmente dall'azienda, riveste un livello di priorità medio tra i diversi obiettivi in carico</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	Delibera aziendale n.324 del 2014, attraverso la quale l'azienda ha adottato la propria versione del PIMO a partire dall'anno 2015
INDICATORE	Numero di segnalazioni per classe "Rapporto con L'Operatore" (prioritaria nel 2014) / numero segnalazioni complessive
VALORE TARGET	Indicatore anno 2015 < indicatore anno 2014 Anno 2014: 24 segnalazioni su 105, percentuale del 22,86%)