



REGIONE LOMBARDIA
AZIENDA OSPEDALIERA
"OSPEDALE MAGGIORE"
DI CREMA

Relazione alla Performance dell'anno 2014



INDICE DEI CONTENUTI

INTRODUZIONE

Struttura e finalità della Relazione alla Performance	Pag. 1
Cenni descrittivi dell'assetto organizzativo aziendale	Pag. 3

RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2014

Area 1: Mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di lungo periodo	Pag. 8
Area 2: Attuazione della programmazione-progetti	Pag. 15
Area 3: Qualità dell'assistenza prestata	Pag. 21
Area 4: Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate	Pag. 27
Area 5: Accountability e soddisfazione dell'utenza	Pag. 29

INTRODUZIONE

Struttura e finalità della Relazione alla performance

La Relazione alla Performance rappresenta il documento attraverso il quale l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore di Crema" conclude il proprio Ciclo della Performance, iniziato con la stesura del Piano della Performance, all'interno del quale sono stati esplicitati obiettivi ed indicatori strategici ed operativi che l'Azienda si è proposta di perseguire nell'anno 2014 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 in particolare rappresenta la naturale prosecuzione del Piano, 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 la rilevazione di eventuali scostamenti. E' evidente quindi come la finalità principale di questo elaborato risieda nella volontà di garantire una ampia trasparenza dell'attività dell'Azienda Ospedaliera 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 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, in continuità con quanto proposto per l'anno 2013.

A livello strutturale, gli obiettivi analizzati sono suddivisi in 5 aree:

- 1) Mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di lungo periodo;
- 2) Attuazione della programmazione-progetti;
- 3) Qualità dell'assistenza prestata;
- 4) Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- 5) Accountability e soddisfazione dell'utenza.

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: ciascuna di queste caratteristiche permette infatti di assolvere in maniera completa ad un processo di accountability verso l'esterno e risulta preziosa per comprendere quale sia la numerosità di portatori di interesse legati ad una azienda sanitaria e per rafforzare la centralità dei propri interessi e gli sforzi profusi dall'amministrazione pubblica per il loro perseguimento. Ad esse sono poi stati aggiunti il valore effettivamente conseguito al termine dell'anno 2014 ed un commento utile alla descrizione di quanto implementato dall'azienda e di fondamentale importanza per indirizzare il lettore ad una corretta interpretazione dei dati proposti. Gli indicatori sono stati calcolati utilizzando sempre il dato più aggiornato a disposizione, a volte anche con 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.

Sintesi dei risultati ottenuti

Volendo fornire una breve sintesi dei risultati ottenuti e dei contenuti che compongono il presente elaborato, richiamando quanto descritto all'interno della relazione descrittiva al bilancio consuntivo dell'anno 2014, si ritiene opportuno concentrare in prima battuta l'attenzione sui dati di attività, i quali rappresentano un indicatore, valorizzato in termini economici, dell'espletamento dell'attività principale della mission istituzionale di un'azienda ospedaliera:

Tipologia	2013				2014				Delta Produzione Effettiva	Delta Produzione Riconosciuta
	Effettiva	Riconosciuta	Delta	%	Effettiva	Riconosciuta	Delta	%		
				Riconosciuta				Riconosciuta		
Produzione ambulatoriale	25.492.610	24.837.140	-655.470	97%	26.411.132	24.923.076	-1.488.056	94%	918.522	85.936
Screening	198.098	192.959	-5.139	97%	197.952	186.692	-11.260	94%	-146	-6.267
NPI	843.967	840.455	-3.512	100%	926.713	858.582	-68.131	93%	82.746	18.127
NPI progetti	262.000	262.000	0	100%	260.000	260.000	0	100%	-2.000	-2.000
Psichiatria	2.690.363	2.425.853	-264.510	90%	3.070.645	2.416.284	-654.361	79%	380.282	-9.569
Psichiatria progetti	315.000	315.000	0	100%	315.000	315.000	0	100%	0	0
Ricoveri	55.985.530	54.151.285	-1.834.245	97%	55.227.066	53.514.393	-1.712.673	97%	-758.464	-636.892
Ricoveri ex funzioni	0	0	0	-	492.700	492.700	0	100%	492.700	492.700
Sub Acuti	2.970.904	2.752.630	-218.274	93%	1.365.090	1.206.234	-158.856	88%	-1.605.814	-1.546.396
NRS	674.121	674.121	0	100%	477.310	477.310	0	100%	-196.811	-196.811
File F	3.192.833	3.192.833	0	100%	3.891.898	3.735.201	-156.697	96%	699.065	542.368
Doppio Canale e Primo Ciclo	2.096.754	2.096.754	0	100%	2.101.370	2.101.370	0	100%	4.616	4.616
TOTALE	94.722.180	91.741.030	-2.981.150	97%	94.736.876	90.486.843	-4.250.033	96%	14.696	-1.254.187

Dalla lettura dei dati proposti nella tabella soprastante è possibile sintetizzare le seguenti considerazioni:

- Un livello di produzione effettiva in termini assoluti superiore al 2014, indice dell'aumento dell'offerta sanitaria; tale incremento è di gran lunga maggiore di quanto emerge di una prima analisi in quanto nel 2014 l'attività sub acute erogata presso il Nuovo Robbiani di Soresina è stata accreditata direttamente all'erogato privato; conseguentemente non si tratta di una riduzione di attività ma di un travaso di attività ad altra struttura regionale. Ne consegue che al netto di tale dinamica la produzione effettiva complessiva è aumentata di 1.620.510 €;
- Un livello in termini % di produzione riconosciuta inferiore al 2013 (dal 97% al 96%); applicando anche alla produzione riconosciuta la dinamica di cui al punto precedente emerge come l'azienda abbia incrementato la propria attività per 1.620.510 € con un riconoscimento che rispetto al 2013 è variato per soli 292.209 €. Di fatto l'azienda ha garantito una maggior produzione che si traduce in maggiore presa in carico dell'utenza senza vedersi riconosciuto un pari finanziamento e conseguentemente se ne deduce che ha incrementato la propria efficienza gestionale ed operativa.

- Approfondendo lo specifico delle variazioni:
 - ✓ In corso d'anno si è chiesto ed ottenuto un travaso di attività di ricovero ad ambulatoriale, come evidente dalla minor produzione di ricovero rispetto al 2013 (pur sempre maggior rispetto al tetto autorizzato);
 - ✓ Un decremento delle nuove reti sanitarie: pur riscontrando un decremento rispetto al 2013, l'A.O. di Crema ha segnalato come la produzione effettiva sia pari a 561 €/000. Pertanto la differenza riportata di 197 €/00 potrebbe essere imputabile ad un abbattimento regionale del finanziamento delle NRS e non in toto ad un calo effettivo di produzione;
 - ✓ Le restanti voci di attività mostrano un incremento rispetto al 2013.

Di seguito si evidenziano alcuni indicatori di efficienza organizzativa pubblicati da Regione Lombardia (Portale di Governo):

INDICATORI RICOVERO	2010	2011	2012	2013	2014	STD 2014
I1 - Degenza Media Pre-operatoria	1,3	1,4	1,5	1,4	1,3	1,5
Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico						
I1 BIS AO - Degenza Media Pre-operatoria int programmati	0,32	0,32	0,38	0,28	0,30	0,5
Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico programmato						
I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	23,4	21,9	22,2	21	22,1	21,9
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari						
I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital	21,1	22,7	19,3	21,7	22	15,1
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital						
I5 - % di Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC	5,5	4,6	4,7	4	3,9	3,1
Percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC						
I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	15,2	15,9	15,6	16,2	14,9	18
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi sul totale dei ricoveri medici						
I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione	14,2	8,1	12,5	28,9	37,5	52,4
Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni						
I10 - Tasso di Ospedalizzazione di Ricoveri Ordinari (di 2 o più Giornate) attribuiti a DRG ad Alto Rischio Inappropriatezza	7,5	8,7	7,6	6,3	5,8	7,1
Tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG ad alto rischio inappropriatezza						
Degenza media nei ricoveri medici (escl 0-1 gg)	7,8	7,6	7,8	7,6	7,7	=
Casi DH Medico	1993	1885	959	656	578	↓
INDICATORI DI CONTROLLO DEI NOC	2010	2011	2012	2013	2014	STD
I1 - % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni			OK	OK	OK	
I2 - % di casi complicati			OK	OK	OK	
I3 - Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa			OK	OK	OK	
I4 - % di Ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale			OK	OK	OK	
I5 - % di Ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale			OK	OK	OK	
I6 - Numero di accessi per record di DH			OK	OK	OK	
I7 - % di procedure effettuate in ambulatorio			OK	OK	OK	
I8 - Importo medio per Reparto			OK	OK	OK	
I9 - % di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni			OK	OK	OK	
(*)50% a dicembre						

Dalla lettura dei dati sopra proposti vengono pongono in evidenza i seguenti elementi:

- Ricoveri:
 - ✓ mantenimento dei livelli della degenza media relativi ai ricoveri in regime ordinario(escl. 0-1 g) a 7,7 gg e mantenimento del trend di riduzione iniziato nel 2013 dei day hospital medici (-12% sul 2013) determinata dall' attivazione e incremento della Macroattività ambulatoriale complessa;
 - ✓ tasso di ricovero di DRG medici brevi inferiore alla media regionale; tasso di ospedalizzazione dei DRG a elevato rischio di inappropriately inferiore alla media regionale;
 - ✓ tempi di degenza media preoperatoria in linea con la media regionale; la degenza media preoperatoria dei casi programmati è nettamente inferiore (0,30 gg);
- sono attivati i protocolli di qualità per il monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri e, più in generale, dell'accesso alle prestazioni offerte dall'azienda ospedaliera. Tale azione trova riscontro favorevole negli esiti dei controlli dei NOC della ASL in termini di appropriatezza dei ricoveri, delle prestazioni ambulatoriali e del File "F", (ndr Piano dei Controlli 2014 ASL Provinciale) sempre rimasti significativamente inferiori alla soglia del 5% degli errori casuali, sia per la numerosità sia per il valore delle prestazioni decurtate (ricoveri per acuti pari allo 0,7% del valore, Riabilitazioni pari allo 0%).

Tutto questo è avvenuto nel rispetto dei limiti di spesa autorizzati sia per acquisti di beni e servizi necessari alla produzione, sia per costo del personale, a dimostrazione della forte attenzione di tutta l'Azienda al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario; peraltro quest'ultima finalità è confermata anche da altri indicatori relativi all'area amministrativa, quali ad esempio l'incremento alla partecipazione a gare di acquisto di beni e servizi svolte in aggregazione con altre aziende lombarde.

Dal punto di vista del perseguimento delle progettualità in corso, i risultati raggiunti dimostrano come esse siano state presidiate in modo costante: per quanto attiene alle opere edilizie di adeguamento strutturale ed impiantistico è stata interamente portata a termine la quota di competenza dell'anno 2014 che ha permesso l'ammmodernamento delle strutture dell'azienda ospedaliera per una loro migliore capacità di rispondere alle esigenze di sicurezza e comfort ed ai requisiti strutturali imposti dalle leggi vigenti. Nondimeno, l'impegno dell'Azienda si è riflesso anche in attività quali la modifica dell'assetto organizzativo del proprio Centro Trasfusionale, in linea con le indicazioni regionali o l'attuazione di tutti gli investimenti previsti dall'A.O. di Crema (in merito ad acquisto di tecnologie ed interventi di natura edilizia) ed autorizzati da Regione Lombardia, nonostante i necessari tempi tecnici di espletamento delle pratiche relative ai processi di acquisto. L'impegno dell'Azienda si è palesato anche in aspetti vicini alla quotidianità degli utenti della struttura: in questo senso, i risultati ottenuti in merito alla produzione informatizzata di documenti sanitari (referti di visite ed esami diagnostici, lettere di dimissione, prescrizioni) assumono grande valenza in termini di miglioramento delle possibilità di contatto tra i cittadini e la struttura sanitaria, benché si sia riscontrato un parziale decremento del numero di utenti raggiunti dall'attività di rilascio dei codici personali per l'accesso alla visualizzazione online dei propri documenti sanitari (codici GASS), in parte anche in virtù dell'importante quota di utenti proposta

nell'obiettivo. Da un punto di vista puramente sanitario inoltre, sono stati raggiunti i target previsti sia nell'ambito della completezza della documentazione clinica prodotta, sia nel campo degli esiti delle cure fornite: gli indicatori scelti per misurare questi due aspetti infatti mostrano risultati confortanti, in linea con le performance degli anni precedenti, a dimostrazione di una costante attenzione dell'azienda agli aspetti legati alla qualità nella sua accezione più ampia.

Positivi sono i dati relativi alla customer satisfaction, nella convinzione che la qualità percepita dall'utenza sia un indicatore utile per individuare eventuali criticità: in tal senso, i dati per l'anno 2014 risultano essere in linea con quelli dell'anno 2013, con lievi incrementi percentuali nell'area ambulatoriale ed un sostanziale allineamento dei dati dell'area dei ricoveri. Inoltre, il valore ottenuto dall'indice di accessibilità presso il CUP aziendale, è di fatto allineato al valore target prefissato, evidenziando un miglioramento rispetto a quanto registrato a livello aziendale nell'anno 2013. E' infine da sottolineare anche l'impegno dell'A.O. di Crema nell'attenersi al rispetto degli adempimenti relativi alle norme sulla trasparenza dell'attività delle pubbliche amministrazioni ed in merito alla legislazione in tema di interventi anticorruzione.

In questa sintesi trovano tuttavia spazio anche obiettivi caratterizzati da parziale criticità nei risultati raggiunti, da ricercarsi prevalentemente nel caso della percentuale di pagamento dei ticket di Pronto Soccorso, che risulta in lieve flessione rispetto al dato ottenuto rispetto all'anno precedente assunto come valore target, nonostante si sia registrato un incremento della quota di ticket incassati relativi alle prestazioni ambulatoriali. Pertanto, alla luce di quanto complessivamente sintetizzato, è certamente possibile affermare come il 2014 sia da ritenersi un anno positivo per l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, in continuità con gli altrettanto positivi risultati conseguiti nell'anno 2013; ciò sarà di stimolo per un anno 2015 in continuità di impegno e di risultati conseguiti, nel costante perseguimento degli interessi della collettività e nel rispetto delle indicazioni istituzionali. E' quindi volontà dell'Azienda per quanto attiene alla redazione del Piano della Performance 2015, esplicitazione dei meccanismi di programmazione annuale aziendale, sia mantenere continuità con quanto implementato per l'anno 2014, al fine di poter monitorare su un orizzonte temporale pluriennale l'andamento di obiettivi importanti relativi alla qualità dell'assistenza ed all'equilibrio economico finanziario, sia integrare i contenuti del presente documento con quanto presente nel Piano Integrato per il Miglioramento della qualità dell'Organizzazione (PIMO) la cui prima versione sarà disponibile proprio a partire dall'anno 2015. Questa volontà di perseguire nel solco continuità e dell'integrazione delle fonti documentali aziendali, peraltro auspicata da tutti gli atti normativi riferiti al tema della performance e delle progettualità aziendali, risulterà essere il punto di forza dell'Azienda Ospedaliera di Crema nel suo percorso di continuo miglioramento e di ricerca delle migliori soluzioni operative e gestionali, per assicurare ai propri pazienti un'assistenza moderna, in linea con il continuo aggiornamento scientifico e metodologico ed in completo allineamento con le indicazioni normative regionali e nazionali.

LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2014

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 2014 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014 Contratto stipulato tra ASL di Cremona ed A.O. di Crema BPE 2014 Decreto di assegnazione in corso d'anno (4242/2015)			
INDICATORE	Produzione effettiva / produzione finanziabile			
VALORE TARGET	<p>Il valore obiettivo dell'indicatore deve essere ≥ 1</p> <p>Le aree interessate sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ricoveri 2) Ambulatoriale 3) Neuropsichiatria Infantile 4) Psichiatria 5) Attività di cura in regime sub-acuto <p>Il valore = 1 rappresenta il perfetto allineamento fra la produzione autorizzata e quella effettuata.</p>			
VALORE RAGGIUNTO		Produzione Attesa da Decreto	Produzione Effettiva	Indicatore
	Ricoveri	54.007	55.720	103,2%
	Ambulatoriale	25.110	26.609	106,0%
	Neuropsichiatria	1.119	1.187	106,1%
	Psichiatria	2.731	3.386	124,0%
	Cure sub-acute	1.206	1.365	113,2%
	Dati espressi in migliaia di Euro			
COMMENTO AL RISULTATO	<p>I dati sopra riportati mostrano come la valorizzazione economica della produzione effettiva dell'A.O. di Crema, per ciascuna delle aree indicate, risulta essere sempre superiore rispetto a quanto finanziato da Regione Lombardia. In questo senso pertanto la mission istituzionale dell'ospedale, consistente nella presa in carico delle esigenze di cura dei pazienti dell'ambito territoriale di riferimento, viene ampiamente rispettata dall'A.O. di Crema.</p> <p>Un'ulteriore nota a supporto di quanto detto emerge dall'analisi dell'attività ambulatoriale: benché infatti vi sia stato un travaso di finanziamento normato da appositi decreti regionali dall'A.O. di Crema ad una struttura di diritto privato all'inizio dell'anno 2014, l'azienda ha prodotto un ammontare di prestazioni comunque superiore a quanto effettuato nell'anno 2013 e ciò costituisce un'ulteriore indicazione dell'entità della sovra-produzione garantita dall'A.O. di Crema.</p>			

Obiettivo: Incremento delle gare centralizzate

DIMENSIONE	Efficacia interna
OBIETTIVO	Incremento del 10% del numero di gare aggregate pubblicate a livello consortile al 31/12/2013 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 per l'anno 2014 Bilancio Preventivo Economico 2014
INDICATORE	Valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate + 10% del valore 2013
VALORE TARGET	> 1,1
VALORE RAGGIUNTO	Il valore raggiunto è superiore al target dell'1,1%
COMMENTO AL RISULTATO	Con nota prot. n. 1632 del 30.01.2015 con la quale è stato trasmesso a Regione Lombardia il file "Rendiconto acquisti 2014 – IV CET" si attesta che il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate risulta pari al 54%, quindi superiore a quanto stabilito dalle regole per l'anno 2014 (DGR x/1185 del 20.12.2013) nelle quali era richiesto un valore minimo del 50%. Tale valore, inoltre, supera ampiamente l'incremento del 10% del valore 2013.

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>In continuità con quanto indicato negli anni precedenti 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</p>																						
RIFERIMENTI NORMATIVI	PSSR 2010-2014 Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL-A.O. BPE 2013 Decreto di assegnazione in corso d'anno (4242/2015)																						
INDICATORE	Costi di gestione effettivi / Costi di gestione previsti a bilancio																						
VALORE TARGET	<p>Valore obiettivo dell'indicatore inferiore a 1 Le categorie di costo interessate sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Personale e Irap 2) 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>																						
VALORE RAGGIUNTO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Tetto di costo</th> <th style="text-align: center;">Costo effettivo</th> <th style="text-align: center;">Indicatore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Personale</td> <td style="text-align: center;">63.185</td> <td style="text-align: center;">63.185</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Irap</td> <td style="text-align: center;">4.231</td> <td style="text-align: center;">4.231</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>1) Personale+Irap</td> <td style="text-align: center;">67.416</td> <td style="text-align: center;">67.416</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>2) Beni e Servizi</td> <td style="text-align: center;">50.875</td> <td style="text-align: center;">50.875</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dati espressi in migliaia di Euro</p>				Tetto di costo	Costo effettivo	Indicatore	Personale	63.185	63.185	1	Irap	4.231	4.231	1	1) Personale+Irap	67.416	67.416	1	2) Beni e Servizi	50.875	50.875	1
	Tetto di costo	Costo effettivo	Indicatore																				
Personale	63.185	63.185	1																				
Irap	4.231	4.231	1																				
1) Personale+Irap	67.416	67.416	1																				
2) Beni e Servizi	50.875	50.875	1																				
COMMENTO AL RISULTATO	<p>Si riscontra un perfetto allineamento per tutti gli indicatori monitorati.</p> <p>Anche in corso d'anno sono sempre stati rispettati i vincoli di costo presenti nei decreti regionali di assegnazione.</p> <p>Tutti i dati rendicontati sono relativi al bilancio consuntivo aziendale relativo all'anno 2014.</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 2014																									
INDICATORE	Ticket riscossi / ticket dovuti																									
VALORE TARGET	> 95,02% (dato relativo all'anno 2012)																									
VALORE RAGGIUNTO	<p>Il dettaglio dei risultati ottenuti è riportato nella tabella sottostante:</p> <table border="1" data-bbox="470 918 1420 1299"> <thead> <tr> <th colspan="5">Percentuale ticket pagati</th> </tr> <tr> <th>AREA AZIENDALE</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>Variazione 2014-2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriale</td> <td>97,45%</td> <td>95,14%</td> <td>98,26%</td> <td>+ 3,12%</td> </tr> <tr> <td>Pronto Soccorso</td> <td>55,51%</td> <td>51,84%</td> <td>49,86%</td> <td>- 1,98%</td> </tr> <tr> <td>Complessivo</td> <td>95,02%</td> <td>92,81%</td> <td>96,28%</td> <td>+ 3,47%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Le percentuali sono calcolate sul valore economico dei ticket, non sulla loro numerosità)</p>	Percentuale ticket pagati					AREA AZIENDALE	2012	2013	2014	Variazione 2014-2013	Ambulatoriale	97,45%	95,14%	98,26%	+ 3,12%	Pronto Soccorso	55,51%	51,84%	49,86%	- 1,98%	Complessivo	95,02%	92,81%	96,28%	+ 3,47%
Percentuale ticket pagati																										
AREA AZIENDALE	2012	2013	2014	Variazione 2014-2013																						
Ambulatoriale	97,45%	95,14%	98,26%	+ 3,12%																						
Pronto Soccorso	55,51%	51,84%	49,86%	- 1,98%																						
Complessivo	95,02%	92,81%	96,28%	+ 3,47%																						
COMMENTO AL RISULTATO	<p>L'analisi dei risultati proposti mostra come nell'anno 2014 si sia riscontrato un miglioramento nella percentuale di riscossione dei ticket dell'area ambulatoriale, in continuo miglioramento anche rispetto all'anno 2012. In questo senso, è risultato assai utile un percorso di accesso alle prestazioni condizionato alla verifica tramite totem del pagamento, attivato al termine dell'anno 2013, ed esteso nel corso dell'anno 2014 a numerose aree aziendali aggiuntive alla palazzina ambulatoriale, dove era stato originariamente posto.</p> <p>Per contro, si evidenzia anche un lieve calo della percentuale relativa all'area del Pronto Soccorso, i cui valori sono in progressivo peggioramento a partire proprio dall'anno 2012. I valori complessivi, comprendenti sia i ticket ambulatoriali sia di Pronto Soccorso mostra tuttavia un miglioramento sia rispetto all'anno 2013, sia rispetto all'anno 2012.</p> <p>L'attenzione dell'Azienda nel prossimo anno sarà quindi volta al miglioramento dell'attività di riscossione dei ticket dell'area del Pronto Soccorso, valutando le migliori iniziative ad hoc da implementarsi.</p>																									

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 entra 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 2014 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014 BPE 2014
INDICATORE	Costo personale / produzione lorda
VALORE TARGET	L'obiettivo è il miglioramento del dato dell'anno 2014 rispetto al valore posto a bilancio consuntivo per l'anno 2013, pari a: 51,76% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): costo del personale: 63.622 produzione lorda (ricavi gestione caratteristica): 122.906
VALORE RAGGIUNTO	<p>Valore anno 2014: 72,57% Valore anno 2013: 74,31%</p> <p>L'indicatore è stato così calcolato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo del personale (comprensivo di IRAP su personale dipendente) Consuntivo 2013: rilevato da scheda SKAO = 67.683 €/000 • Produzione Lorda: rilevato da schede di produzione del consuntivo 2013, relativo alle voci presenti nella validazione fra ASL/AO = 91.077 €/000 • Costo del personale (comprensivo di IRAP su personale dipendente) bilancio consuntivo 2014: rilevato da scheda SKAO = 67.416 €/000; • Produzione Lorda: rilevato da gestionale aziendale, relativo alle voci presenti nella validazione fra ASL/AO bilancio consuntivo = 92.894 €/000
COMMENTO AL RISULTATO	Il valore raggiunto dall'azienda nell'anno 2014 attesta un miglioramento rispetto a quanto calcolato per l'anno 2013. A fronte infatti di un calo del costo del personale per una quota dello 0,39%, si riscontra un parallelo incremento del valore della produzione del 2,00%.

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 entra 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 2014 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014 BPE 2014
INDICATORE	Spesa per beni e servizi / produzione lorda
VALORE TARGET	L'obiettivo è il miglioramento del dato dell'anno 2014 rispetto al valore posto a bilancio consuntivo per l'anno 2013, pari a: 45,60% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): spesa per beni e servizi: 56.050 produzione lorda (ricavi gestione caratteristica): 122.906
VALORE RAGGIUNTO	Valore anno 2014: 54,77% Valore anno 2013: 57,37% L'indicatore è stato così calcolato: <ul style="list-style-type: none"> • Spesa per beni e servizi Consuntivo 2013: rilevata da scheda SKAO = 52.248 €/000 • Produzione Lorda: rilevato da schede di produzione del consuntivo 2013, relativo alle voci presenti nella validazione fra ASL/AO = 91.077 €/000 • Spesa per beni e servizi da bilancio consuntivo 2014: rilevata da scheda SKAO = 50.875 €/000; • • Produzione Lorda: rilevato da gestionale aziendale, relativo alle voci presenti nella validazione fra ASL/AO bilancio consuntivo 2014 = 92.894 €/000
COMMENTO AL RISULTATO	Il valore raggiunto dall'azienda nell'anno 2014 attesta un miglioramento rispetto a quanto calcolato per l'anno 2013. A fronte infatti di un calo del costo per beni e servizi per una quota del 2,63%, si riscontra un parallelo incremento del valore della produzione del 2,00%.

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 che dal 2014 entra 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 2014 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014 BPE 2014
INDICATORE	Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio
VALORE TARGET	L'obiettivo è il miglioramento del dato dell'anno 2014 rispetto al valore posto a bilancio consuntivo per l'anno 2013, pari a: 107,36% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): Costi complessivi: 131.946 (costi caratteristici) Produzione lorda (ricavi gestione caratteristica): 122.906
VALORE RAGGIUNTO	Valore anno 2014: 96,68% Valore anno 2013: 96,85% L'indicatore è stato così calcolato: <ul style="list-style-type: none"> • Personale + beni e servizi + Altri costi Consuntivo 2013: rilevata da scheda SKAO = 127.489 €/000 • Valore della Produzione da Bilancio (A)(come da prospetto riclassificato del C.E. del Consuntivo 2013) = 131.641 €/000 • Personale + beni e servizi + Altri costi bilancio consuntivo 2014: rilevata da scheda SKAO = 124.701€/000; • Valore della Produzione da Bilancio (A)(come da prospetto riclassificato del C.E. del bilancio consuntivo 2014) = 128.984 €/000
COMMENTO AL RISULTATO	Il valore raggiunto dall'azienda nell'anno 2014 attesta un miglioramento rispetto a quanto calcolato per l'anno 2013. A fronte infatti di un calo del valore della produzione complessivo per un importo del 2,02%, si riscontra un parallelo calo dei costi di produzione complessivi del 2,19%.

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. Considerate le dinamiche vigenti determinate dall'applicazione del D. lgs 118/2011, si reputa corretto ampliare la ricognizione agli investimenti autorizzati in corso d'anno da Regione Lombardia. Finalità dell'obiettivo: si punta a rispettare sia come tempistica di realizzazione che come corrispettivo economico stimato quanto esplicitato nel BPE 2014 e/o nelle autorizzazioni regionali; le uniche variazioni dovranno essere tempestivamente richieste, motivate e autorizzate la Regione Lombardia.				
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi Di Mandato Bilancio Preventivo Economico 2014 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 2014)				
VALORE RAGGIUNTO	FONTE FINANZIAMENTO e DECRETO RELATIVO		AUTORIZZATI 2014	SPESI AL 31/12/2014	% utilizzo
	1)	CONTRIBUTI REGIONALI – DGR 388/2013	1.692	878	51,9%
	2)	CONTRIBUTI REGIONALI – DGR 821/2013	1	1	100%
	3)	CONTRIBUTI REGIONALI – DGR 855/2013	120	124	103,3%
	4)	CONTRIBUTI REGIONALI – DGR 1521 ALLEGATO B	739	131	17,7%
	5)	CONTRIBUTI REGIONALI – DGR 1521 ALLEGATO A + DGR 8727/2014	1.300	38	2,9%
	6)	FINANZIAMENTO DA ALIENAZIONI DEL PATRIMONIO AZIENDALE – Dismissione Ospedali di Soncino e Castelleone	90	89	98,9%
	7)	CONTRIBUTI DA PRIVATO – CONTRIBUTO TESORIERE	36	36	100%
	8)	PROVENTI STRAORDINARI ACCANTONATI A SEGUITO DELLE DISPOSIZIONI CONTENUTE NELLA DGR 4228/2012 – Circolare h1.2013.0029691 – quota 20% e Circolare h1.2013.0029691	2.624	328	12,5%
	9)	CONTRIBUTI REGIONALI – I E II LOTTO, programma quadro del 3/3/1999 e successivi atti integrativi	1.115	1.115	100%
	COMPLESSIVO		6.602	2.740	35,5%
(Dati espressi in migliaia di Euro)					

COMMENTO AL RISULTATO	<p>La tabella soprastante mostra l'ammontare di risorse disponibili, ed effettivamente utilizzate, per effettuare investimenti nell'anno 2014. Essa è suddivisa per fonte di finanziamento e decreto regionale, a dimostrazione della possibilità di effettuare investimenti solo a seguito di apposite e finalizzate fonti di finanziamento. Come si desume dai dati, una percentuale pari al 35,5% delle risorse disponibili nell'anno 2014 è stato utilizzato per effettuare investimenti.</p> <p>a) DGR 388/2013</p> <p>Nell'anno 2014 l'A.O. ha perfezionato i seguenti acquisti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografo per emodinamica per € 695.400; • Ecocardiografo di ultima generazione di gamma 4D completo di sonde di cui una sonda pediatrica e la trans esofagea per € 182.878. <p>L'acquisizione di due mammografi è slittata al 2015 a causa dei tempi della procedure di acquisto centralizzata CONSIP non governabile dall'azienda ospedaliera. La restante quota non spesa è relativa ai ribassi di gara delle attrezzature acquistate rispetto al prezzo previsto; tale ribasso è utilizzabile solo se presente al termine delle acquisizioni di tutti i beni ed è condizionato a specifica autorizzazione regionale. Nel 2015 l'A.O. ultimata l'acquisizione dei mammografi ha inoltrato apposita richiesta di utilizzo dei ribassi ai competenti uffici regionali.</p> <p>b) DGR 821/2013</p> <p>Nell'anno 2014 in funzione della tempistica residua e in applicazione delle modalità di utilizzo e rendicontazione delle risorse previste nell'Allegato A ha effettuato e concluso investimenti per un importo pari a 542,18 €. Il contributo in oggetto è stato completamente utilizzato.</p> <p>c) DGR 855/2013</p> <p>Nel corso del 2014 l'A.O. di Crema ha indetto, con deliberazione n. 323 del 06 novembre 2014, la procedura aperta ai sensi dell'art. 122 del D. Lgs 163/2006. Le spese sostenute nel 2014 sono relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spese tecniche di progettazione; • spese di pubblicità bando gara. <p>Trattasi del finanziamento relativo al VI atto integrativo, per il quale nel 2014 erano stati previsti a bilancio, da indicazione regionale, solo i costi correlati alla fase progettuale e di gara.</p> <p>d) DGR 1521 ALLEGATO B</p> <p>Con nota del 24.12.2014 Prot.n. 20423/2014 sono state trasmesse a UO Edilizia Sanitaria – Direzione Generale Salute – Regione Lombardia, le schede di monitoraggio al 16.10.2014 relative all'attuazione degli interventi finanziati con risorse in conto capitale 2014 – DGR n. X/1521 del 20.03.2014 – "Allegato B" per € 739.330,28 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scheda monitoraggio attrezzature per € 221.799,08; • Scheda monitoraggio edilizia sanitaria per € 299.500,00; • Scheda monitoraggio edilizia sanitaria per € 218.031,20. <p>La parte relativa alle attrezzature (30% del finanziamento) è stata finalizzata ai fuori uso pertanto l'utilizzo (131.592,27 € a fronte dei 221.799,08 € disponibili è condizionato dalla presenza o meno dei fuori uso). La parte relativa agli interventi di edilizia sanitaria (70% del finanziamento) ha visto il completamento della fase progettuale degli interventi, interventi che</p>
--------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

verranno eseguite nel 2015.

e) DGR 1521 ALLEGATO A + DGR 8727/2014

Le spese sostenute nel 2014 sono relative a spese tecniche di progettazione. Compatibilmente con le tempistiche dettate dalla normativa si procederà all'indizione e aggiudicazione della gara a all'avvio dei lavori (2015).

f) Dismissione ospedali di Soncino e Castelleone

Nel corso del 2014, sono stati acquisiti arredi per l'U.O. di Ortopedia a seguito dei lavori eseguiti di adeguamento strutturale ed impiantistico. A fronte di una previsione di spesa di 90 €/000 sono stati spesi 89 €/000.

g) Contributo Tesoriere

Nell'anno 2014, il contributo del tesoriere è stato utilizzato per gli acquisti necessari al corso di laurea in infermieristica, al SIMT e al laboratorio di galenica. L'intero contributo è stato speso.

h) Proventi straordinari accantonati a seguito delle disposizioni contenute nella DGR n. 4228/2012

Nel corso del 2014 sono stati effettuati i seguenti gli acquisti delle attrezzature in funzione delle richieste aziendali. La quota non spesa è dedicata ai lavori di contenimento energetico la cui procedura di gara è stata aggiudicata nel 2015.

i) I° e II° lotto - programma quadro del 3/3/1999 e nei successivi Atti Integrativi

Nel corso del 2014 l'A.O. di Crema ha proseguito i lavori di adeguamento strutturale ed impiantistico del presidio centrale (18°-20° SAL) per 1.105.669,58 € A tale valore si aggiungono 9 €/000 di spese tecniche.

Concludendo è possibile affermare che:

- In funzione delle categorie di acquisti previste dalle diverse fonti di finanziamento sono stati acquistati tutti i beni richiesti;
- Le quote non spese relative ad attrezzature sono relative a quote dedicate a categorie specifiche di acquisto (es. fuori uso) per le quali il budget a disposizione viene gestito in funzione delle necessità; pertanto la quota non spesa nel 2014 diventa disponibile nel 2015;
- Le quote non spese riferite alla realizzazione dei lavori sono correlate alle tempistiche dettate dalla normativa vigente in materia di opere pubbliche. Ai fini dell'attuazione degli interventi, dall'assegnazione definitiva del finanziamento, l'A.O., quale stazione appaltante, deve procedere, improntando la propria azione ai canoni di trasparenza, imparzialità ed efficacia, nel rispetto delle prescrizioni di legge, a realizzare le seguenti attività:

1. indizione della procedura di gara afferente l'individuazione dell'operatore economico cui affidare la progettazione dell'intervento;

2. indizione della procedura di gara afferente l'individuazione dell'operatore economico cui affidare la realizzazione delle opere relative all'intervento.

E' pertanto pacifico che a fronte di assegnazioni di finanziamenti intervenute nel corso dell'anno 2014, si siano manifestati i costi relativi alle attività di progettazione e/o procedure di gara, mentre i costi correlati alla fase di realizzazione dell'opera si concretizzeranno nelle fasi successive all'espletamento delle attività indicate ai punti 1 e 2.

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 2014
INDICATORE	Scostamento non superiore al 5% del SAL comunicato alle Aziende per ogni singolo intervento
VALORE TARGET	Presidio di Crema = 95% SAL di riferimento nel periodo
VALORE RAGGIUNTO	Presidio di Crema: valore raggiunto pari a 100% del SAL di competenza
COMMENTO AL RISULTATO	Presidio di Crema: Approvato con deliberazione n. 17 del 22.01.2015 il 20° SAL lavori a tutto il 17.12.2014 - STATO FINALE - per € 11.805.559,29 IVA compresa pari al 100% della somma degli importi contrattuali di € 11.805.559,29 IVA compresa relativi al I° II° lotto e opere complementari finanziati con AdPQ. Il suddetto intervento è stato attuato e completato al 100% nel rispetto del cronoprogramma e con nessun aumento dell'importo totale del Quadro Economico del progetto. Entro il 30 giugno 2015 si provvederà al collaudo definitivo delle opere.

Obiettivo: Riordino dei servizi Trasfusionali

DIMENSIONE	Efficacia del progetto
DESCRIZIONE E FINALITA'	Regione Lombardia ha implementato un programma di razionalizzazione del numero dei centri trasfusionali sul territorio, con l'obiettivo di creare una sistema in cui vi siano grandi centri cui afferiscono più strutture ospedaliere e centri periferici che svolgono un numero limitato di attività. Ciò mira a favorire la specializzazione ed a creare un maggiore dinamismo nella rete trasfusionale, evitando ridondanze e sprechi di risorse. Ad ogni azienda pertanto è richiesto di contribuire alla riorganizzazione del sistema, secondo quanto esplicitato dalla delibera di riferimento.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2014 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014 DGR 1632/2014
INDICATORE	Avvio entro l'anno delle attività secondo il nuovo assetto deliberato dalla Giunta Regionale (conferma del raggiungimento del risultato da parte di AREU)
VALORE TARGET	Avvio del nuovo assetto entro il 31/12/2014
VALORE RAGGIUNTO	Il nuovo assetto è stato implementato entro il 31.12.2014 e le attività cliniche hanno avuto inizio come da programmi con riscontro da parte della Asl provinciale.
COMMENTO AL RISULTATO	La AO ha dato piena attuazione alle disposizioni Regionali, come peraltro riscontrato dagli incontri di monitoraggio avvenuti con AREU nel corso dell' ultimo trimestre 2014; Le attività sono tutte trasferite. Si è inoltre dato avvio alla ristrutturazione logistica e strutturale del SIMT per adeguamento alle norme in materia di accreditamento con previsione di ultimazione lavori al 30 maggio 2015.

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 2014 Piano SISS per l'anno 2014
INDICATORI	<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) incremento percentuale rilascio codici GASS rispetto al 2013
VALORE TARGET	<ol style="list-style-type: none"> 1) Referti ambulatoriali: 115.000 Referti Laboratorio: 180.000 Referti Radiologia: 52.000 2) Lettere di dimissioni: 13.000 3) Codici GASS: 6.500
VALORE RAGGIUNTO	<p>Dati in valore assoluto, per le percentuali si fa riferimento al commento al risultato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Referti ambulatoriali: 116.231 Referti di Laboratorio: 184.163 Referti Radiologia: 51.087 2) Lettere di dimissioni: 13.311 3) Codici GASS: 4.835
COMMENTO AL RISULTATO	<p>I valori raggiunti sono superiori o prossimi ai target fissati quale obiettivo. Per quanto riguarda i disallineamenti registrati, si evidenzia che:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Il dato "codici GASS" inferiore al target (scostamento del 25,6%) non è imputabile alla AO in quanto dipende dalla volontà del cittadino di aderire alla possibilità di accesso on line; 2) Il dato relativo ai referti di Radiologia presenta un disallineamento assai contenuto (-1,7%) ed è pertanto in sostanziale allineamento con quanto effettuato lo scorso anno.

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 2013 e 2014 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'
VALORE RAGGIUNTO	1) Risultato pari al 80% 2) Risultato pari a 75 minuti
COMMENTO AL RISULTATO	L'80% dei pazienti riceve un'angioplastica primaria prima di 90 minuti. I risultati evidenziano un buon posizionamento delle performance aziendali, in miglioramento rispetto all'anno precedente.

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%
VALORE RAGGIUNTO	Ricoveri: Presidio di Crema: 1,72% Ricoveri: Presidio di Rivolta d'Adda: 0,00% Ambulatoriale: Dato aziendale: 0,75%
COMMENTO AL RISULTATO	I valori sono ampiamente entro il limite massimo a testimoniare una buona qualità della qualità documentale e della correttezza di codifica delle prestazioni erogate. La Fonte dei dati consultata è l'Asl di Cremona.

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
VALORE RAGGIUNTO	< al 2 per mille
COMMENTO AL RISULTATO	Il consenso informato è pratica ampiamente applicata nella AO di Crema.

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: <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. Per l'A.O. di Crema essi si applicano alle seguenti Unità Operative: Cardiologia, Chirurgia Generale, Medicina Generale, Neurologia, Ortopedia, Urologia, Oncologia.																																																																																											
VALORE RAGGIUNTO	I risultati ottenuti da ciascuna U.O. aziendale valutata sono proposti nella tabella sottostante:																																																																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>UO</th> <th>OBIETTIVO</th> <th>%anno 2014</th> <th>Scala Regione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0502 - Ch.Generale</td><td>Ridurre trasferimenti fra strutture</td><td>0,27</td><td>3</td></tr> <tr><td>0504 - Urologia</td><td>Ridurre trasferimenti fra strutture</td><td>0</td><td>5</td></tr> <tr><td>0505 - Ortopedia</td><td>Ridurre trasferimenti fra strutture</td><td>0,84</td><td>1</td></tr> <tr><td>0801 - Medicina Generale</td><td>Ridurre trasferimenti fra strutture</td><td>0,3</td><td>4</td></tr> <tr><td>0802 - Cardiologia</td><td>Ridurre trasferimenti fra strutture</td><td>0,41</td><td>4</td></tr> <tr><td>0804 - Neurologia</td><td>Ridurre trasferimenti fra strutture</td><td>0,26</td><td>4</td></tr> <tr><td>0815 - Oncologia Medica</td><td>Ridurre trasferimenti fra strutture</td><td>0,86</td><td>1</td></tr> <tr><td>0502 - Ch.Generale</td><td>Ridurre ricoveri ripetuti</td><td>6,05</td><td>3</td></tr> <tr><td>0504 - Urologia</td><td>Ridurre ricoveri ripetuti</td><td>14,42</td><td>2</td></tr> <tr><td>0505 - Ortopedia</td><td>Ridurre ricoveri ripetuti</td><td>2,41</td><td>4</td></tr> <tr><td>0801 - Medicina Generale</td><td>Ridurre ricoveri ripetuti</td><td>11,82</td><td>2</td></tr> <tr><td>0802 - Cardiologia</td><td>Ridurre ricoveri ripetuti</td><td>14,32</td><td>3</td></tr> <tr><td>0804 - Neurologia</td><td>Ridurre ricoveri ripetuti</td><td>5,49</td><td>4</td></tr> <tr><td>0815 - Oncologia Medica</td><td>Ridurre ricoveri ripetuti</td><td>26,5</td><td>3</td></tr> <tr><td>0502 - Ch.Generale</td><td>Ridurre le dimissioni volontarie</td><td>0,27</td><td>3</td></tr> <tr><td>0504 - Urologia</td><td>Ridurre le dimissioni volontarie</td><td>0,63</td><td>1</td></tr> <tr><td>0505 - Ortopedia</td><td>Ridurre le dimissioni volontarie</td><td>0,72</td><td>2</td></tr> <tr><td>0801 - Medicina Generale</td><td>Ridurre le dimissioni volontarie</td><td>0,45</td><td>5</td></tr> <tr><td>0802 - Cardiologia</td><td>Ridurre le dimissioni volontarie</td><td>0,41</td><td>3</td></tr> <tr><td>0804 - Neurologia</td><td>Ridurre le dimissioni volontarie</td><td>0,53</td><td>3</td></tr> <tr><td>0815 - Oncologia Medica</td><td>Ridurre le dimissioni volontarie</td><td>0,51</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>				UO	OBIETTIVO	%anno 2014	Scala Regione	0502 - Ch.Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,27	3	0504 - Urologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0	5	0505 - Ortopedia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,84	1	0801 - Medicina Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,3	4	0802 - Cardiologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,41	4	0804 - Neurologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,26	4	0815 - Oncologia Medica	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,86	1	0502 - Ch.Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	6,05	3	0504 - Urologia	Ridurre ricoveri ripetuti	14,42	2	0505 - Ortopedia	Ridurre ricoveri ripetuti	2,41	4	0801 - Medicina Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	11,82	2	0802 - Cardiologia	Ridurre ricoveri ripetuti	14,32	3	0804 - Neurologia	Ridurre ricoveri ripetuti	5,49	4	0815 - Oncologia Medica	Ridurre ricoveri ripetuti	26,5	3	0502 - Ch.Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	0,27	3	0504 - Urologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,63	1	0505 - Ortopedia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,72	2	0801 - Medicina Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	0,45	5	0802 - Cardiologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,41	3	0804 - Neurologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,53	3	0815 - Oncologia Medica	Ridurre le dimissioni volontarie	0,51	1
UO	OBIETTIVO	%anno 2014	Scala Regione																																																																																									
0502 - Ch.Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,27	3																																																																																									
0504 - Urologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0	5																																																																																									
0505 - Ortopedia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,84	1																																																																																									
0801 - Medicina Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,3	4																																																																																									
0802 - Cardiologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,41	4																																																																																									
0804 - Neurologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,26	4																																																																																									
0815 - Oncologia Medica	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,86	1																																																																																									
0502 - Ch.Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	6,05	3																																																																																									
0504 - Urologia	Ridurre ricoveri ripetuti	14,42	2																																																																																									
0505 - Ortopedia	Ridurre ricoveri ripetuti	2,41	4																																																																																									
0801 - Medicina Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	11,82	2																																																																																									
0802 - Cardiologia	Ridurre ricoveri ripetuti	14,32	3																																																																																									
0804 - Neurologia	Ridurre ricoveri ripetuti	5,49	4																																																																																									
0815 - Oncologia Medica	Ridurre ricoveri ripetuti	26,5	3																																																																																									
0502 - Ch.Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	0,27	3																																																																																									
0504 - Urologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,63	1																																																																																									
0505 - Ortopedia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,72	2																																																																																									
0801 - Medicina Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	0,45	5																																																																																									
0802 - Cardiologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,41	3																																																																																									
0804 - Neurologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,53	3																																																																																									
0815 - Oncologia Medica	Ridurre le dimissioni volontarie	0,51	1																																																																																									

	0502 - Ch.Generale	Ridurre la mortalità	2,89	2
	0504 - Urologia	Ridurre la mortalità	0,79	2
	0505 - Ortopedia	Ridurre la mortalità	1,08	2
	0801 - Medicina Generale	Ridurre la mortalità	16,64	3
	0802 - Cardiologia	Ridurre la mortalità	1,71	3
	0804 - Neurologia	Ridurre la mortalità	10,38	1
	0815 - Oncologia Medica	Ridurre la mortalità	17,9	4
	0502 - Ch.Generale	Ridurre i rientri in S O	2,37	2
	0504 - Urologia	Ridurre i rientri in S O	1,62	2
	0505 - Ortopedia	Ridurre i rientri in S O	1,14	1
	0801 - Medicina Generale	Ridurre i rientri in S O	0	5
	0802 - Cardiologia	Ridurre i rientri in S O	0,45	5
	0804 - Neurologia	Ridurre i rientri in S O	0	5
	0815 - Oncologia Medica	Ridurre i rientri in S O	12,5	NS
COMMENTO AL RISULTATO	<p><u>Guida alla lettura dei dati presenti in tabella:</u> nelle prime due colonne sono indicate l'unità operativa aziendale e l'obiettivo oggetto di misurazione; nella terza colonna viene proposto il valore decimale corrispondente alla percentuale di casi riscontrati tra i pazienti dimessi nell'anno 2014 (ad esempio: la prima riga, corrispondente all'obiettivo "trasferimenti tra strutture" misurato per l'U.O. di Chirurgia Generale, ha evidenziato come lo 0,27% di pazienti dimessi dall'U.O. sia stato oggetto di un trasferimento ad un'altra struttura di ricovero); la quarta colonna propone il risultato ottenuto nel ranking regionale, all'interno del quale le Unità Operative sono raggruppate in 5 classi, in base al risultato da loro ottenuto: la fascia peggiore è di colore rosso e, in ordine di miglioramento, si susseguono le fasce arancio, giallo, verde chiaro e verde scuro. Ciascuna fascia contiene il 20% delle aziende complessive: pertanto, essere in fascia rossa significa appartenere a quelle Unità Operative i cui risultati sono i peggiori 20% a livello regionale; allo stesso modo, essere in fascia verde scuro significa appartenere a quelle Unità Operative i cui risultati sono i migliori 20% a livello regionale</p> <p>I risultati ottenuti dall'A.O. di Crema presentano valori percentuali particolarmente bassi (sintomo della presenza di pochi casi non in linea con l'indicatore sul totale dei pazienti dimessi).</p>			

Obiettivo: Piano di accoglienza per pazienti urgenti

DIMENSIONE	Qualità delle prestazioni erogate e organizzativa
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.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione dell'SSR per l'anno 2014 Obiettivi di mandato relativi all'anno 2014
INDICATORE	1) Adozione e prima applicazione di un Piano ospedaliero interno per il miglioramento dell'accoglienza dei pazienti urgenti (da approvarsi dalla ASL di riferimento) in cui siano definiti regole organizzative e indicatori di risultato. 2) Monitoraggio degli indicatori nel secondo semestre 2014
VALORE TARGET	1) adozione del Piano entro il 30/06/2014 2) Monitoraggio degli indicatori proposti ed approvati dall'ASL di Cremona per il periodo 01/07/2014 – 31/12/2014
VALORE RAGGIUNTO	1) Il piano è stato applicato a partire da giugno 2014; 2) Il monitoraggio del percorso, disponibile in tempo pressoché reale, evidenzia che il 34,5% di accessi al PS (numero 20.613 pazienti in termini assoluti) usufruisce di percorsi FAST TRACK e dedicati (Ortopedico).
COMMENTO AL RISULTATO	L'obiettivo è stato raggiunto mediante la predisposizione ed applicazione di un Piano di gestione dell'iper afflusso "Piano per il miglioramento della gestione dei pazienti urgenti in Pronto Soccorso in ottemperanza all'obiettivo di cui al punto 13 (alinea 3,5,6 pag.4) e 3 (alinea 1.1 pag. 9) All. 2 della D.G.R. N. X/1796 DELL'8/05/2014, approvato dalla ASL Cremona in data 18/12/2014 con comunicazione prot. n. 61652/14 del 19/12/2014. Gli accessi sono gestiti mediante percorsi di FAST TRACK per le patologie minori, e per alcune specialità (Ostetricia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Urologia, Oculistica) e presenza h12 dell' Ortopedico in PS. In tal modo le risorse del PS sono prevalentemente orientate alle urgenze. Sono inoltre stati predisposti protocolli di gestione del paziente con codice minore in continuità con il servizio di day service ospedaliero e con i servizi territoriali; Il monitoraggio del percorso, disponibile in tempo pressoché reale, evidenzia che il 34,5% di accessi al PS (numero 20.613 pazienti in termini assoluti) usufruisce di percorsi FAST TRACK e dedicati (Ortopedico).

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 Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL - AO 2013 BPE 2013
INDICATORE	Tasso di occupazione delle strutture sub acuti
VALORE TARGET	>90%
VALORE RAGGIUNTO	Tasso di occupazione relativo all'anno 2014 pari a: 92%
COMMENTO AL RISULTATO	Il risultato ottenuto dall'A.O. di Crema è conforme all'obiettivo

Obiettivo: riduzione delle prestazioni per interni del 5-10% rispetto all'anno 2013

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																											
INDICATORE	N.prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati / n. ricoveri 2014 ≤ N.prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati / n. ricoveri 2013																											
VALORE TARGET	Dato 2014 = 90-95% dato 2013																											
VALORE RAGGIUNTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Calcolo indicatori</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>Delta</th> <th>Delta %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">AO CREMA</td> <td>Quantità</td> <td>699.832</td> <td>635.228</td> <td>- 64.604</td> <td>-9,23%</td> </tr> <tr> <td>Dimessi</td> <td>17.180</td> <td>16.501</td> <td>- 679</td> <td>-3,95%</td> </tr> <tr> <td>Indicatore</td> <td>40,74</td> <td>38,50</td> <td>- 2,24</td> <td>-5,50%</td> </tr> </tbody> </table>						Calcolo indicatori		2013	2014	Delta	Delta %	AO CREMA	Quantità	699.832	635.228	- 64.604	-9,23%	Dimessi	17.180	16.501	- 679	-3,95%	Indicatore	40,74	38,50	- 2,24	-5,50%
Calcolo indicatori		2013	2014	Delta	Delta %																							
AO CREMA	Quantità	699.832	635.228	- 64.604	-9,23%																							
	Dimessi	17.180	16.501	- 679	-3,95%																							
	Indicatore	40,74	38,50	- 2,24	-5,50%																							
COMMENTO AL RISULTATO	<p>L' obiettivo è stato oggetto di pianificazione e declinazione nel budget delle UU.OO.; le valutazioni finali di fine anno consentono di evidenziare un più che buon livello di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di Laboratorio ed a livello aziendale si riscontra una complessiva riduzione delle prestazioni richieste per pazienti "interni" con una contrazione pari al 5,50%, livello difficilmente ulteriormente comprimibile.</p> <p>Tale valore è stato ottenuto attraverso un importante contenimento delle prestazioni per interni richieste (pari al -9,23%) e, tenendo conto della riduzione del numero di pazienti in carico rispetto all'anno 2013, ha comportato una riduzione percentuale dell'indicatore prestazioni/paziente del 5,5%.</p>																											

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 (per cento) (escludere cartelle in attesa di accertamento istologico)
VALORE TARGET	> 95%
VALORE RAGGIUNTO	98%
COMMENTO AL RISULTATO	Le cartelle cliniche sono sempre rilasciate entro i tempi massimi stabiliti dalle norme (30gg dalla richiesta). Le cartelle cliniche chiuse e disponibili all'archivio clinico sono rilasciate entro tempi ancora più contenuti. Le cartelle richiedono un tempo tecnico di chiusura dopo la dimissione del paziente.

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

DIMENSIONE	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza																				
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, 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.																				
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di mandato dei Direttori Generali per l'anno 2014																				
INDICATORE	Valore aziendale 2014 / valore aziendale 2013																				
VALORE TARGET	≥ 1, sia per l'area medica che infermieristica, nell'area di ricovero ed ambulatoriale																				
VALORE RAGGIUNTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AMBULATORIALE</th> <th>Medico</th> <th>Infermieristico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Azienda 2013</td> <td>6,03</td> <td>6,18</td> </tr> <tr> <td>Azienda 2014</td> <td>6,13</td> <td>6,26</td> </tr> <tr> <th>RICOVERO</th> <th>Medico</th> <th>Infermieristico</th> </tr> <tr> <td>Azienda 2013</td> <td>6,45</td> <td>6,55</td> </tr> <tr> <td>Azienda 2014</td> <td>6,41</td> <td>6,49</td> </tr> </tbody> </table>			AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico	Azienda 2013	6,03	6,18	Azienda 2014	6,13	6,26	RICOVERO	Medico	Infermieristico	Azienda 2013	6,45	6,55	Azienda 2014	6,41	6,49
AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico																			
Azienda 2013	6,03	6,18																			
Azienda 2014	6,13	6,26																			
RICOVERO	Medico	Infermieristico																			
Azienda 2013	6,45	6,55																			
Azienda 2014	6,41	6,49																			
COMMENTO AL RISULTATO	<p>La situazione aziendale mostra valori in sostanziale allineamento con i dati utilizzati come obiettivo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AMBULATORIALE</th> <th>Medico</th> <th>Infermieristico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>scostamento</td> <td>0,10</td> <td>0,08</td> </tr> <tr> <td>delta %</td> <td>1,66%</td> <td>1,29%</td> </tr> <tr> <th>RICOVERO</th> <th>Medico</th> <th>Infermieristico</th> </tr> <tr> <td>scostamento</td> <td>-0,04</td> <td>-0,06</td> </tr> <tr> <td>delta %</td> <td>-0,62%</td> <td>-0,92%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Per l'area del ricovero si riscontra una lieve riduzione dei valori ottenuti che tuttavia a livello percentuale è inferiore all'unità e, in concreto, è in sostanziale allineamento con i valori 2013. L'area ambulatoriale presenta valori in lieve incremento, migliorando quanto ottenuto l'anno precedente. Nel complesso, è interessante valutare come le medie voto ottenute (calcolate su una scala che va da 1 a 7) sono sempre superiori al valore 6, evidenziando quindi una situazione complessiva assolutamente positiva.</p>			AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico	scostamento	0,10	0,08	delta %	1,66%	1,29%	RICOVERO	Medico	Infermieristico	scostamento	-0,04	-0,06	delta %	-0,62%	-0,92%
AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico																			
scostamento	0,10	0,08																			
delta %	1,66%	1,29%																			
RICOVERO	Medico	Infermieristico																			
scostamento	-0,04	-0,06																			
delta %	-0,62%	-0,92%																			

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 degli staff aziendali																																																																													
INDICATORE	Tempo mediano di attesa per fasce orarie																																																																													
VALORE TARGET	Tempo mediano < 30' per il 90% dei cittadini Valore ottenuto nell'anno 2013: 81,73% dei cittadini																																																																													
VALORE RAGGIUNTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mattino</th> <th>7-8</th> <th>8-9</th> <th>9-10</th> <th>10-11</th> <th>11-12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>numero pazienti Tot.</td> <td>49.653</td> <td>105.297</td> <td>85.586</td> <td>78.471</td> <td>60.684</td> </tr> <tr> <td>numero pazienti < 31'</td> <td>41.403</td> <td>93.260</td> <td>75.432</td> <td>69.496</td> <td>52.870</td> </tr> <tr> <td>% pazienti < 31'</td> <td>83,4%</td> <td>88,6%</td> <td>88,1%</td> <td>88,6%</td> <td>87,1%</td> </tr> <tr> <th>Pomeriggio</th> <th>12-13</th> <th>13-14</th> <th>14-15</th> <th>15-16</th> <th>16-17</th> </tr> <tr> <td>numero pazienti Tot.</td> <td>44.939</td> <td>50.760</td> <td>64.718</td> <td>56.329</td> <td>30.069</td> </tr> <tr> <td>numero pazienti < 31'</td> <td>40.500</td> <td>48.504</td> <td>60.708</td> <td>50.099</td> <td>27.813</td> </tr> <tr> <td>% pazienti < 31'</td> <td>90,1%</td> <td>95,6%</td> <td>93,8%</td> <td>88,9%</td> <td>99,5%</td> </tr> <tr> <th colspan="2">Valori totali</th> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>numero pazienti Tot.</td> <td>626.506</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>numero pazienti < 31'</td> <td>560.085</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>% pazienti < 31'</td> <td>89,4%</td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>						Mattino	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	numero pazienti Tot.	49.653	105.297	85.586	78.471	60.684	numero pazienti < 31'	41.403	93.260	75.432	69.496	52.870	% pazienti < 31'	83,4%	88,6%	88,1%	88,6%	87,1%	Pomeriggio	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	numero pazienti Tot.	44.939	50.760	64.718	56.329	30.069	numero pazienti < 31'	40.500	48.504	60.708	50.099	27.813	% pazienti < 31'	90,1%	95,6%	93,8%	88,9%	99,5%	Valori totali						numero pazienti Tot.	626.506					numero pazienti < 31'	560.085					% pazienti < 31'	89,4%				
Mattino	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12																																																																									
numero pazienti Tot.	49.653	105.297	85.586	78.471	60.684																																																																									
numero pazienti < 31'	41.403	93.260	75.432	69.496	52.870																																																																									
% pazienti < 31'	83,4%	88,6%	88,1%	88,6%	87,1%																																																																									
Pomeriggio	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17																																																																									
numero pazienti Tot.	44.939	50.760	64.718	56.329	30.069																																																																									
numero pazienti < 31'	40.500	48.504	60.708	50.099	27.813																																																																									
% pazienti < 31'	90,1%	95,6%	93,8%	88,9%	99,5%																																																																									
Valori totali																																																																														
numero pazienti Tot.	626.506																																																																													
numero pazienti < 31'	560.085																																																																													
% pazienti < 31'	89,4%																																																																													
COMMENTO AL RISULTATO	<p>L'obiettivo stabilito (il rispetto del tempo standard, fissato in 30 minuti) è stato garantito in percentuali variabili fra l'83% ed il 99% nell'arco della giornata. Il valore obiettivo pari a 90% è stato sostanzialmente raggiunto: nel complesso, l'89,4% dei pazienti ha avuto un tempo di attesa inferiore a 31 minuti. Il dato inoltre risulta essere in miglioramento rispetto all'anno precedente, anno nel quale la percentuale si era attestata attorno al valore di 81,73%</p> <p>Una motivazione nel parziale raggiungimento di un obiettivo così sfidante è da ricercarsi nella politica di "Total Quality" adottata dall'A.O.: in ogni sportello infatti l'utente può sia prenotare, sia pagare la prestazione e ciò inevitabilmente ha allungato i tempi medi di attesa, soprattutto nelle fasce orarie mattutine, tradizionalmente più frequentate. Il servizio reso tuttavia risulta essere maggiormente completo e viene incontro alle molteplici necessità dell'utenza.</p> <p>Il campione di dati è relativo a tutto l'anno 2014, nei giorni di apertura del CUP da lunedì a venerdì.</p>																																																																													

Obiettivo: Adempimenti Piano Trasparenza

DIMENSIONE	Accessibilità dell'azienda
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>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.</p> <p>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".</p> <p>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 un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>Legge 6 novembre 2012, n. 190</p> <p>D. LGS. 14 marzo 2013, N. 33</p> <p>Delibera Civit n. 50/2013</p> <p>Circolare n.2/2013 Dipartimento della Funzione Pubblica – Attuazione della Trasparenza</p> <p>Delibera aziendale n.211 del 11 luglio 2013</p>
INDICATORE	Documenti effettivamente pubblicati entro il 31/12/2014 / totale dei documenti da pubblicare entro il 31/12/2014
VALORE TARGET	100%
VALORE RAGGIUNTO	Adempimenti raggiunti al 70,35%
COMMENTO AL RISULTATO	<p>L'Azienda Ospedaliera con delibera n 24 del 30 gennaio 2014, ha aggiornato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n.33/2013, integrandolo nel Piano triennale di prevenzione della corruzione.</p> <p>Dal mese di luglio 2013 è stata implementata sul sito internet www.hcrema.it la sezione "Amministrazione Trasparente" articolata nelle sotto sezioni di cui all'Allegato A del D.Lgs. n. 33/2013.</p> <p>Per quanto riguarda gli aspetti di criticità riscontrati rispetto ai singoli obblighi di pubblicazione si evidenzia che:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le informazioni relative ad ogni singola procedura di gara da pubblicare nel Liv 2 Bandi di Gara e Contratti non sono aggiornate tempestivamente in quanto è pubblicata esclusivamente la Tabella riassuntiva con informazioni sui contratti relative all'anno 2013, ex Art. 3, Delib. AVCP n.26/2013. Al fine di rimediare alla suddetta carenza è stato incaricato il responsabile del Sistema Informativo Aziendale di verificare se sul mercato sono disponibili applicazioni che possono consentire la pubblicazione di tali informazioni tempestivamente senza gravare sulle UU.OO. preposte alla pubblicazione del dato. 2) Sono in fase di predisposizione da parte dell'U.O. Personale le informazioni sui Dirigenti SSN - (da pubblicare in tabelle) relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in

	<p>enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/ 2013.</p> <p>3) per quanto riguarda la pubblicazione degli elenchi dei provvedimenti dei procedimenti adottati dal Direttore Generale e dai Dirigenti è presente il collegamento all'Albo Pretorio non ritenuto sufficiente dall'ANAC in quanto consente di visualizzare unicamente i provvedimenti in pubblicazione per 15 gg. Al tal fine il Responsabile SIA chiederà a CSAMED di rendere visibile sull'albo Pretorio anche i provvedimenti archiviati dopo la pubblicazione .</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------