



REGIONE LOMBARDIA  
AZIENDA OSPEDALIERA  
"OSPEDALE MAGGIORE"  
DI CREMA

# Relazione alla Performance dell'anno 2013



---

# INDICE

## INTRODUZIONE

Struttura e finalità della Relazione alla Performance	Pag. <b>1</b>
Sintesi dei risultati ottenuti	Pag. <b>2</b>

## LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2013

Area 1: Mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di lungo periodo	Pag. <b>4</b>
Area 2: Attuazione della programmazione-progetti	Pag. <b>8</b>
Area 3: Qualità dell'assistenza prestata	Pag. <b>13</b>
Area 4: Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate	Pag. <b>17</b>
Area 5: Accountability e soddisfazione dell'utenza	Pag. <b>19</b>

---

---

## 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 2013 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. La finalità principale di questo elaborato risiede pertanto nel garantire una ampia trasparenza dell'attività dell'Azienda Ospedaliera verso la propria utenza e le altre pubbliche amministrazioni, 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 2012.

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 2013 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. La progettazione e la stesura di questo documento (e, a suo tempo, del Piano della Performance) ha richiesto la collaborazione della componente sanitaria e di quella amministrativa; nondimeno, durante tutte le fasi del Ciclo della Performance, l'Azienda Ospedaliera si è costantemente avvalsa del costante supporto del proprio Nucleo di Valutazione che, attraverso spunti metodologici e suggerimenti operativi, ha sia collaborato alla redazione dei documenti, sia operato opportuni controlli su quanto prodotto al fine di verificarne la completezza e la comprensibilità dei contenuti per un'utenza potenzialmente molto ampia.

### **Sintesi dei risultati ottenuti**

Volendo fornire una breve sintesi dei risultati ottenuti e dei contenuti che compongono l'elaborato di seguito proposto si ritiene opportuno concentrare in prima battuta l'attenzione sui dati di attività i quali mostrano come, pur nella difficoltà di dover far fronte a richieste regionali incrementalmente nel trimestre finale dell'anno rispetto a quelle stabilite in sede di programmazione, i livelli di produzione sono stati assolutamente in linea o in lievissimo scostamento con i dati di produzione massimi autorizzati. Ciò, è avvenuto nel rispetto dei limiti di spesa autorizzati per acquisti di beni e servizi, necessari alla produzione e per costo del personale, dimostrazione della forte attenzione di tutta l'Azienda all'equilibrio economico finanziario, anche peraltro attraverso l'incremento alla partecipazione a gare di acquisto aggregate con percentuali maggiori rispetto a quanto stabilito come obiettivo. Dal punto di vista del perseguimento delle progettualità in corso, i risultati raggiunti dimostrano come esse siano state presidiate in modo costante: il corso di laurea infermieristica, ad esempio, presenta dati che ne dimostrano la costante crescita nel tempo, mentre per quanto attiene alle opere edilizie di adeguamento strutturale ed impiantistico è stata interamente portata a termine la quota di competenza dell'anno 2013 che ha permesso l'ammodernamento 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 nell'ampio raggio di servizi incrementalmente forniti ai propri cittadini: nell'anno 2013 infatti sono stati inaugurati 20 letti di cure sub-acute presso il presidio di Soresina, utili per migliorare l'appropriatezza dei regimi di cura dei pazienti dell'azienda, avvicinandosi alle necessità epidemiologiche della popolazione di riferimento, che si

---

sono aggiunti ai posti letto in precedenza attivati presso il presidio di Soncino. 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) ed il forte incremento del rilascio dei codici personali per l'accesso alla visualizzazione online dei propri documenti sanitari sono dati di grande valenza in termini di miglioramento delle possibilità di contatto tra i cittadini e la struttura sanitaria. 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 inoltre 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 2013 risultano essere in linea con quelli dell'anno 2012, con lievi incrementi percentuali nell'area dei ricoveri e incrementi più marcati nell'area delle prestazioni ambulatoriali. 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. Nella relazione trovano tuttavia spazio anche obiettivi caratterizzati da parziale criticità nei risultati raggiunti, da ricercarsi prevalentemente nel valore ottenuto dall'indice di accessibilità presso il CUP aziendale, in leggero disallineamento rispetto al dato target (non per inefficienza, ma a causa della molteplicità di servizi offerti agli sportelli) e dalla percentuale di pagamento dei ticket ambulatoriali e di Pronto Soccorso, che risulta in lieve flessione rispetto al dato ottenuto rispetto all'anno precedente, assunto come valore target (benché l'azienda si attesti alle prime posizioni, a livello regionale, in questa particolare statistica).

Pertanto, alla luce di quanto complessivamente sintetizzato, è certamente possibile affermare come il 2013 sia da ritenersi un anno positivo per l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema; ciò sarà di stimolo per un anno 2014 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 2014, esplicitazione dei meccanismi di programmazione annuale aziendale, mantenere continuità con quanto implementato per l'anno 2013, 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, eventualmente sostituendo gli indicatori relativi a progettualità già completamente raggiunte in favore di nuovi ambiti operativi. Questa continuità, peraltro auspicata da tutti i documenti normativi che riguardano il 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 e in continuo aggiornamento e servizi no core altrettanto moderni, confortevoli e disponibili.

## LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2013

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

#### Obiettivo: Raggiungimento del valore di produzione concordato

<b>DIMENSIONE</b>	Economicità - equità di accesso alle cure																							
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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																							
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL-A.O. BPE 2013 Decreto di assegnazione in corso d'anno (9725/2013)																							
<b>INDICATORE</b>	Produzione effettiva / produzione finanziabile																							
<b>VALORE TARGET</b>	<p>Il valore obiettivo dell'indicatore deve essere <math>\geq 1</math></p> <p>Le aree interessate sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ricoveri</li> <li>2) Ambulatoriale</li> <li>3) Neuropsichiatria Infantile</li> <li>4) Psichiatria</li> </ol> <p>Il valore = 1 rappresenta il perfetto allineamento fra la produzione autorizzata e quella effettuata.</p>																							
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%;">Produzione Attesa da Decreto</th> <th style="width: 20%;">Produzione Effettiva</th> <th style="width: 30%;">Indicatore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ricoveri</td> <td>52.935</td> <td>54.697</td> <td>1.03</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriale</td> <td>25.263</td> <td>24.793</td> <td>0,98</td> </tr> <tr> <td>Neuropsichiatria</td> <td>1.116</td> <td>1.117</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria</td> <td>2.697</td> <td>3.010</td> <td>1,12</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dati espressi in migliaia di Euro</p>					Produzione Attesa da Decreto	Produzione Effettiva	Indicatore	Ricoveri	52.935	54.697	1.03	Ambulatoriale	25.263	24.793	0,98	Neuropsichiatria	1.116	1.117	1	Psichiatria	2.697	3.010	1,12
	Produzione Attesa da Decreto	Produzione Effettiva	Indicatore																					
Ricoveri	52.935	54.697	1.03																					
Ambulatoriale	25.263	24.793	0,98																					
Neuropsichiatria	1.116	1.117	1																					
Psichiatria	2.697	3.010	1,12																					
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>L'azienda mostra una produzione sostanzialmente allineata a quanto autorizzato da decreto, per ogni linea di attività; lo scostamento relativo all'attività ambulatoriale è da ricercarsi in un incremento della produzione introdotto da parte di Regione Lombardia (in funzione dell'applicazione della regressione tariffaria – indicazione presentata tramite decreto 9725 nel mese di ottobre, subito obiettato dall'A.O. considerato il breve periodo utile per l'adeguamento dell'offerta produttiva). Come negli anni precedenti, permane una sovrapproduzione di attività di ricovero e di cure psichiatriche rispetto a quanto contrattato mentre la produzione di Neuropsichiatria risulta essere in forte incremento rispetto al dato 2012 (884.000€) e in complessivo allineamento con quanto richiesto a contratto.</p> <p>In tale contesto è interessante inserire anche la produzione domiciliare delle Cure Palliative pari a 665.000€, e la produzione di cure per pazienti in regime sub-acuto, pari a 2.983.000 €</p>																							

---

**Obiettivo: Incremento delle gare centralizzate**

<b>DIMENSIONE</b>	Efficacia interna
<b>OBIETTIVO</b>	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)
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi Di Mandato Bilancio Preventivo Economico 2013
<b>INDICATORE</b>	Gare aggregate 2013 / Gare aggregate 2012
<b>VALORE TARGET</b>	> 1,1
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	Il valore raggiunto è pari a <b>1,52</b> : esso pertanto è superiore rispetto al valore target
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	Lo scorso anno sono state espletate n° 25 gare aggregate, (dato confermato ufficialmente dalla Regione quale base per il calcolo del 10% con nota mail in data 10/9/2013). L'incremento del 10% determina in 28 il numero delle procedure da espletare in aggregazione. Al 31 dicembre 2013 le gare aggregate indette sono state 38 con un incremento del 52%

## Obiettivo: Mantenimento del livello di costi assegnati

<b>DIMENSIONE</b>	Efficienza Gestionale ed economicità																						
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>Mantenere il livello dei costi assegnato significa aver prodotto prestazioni sanitarie nel limite dei vincoli di costo assegnati da Regione Lombardia. E' quindi un indicatore di efficienza e di sostenibilità economica di lungo periodo.</p> <p>Come per l'anno 2012, anche nell'anno 2013 Regione Lombardia ha mantenuto, oltre al pareggio di bilancio, l'obbligo per le aziende sanitarie di rispettare anche dei limiti macro categorie di costo ("Personale", "Irap", "Beni e Servizi" e, per derivata, "Altri costi"). 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>																						
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	PSSR 2010-2014 Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL-A.O. BPE 2013 Decreto di assegnazione in corso d'anno (9725/2013)																						
<b>INDICATORE</b>	Costi di gestione effettivi / Costi di gestione previsti a bilancio																						
<b>VALORE TARGET</b>	<p>Valore obiettivo dell'indicatore inferiore a 1</p> <p>Le categorie di costo interessate sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Personale e Irap</li> <li>2) Beni e Servizi</li> </ol> <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>																						
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	<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;">63.680</td> <td style="text-align: center;">63.680</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Irap</td> <td style="text-align: center;">4.246</td> <td style="text-align: center;">4.246</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>1) Personale+Irap</td> <td style="text-align: center;">67.926</td> <td style="text-align: center;">67.926</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>2) Beni e Servizi</td> <td style="text-align: center;">53.297</td> <td style="text-align: center;">53.297</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	63.680	63.680	1	Irap	4.246	4.246	1	1) Personale+Irap	67.926	67.926	1	2) Beni e Servizi	53.297	53.297	1
	Tetto di costo	Costo effettivo	Indicatore																				
Personale	63.680	63.680	1																				
Irap	4.246	4.246	1																				
1) Personale+Irap	67.926	67.926	1																				
2) Beni e Servizi	53.297	53.297	1																				
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>Si riscontra un <b>perfetto allineamento</b> per entrambi gli indicatori monitorati.</p> <p>1) Personale &amp; IRAP: i dati rendicontati sono relativi al IV° conto economico trimestrale 2013. Essi dovranno essere aggiornati con i valori a consuntivo in funzione dell'effettivo pagamento delle Risorse Aggiuntive Regionali. L'indicatore tuttavia non dovrebbe subire modifiche in quanto il minor costo relativo alle RAR comporterà un'automatica riduzione del relativo contributo da Regione che a sua volta determinerà una riduzione del vincolo di costo regionale.</p> <p>2) I dati I dati rendicontati sono relativi al IV° conto economico trimestrale 2013.</p>																						

## Obiettivo: Riduzione del delta tra ticket dovuti e ticket pagati

<b>DIMENSIONE</b>	Efficacia organizzativa, sostenibilità di lungo periodo																				
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.																				
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole 2012 e circolare applicativa BPE 2013																				
<b>INDICATORE</b>	Ticket riscossi / ticket dovuti																				
<b>VALORE TARGET</b>	> 95,02% (dato relativo all'anno 2012)																				
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	<p>Il dettaglio dei risultati ottenuti è riportato nella tabella sottostante:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Percentuale ticket pagati</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>Variazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriale</td> <td>97,45%</td> <td>95,14%</td> <td>-2,31%</td> </tr> <tr> <td>Pronto Soccorso</td> <td>55,51%</td> <td>51,84%</td> <td>-3,67%</td> </tr> <tr> <td>Complessivo</td> <td>95,02%</td> <td>92,81%</td> <td>-2,21%</td> </tr> </tbody> </table>	Percentuale ticket pagati					2012	2013	Variazione	Ambulatoriale	97,45%	95,14%	-2,31%	Pronto Soccorso	55,51%	51,84%	-3,67%	Complessivo	95,02%	92,81%	-2,21%
Percentuale ticket pagati																					
	2012	2013	Variazione																		
Ambulatoriale	97,45%	95,14%	-2,31%																		
Pronto Soccorso	55,51%	51,84%	-3,67%																		
Complessivo	95,02%	92,81%	-2,21%																		
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>L'obiettivo non è da considerarsi completamente raggiunto, in quanto si registra un calo dello 0,5% rispetto al dato dell'anno 2012, valore che è stato considerato il valore obiettivo. Dalla tabella soprastante emerge come il disallineamento rispetto all'anno precedente, pur lieve, provenga sia dall'attività erogata presso il Pronto Soccorso (-3,67%), sia dall'attività erogata a livello ambulatoriale (-2,31%).</p> <p>Nel corso del 2013 l'azienda ha attivato in tutto il presidio di Crema per le prestazioni soggette a prenotazione un percorso di accesso alle prestazioni condizionato alla verifica tramite totem del pagamento. La messa a regime di tale sistema dovrebbe garantire nell'anno 2014 la riduzione del trend manifestatosi nel 2013.</p> <p>L'azienda in collaborazione con la software house del sistema di prenotazione e accettazione, e con le Poste Italiane sta concludendo l'iter per l'avvio del percorso di recupero crediti, percorso che una volta attivo dovrebbe ridurre sicuramente ex post ma anche ex ante il rapporto fra ticket non pagati e ticket dovuti.</p> <p>Per contro, è opportuno sottolineare come l'A.O. di Crema appartenga al novero delle aziende con il più alto valore di codici bianchi in dimissione (come da Linee Guida regionali, con i conseguenti problemi di riscossione presenti in ogni A.O.) e, peraltro, anche tra le aziende regionali con la maggior percentuale di incassi da Pronto Soccorso.</p>																				

## Area 2: Attuazione della programmazione-progetti

**Obiettivo: Investimenti effettuati = investimenti previsti**

<b>DIMENSIONE</b>	Efficacia organizzativa interna																													
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>E' stato declinato un obiettivo relativo al rispetto del piano investimenti come indicato nel BPE 2013. 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.</p> <p>Finalità dell'obiettivo: si punta a rispettare sia come tempistica di realizzazione che come corrispettivo economico stimato quanto esplicitato nel BPE 2013 e/o nelle autorizzazioni regionali; le uniche variazioni dovranno essere tempestivamente richieste, motivate e autorizzate la Regione Lombardia.</p>																													
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<p>Obiettivi Di Mandato            Bilancio Preventivo Economico 2013            Piano triennale dei Lavori e delle Opere Pubbliche            DGR 821/2013            DGR 388/2013            Circolare H1.2013.0029691</p>																													
<b>INDICATORE</b>	Investimenti effettivamente realizzati / investimenti previsti e autorizzati																													
<b>VALORE TARGET</b>	= 1 (per quanto di competenza, da crono programma, per l'anno 2013)																													
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">FONTE FINANZIAMENTO - €</th> <th>AUTORIZZATI 2013</th> <th>SPESI AL 31/12/2013</th> <th>% utilizzo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1)</td> <td>BPE 2013</td> <td style="text-align: right;">1.000.000</td> <td style="text-align: right;">779.775</td> <td style="text-align: right;">77,98%</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>DGR 821/2013 - EXTRA FINANZIAMENTO EX AUTOINVESTIMENTO</td> <td style="text-align: right;">112.500</td> <td style="text-align: right;">111.940</td> <td style="text-align: right;">99,50%</td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>EXTRA FINANZIAMENTO PER PROVENTI STRAORDINARI AZIENDALI</td> <td style="text-align: right;">578.561</td> <td style="text-align: right;">268.574</td> <td style="text-align: right;">46,42%</td> </tr> <tr> <td>4)</td> <td>FINANZIAMENTO ALTE TECNOLOGIE (nota prot. 1780 del 30/01/2013 e DGR 388 del 12/07/2013)</td> <td style="text-align: right;">1.972.300</td> <td style="text-align: right;">280.600</td> <td style="text-align: right;">14,23%</td> </tr> </tbody> </table>					FONTE FINANZIAMENTO - €		AUTORIZZATI 2013	SPESI AL 31/12/2013	% utilizzo	1)	BPE 2013	1.000.000	779.775	77,98%	2)	DGR 821/2013 - EXTRA FINANZIAMENTO EX AUTOINVESTIMENTO	112.500	111.940	99,50%	3)	EXTRA FINANZIAMENTO PER PROVENTI STRAORDINARI AZIENDALI	578.561	268.574	46,42%	4)	FINANZIAMENTO ALTE TECNOLOGIE (nota prot. 1780 del 30/01/2013 e DGR 388 del 12/07/2013)	1.972.300	280.600	14,23%
FONTE FINANZIAMENTO - €		AUTORIZZATI 2013	SPESI AL 31/12/2013	% utilizzo																										
1)	BPE 2013	1.000.000	779.775	77,98%																										
2)	DGR 821/2013 - EXTRA FINANZIAMENTO EX AUTOINVESTIMENTO	112.500	111.940	99,50%																										
3)	EXTRA FINANZIAMENTO PER PROVENTI STRAORDINARI AZIENDALI	578.561	268.574	46,42%																										
4)	FINANZIAMENTO ALTE TECNOLOGIE (nota prot. 1780 del 30/01/2013 e DGR 388 del 12/07/2013)	1.972.300	280.600	14,23%																										
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>1) 220.000 € correlati al progetto della "Manica C" non autorizzato nel 2013 da Regione (lo sarà nel 2014) da accantonare al fine di poter acquisire arredi e attrezzature una volta approvato il progetto della "Manica C". Al netto di tale dinamica, esterna all'A.O., la % di utilizzo sarebbe stata del 99,98%;</p> <p>2) Nonostante la DGR sia del 25/10/2013 l'azienda è riuscita a pianificare le acquisizioni utilizzando di fatto tutte le risorse entro il 31/12/2013;</p>																													

- 
- |  |   |
|--|---|
|  | <p>3) Autorizzazione all'utilizzo pervenuta in data 25/10/2013. Finanziamento previsto in parte per il rifacimento del tetto della struttura ospitante il CPS con indizione di gara entro il 31/12/2013, ma impossibilità di esecuzione dei lavori nel periodo invernale con conseguente spostamento delle disponibilità al 2014. Al netto della dinamica invernale, la percentuale di utilizzo sarebbe stata del 83,68%; stante quanto previsto dal D. Lgs 118 in relazione al divieto di autofinanziamento in via preventiva l'azienda, in attesa di contributi regionali 2014 per investimenti, ha deciso di destinare la quota restante al finanziamento delle prime attrezzature fuori uso del 2014. Non si tratta di efficacia organizzativa interna, ma di una presa d'atto delle condizioni esterne e di una pianificazione pluriennale delle disponibilità in funzione dei fabbisogni effettivi alla luce delle crescenti e costanti necessità di sostituzione dei fuori uso;</p> <p>4) Pianificazione aziendale inviata in regione in gennaio e approvata con DGR 4860 del 13/02/2013: angiografo ed ecocardiografo per laboratorio di Emodinamica, telecomandato digitale diretto e acquisto di n. 2 mammografi per reparti di entrambi i Presidi di Crema e Rivolta d'Adda. L'autorizzazione regionale all'acquisizione delle attrezzature tuttavia è pervenuta solo in data 12/07/2013 (DGR 388) a convenzione CONSIP per il cardioangiografo conclusa con impossibilità di aderirvi nel 2013. Le restanti attrezzature, pianificate per tempo, stante i vincoli temporali connessi alle procedure di gara e le indicazioni di procedere in aggregata con altre aziende o tramite CRA e/o consorzi, non sono state acquisite entro il 31/12/2013, ma calendarizzate nel 2014. Di fatto l'azienda nel gennaio 2013 aveva presentato una scala di priorità delle necessità coerente con un piano di acquisizione al 100% entro il 31/12/2013, ma le condizioni esterne hanno consentito un tempestivo utilizzo solo nella misura del 14,23%. Le acquisizioni sono state ultimate nel 2014.</p> |
|--|---|

L'azienda dal BPE 2013 ha pianificato ed aggiornato trimestralmente i propri investimenti, confidando in autorizzazioni tempestive e mirate ai fabbisogni dichiarati; in funzione del contesto di riferimento si è comunque riusciti a sostituire i fuori uso dichiarati nel 2013 e a pianificare investimenti importanti alcuni di questi conclusi nel 2013, altri impostati e portati a conclusione nel 2014, comunque con un completo utilizzo nel breve-medio periodo delle risorse assegnate.

---

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

<b>DIMENSIONE</b>	Rispetto della tempistica ed efficienza della progettualità
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Circolare applicativa alle regole 2013
<b>INDICATORE</b>	Presidio di Crema: SAL effettivo / SAL previsto (SAL = Stato Avanzamento Lavori) Nuovo Polo Sanitario Soresina: conclusione, collaudo e attivazione struttura
<b>VALORE TARGET</b>	Presidio di Crema = 90% N.P.S. Soresina = attivazione servizi e collaudo definitivo Entro 31/12/2013
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	<b>Presidio di Crema:</b> valore raggiunto pari a 90,62% <b>Nuovo Polo Sanitario di Soresina:</b> obiettivo rispettato all'interno delle tempistiche prefissate
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<b>Presidio di Crema:</b> Approvato con deliberazione n. 20 del 23/01/2014 il 17° SAL lavori a tutto il 31/12/2013 per € 10.698.669,59 IVA compresa pari al 90,62% (indicatore SAL 90%) della somma degli importi contrattuali di € 11.805.559,29 IVA compresa relativi al I° e II° lotto e opere complementari. <b>Nuovo Polo Sanitario di Soresina:</b> è stato concluso il collaudo definitivo delle opere - Delibera n. 380 del 30/12/2013 – e la struttura è stata attivata in sperimentazione gestionale ed è perfettamente funzionante.

---

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

<b>DIMENSIONE</b>	Efficacia del progetto
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	L'AO di Crema ha dato avvio, dall'anno accademico 2012-2013 ad un corso di laurea per discipline infermieristiche, con evidenti vantaggi a livello di assistenza in reparto e di possibilità di studio per i ragazzi del territorio. Si tratta di un progetto fortemente voluto dalla Direzione Aziendale, che ha comportato la necessità di rispettare gli investimenti economici preventivati e di organizzare il corso di laurea dal punto di vista logistico-strutturale.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	BPE 2013 Indicazioni provenienti dalla Direzione del Corso di Laurea
<b>INDICATORE</b>	1) Numero di richieste pervenute $\geq$ Numero di posti disponibili per l'anno 2013/2014 2) Numero di immatricolazioni attese pari ad almeno il 50% delle iscrizioni al primo anno di corso
<b>VALORE TARGET</b>	1) $\geq$ 25 iscritti 2) Almeno 10-11 iscritti al secondo anno
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	Dati: 60 richieste di sede come 1° scelta N° 25 posti resi disponibili e autorizzati da UNIMI per il 1° anno  1) n° 60 domande per Crema (come prima scelta)/25 posti disponibili 2) n° 29 studenti assegnati di cui 28 regolarmente frequentanti/ 25 posti disponibili 3) accoglienza di n° 1 studente per la frequenza a due corsi integrati singoli 4) n° 13 studenti frequentati il 2° anno di corso (n° 12 ammessi dal 1 anno + n° 1 trasferimento dalla sede del Policlinico)
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	Gli indicatori proposti sono stati tutti pienamente soddisfatti, al punto che sono state accolte richieste di frequenza superiori alle disponibilità inizialmente messe a disposizione, tale opportunità si è resa possibile (nel pieno rispetto della normativa relativa al rapporto tra dimensione strutturale della sede e n° di studenti frequentanti) al fine di soddisfare il maggior numero possibile di richieste di studenti residenti nel territorio cremasco. Per ciò che concerne il funzionamento della didattica, sia in termini contenutistici che organizzativi, non sono state rilevate/effettuate segnalazioni di disfunzioni né da parte degli studenti né dal Corso di Laurea Il corso di formazione necessario per espletare il ruolo di assistente di tirocinio è stato frequentato da 81 infermieri dell'AO "Ospedale Maggiore" di Crema distribuiti nelle 10 strutture complesse che ospitano gli studenti per il tirocinio clinico.

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

<b>DIMENSIONE</b>	Efficacia del progetto
<b>DESCRIZIONE</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	BPE 2012 Piano SISS per l'anno 2013
<b>INDICATORI</b>	1) Referti (lab,rad,idd,PS,visite,) inviati al FSE / totale referti 2) Prescrizioni (con codice elettronico)/ totale prescrizioni 3) lettere di dimissioni inviate al FSE / totale lettere di dimissioni 4) incremento percentuale rilascio codici GASS rispetto al 2012
<b>VALORE TARGET</b>	1) Referti ambulatoriali: 80% 2) Prescrizioni: 70% 3) Lettere di dimissioni: 90% 4) Codici GASS: incremento da un valore di 638 ad un valore di 5.000
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	Dati in valore assoluto, per le percentuali si fa riferimento al commento al risultato: 1) Referti ambulatoriali: 115.000 2) Prescrizioni: 89.500 3) Lettere di dimissioni: 12.807 4) Referti Radiologia: 52.000 5) Referti di Laboratorio: 177.800 6) Verbali di P Soccorso: 53.000 7) Codici GASS: 6.480
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	Nell'anno 2013 Regione Lombardia ha fissato obiettivi quantitativi per dare evidenza della numerosità dei referti a disposizione del cittadino. I risultati sono ottimali e l'obiettivo è stato sempre ampiamente superato. Il risultato appare significativo se si considerano anche i valori percentuali di seguito riportati che rappresentano la percentuale di documenti resi disponibili al cittadino sul totale dei documenti redatti dagli specialisti: Verbali di PS: 93% Lettere di dimissione: 89% Referti Laboratorio: 98% Referti Radiologia: 81%

---

### Area 3: Qualità dell'assistenza prestata

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

<b>DIMENSIONE</b>	Efficacia organizzativa
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole 2012 e 2013 Circolare applicativa alle regole per l'anno 2012
<b>INDICATORE</b>	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
<b>VALORE TARGET</b>	1) >75% 2) < 90'
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	1) Risultato pari al 73% 2) Risultato pari a 72 minuti
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	Circa il 75% dei pazienti riceve un'angioplastica primaria prima di 90 minuti. Negli altri casi spesso le condizioni del paziente richiedono interventi di stabilizzazione. Il tempo mediano è buono: evidenzia che la maggior parte dei pazienti ottiene la procedura entro tempi significativamente più bassi dello standard. Alla luce dei risultati ottenuti il raggiungimento dell'obiettivo è da ritenersi positivo.

---

**Obiettivo: Completezza della documentazione della cartella clinica**

<b>DIMENSIONE</b>	Qualità della documentazione clinica
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	PSSR 2010-2014 DGR regole 2012 Manuale JCI DGR 9014/2008
<b>INDICATORE</b>	Valore delle cartelle cliniche non corrette/valore totale del campione percento
<b>VALORE TARGET</b>	Valore percentuale < 5%
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	Ricoveri: 1,78% Ambulatoriale: 0,68% BIC-MAC: 1,2%
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	La percentuale di attività contestata è particolarmente contenuta e di gran lunga inferiore al target previsto. Alla luce dei risultati ottenuti, il raggiungimento dell'obiettivo è da considerarsi molto positivo

---

**Obiettivo: Presenza del consenso informato nel 98% dei casi**

<b>DIMENSIONE</b>	Qualità dei processi ed organizzativa
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	PSSR 2010-2014 Manuale JCI
<b>INDICATORE</b>	Numero di cartelle complete di consenso/totale cartelle esaminate (percento) Esclusione: cartelle non pertinenti)
<b>VALORE TARGET</b>	98% delle cartelle e delle schede esaminate dai NOC
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	>98% dei casi
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>L'attenzione in merito alla processo di acquisizione del consenso informato è molto alta. L'A.O. pone molta attenzione ed importanza affinché il risultato del processo attraverso una esaustiva comunicazione dei professionisti conduca ad una piena e consapevole comprensione delle cure da parte del cittadino.</p> <p>Si è consapevoli peraltro che anche un solo caso di assenza di consenso informato rappresenti per l'A.O. una situazione critica e sia considerato quasi come un evento sentinella. Alla luce dei risultati ottenuti, il raggiungimento dell'obiettivo è da considerarsi molto positivo</p>

---

**Obiettivo: Analisi degli indicatori di efficacia ex post**

<b>DIMENSIONE</b>	Qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole 2012 e 2013 DGR 351/2010 Contratto AO-ASL
<b>INDICATORE</b>	Gli indicatori regionali oggetto di monitoraggio sono riferiti alle seguenti aree: 1) Dimissioni volontarie 2) Trasferimenti fra strutture 3) Ricoveri ripetuti 4) Rientri in sala operatoria 5) Mortalità totale
<b>VALORE TARGET</b>	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.
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	1. Dimissioni volontarie: risultati stabili; numeri scarsi e poco significativi; 2. Trasferimenti fra strutture: risultati stabili; numeri scarsi e poco significativi 3. Ricoveri ripetuti: risultati in miglioramento in cinque reparti su sei 4. Rientri in sala operatoria: risultati stabili 5. Mortalità totale: in miglioramento in Medicina , Neurologia e Ortopedia
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	Con le riserve già espresse nella sezione "valore target" in merito alla significatività degli indicatori, i risultati sono sostanzialmente stabili o in miglioramento. Tutte le UU.OO. in collaborazione con la Direzione Medica hanno svolto approfondite analisi della casistica evidenziando puntualmente aspetti organizzativi e clinici che hanno in parte avuto riflessi positivi sui risultati.

---

## Area 4: miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate

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

<b>DIMENSIONE</b>	Utilizzo efficiente delle strutture inserite nel percorso di dimissione protetta
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	PSSR 2010-2014 Obiettivi di Mandato DGR regole 2013 Contratto ASL - AO 2013 BPE 2013
<b>INDICATORE</b>	Tasso di occupazione delle strutture sub acuti
<b>VALORE TARGET</b>	>90%
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	Tasso di occupazione relativo all'anno 2013 pari a: 95%
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	Risultato ampiamente positivo

---

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

<b>DIMENSIONE</b>	Appropriatezza delle prestazioni erogate Omogeneità delle prestazioni erogate sul territorio regionale
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	L'incremento dei codici bianchi è volto ad assicurare una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di emergenza-urgenza.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole 2013
<b>INDICATORE</b>	Codici bianchi alla dimissione /codici bianchi+verdi alla dimissione Calcolare il rapporto tra il valore per l'anno 2013 ed il valore per l'anno 2012
<b>VALORE TARGET</b>	≥ 1,1
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	Risultato ottenuto pari a: 1,3
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	Raggiunto 28.000 accessi/anno su 59.000 sono classificati come codice bianco, prestazioni potenzialmente erogabili in strutture attrezzate ma non necessariamente appartenenti alla rete di emergenza urgenza. La corretta attribuzione del livello di gravità degli accessi al Pronto Soccorso evidenzia il reale peso della casistica sulla struttura di emergenza urgenza, consente di occuparsi prioritariamente della casistica più grave e consente di identificare le risorse appropriate al livello di intervento.

---

## Area 5: accountability e soddisfazione dell'utenza

### Obiettivo: Tempi di attesa per il ritiro della documentazione clinica

<b>DIMENSIONE</b>	Efficacia organizzativa
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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).
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Legge Bassanini (30gg dalla richiesta)
<b>INDICATORE</b>	Cartelle rilasciate entro 7 giorni / totale cartelle rilasciate (per cento) (escludere cartelle in attesa di accertamento istologico)
<b>VALORE TARGET</b>	> 95%
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	98%
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	La consegna della documentazione clinica avviene secondo gli standard previsti

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

<b>DIMENSIONE</b>	Accessibilità e soddisfazione dell'utenza																				
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	In funzione delle specifiche rilevazioni effettuate, ove riconducibili a soggetti di rilevazione chiaramente identificabili, si è proceduto ad assegnare obiettivi di mantenimento/miglioramento della miglior performance ottenuta nell'anno precedente, utilizzato come riferimento. Gli item presi in considerazione sono esclusivamente quelli relativi alla cura/assistenza fornita dal personale.																				
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole 2012																				
<b>INDICATORE</b>	Valore aziendale 2013 / valore aziendale 2012																				
<b>VALORE TARGET</b>	≥ 1, sia per l'area medica che infermieristica, nell'area di ricovero ed ambulatoriale																				
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>AMBULATORIALE</b></th> <th><b>Medico</b></th> <th><b>Infermieristico</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Azienda 2012</td> <td>5,45</td> <td>5,79</td> </tr> <tr> <td>Azienda 2013</td> <td>6,03</td> <td>6,18</td> </tr> <tr> <th><b>RICOVERO</b></th> <th><b>Medico</b></th> <th><b>Infermieristico</b></th> </tr> <tr> <td>Azienda 2012</td> <td>6,42</td> <td>6,36</td> </tr> <tr> <td>Azienda 2013</td> <td>6,45</td> <td>6,55</td> </tr> </tbody> </table>			<b>AMBULATORIALE</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>	Azienda 2012	5,45	5,79	Azienda 2013	6,03	6,18	<b>RICOVERO</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>	Azienda 2012	6,42	6,36	Azienda 2013	6,45	6,55
<b>AMBULATORIALE</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>																			
Azienda 2012	5,45	5,79																			
Azienda 2013	6,03	6,18																			
<b>RICOVERO</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>																			
Azienda 2012	6,42	6,36																			
Azienda 2013	6,45	6,55																			
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>La situazione aziendale mostra dati in miglioramento rispetto ai valori utilizzati come obiettivo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><b>AMBULATORIALE</b></th> <th><b>Medico</b></th> <th><b>Infermieristico</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>scostamento</td> <td>0,58</td> <td>0,39</td> </tr> <tr> <td>delta %</td> <td>10,63%</td> <td>6,76%</td> </tr> <tr> <th><b>RICOVERO</b></th> <th><b>Medico</b></th> <th><b>Infermieristico</b></th> </tr> <tr> <td>scostamento</td> <td>0,03</td> <td>0,19</td> </tr> <tr> <td>delta %</td> <td>0,47%</td> <td>2,99%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Per entrambe le aree oggetto di rilevazione si riscontrano valori in miglioramento rispetto al dato dell'anno precedente, con percentuali di incremento maggiori nell'area ambulatoriale.</p>			<b>AMBULATORIALE</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>	scostamento	0,58	0,39	delta %	10,63%	6,76%	<b>RICOVERO</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>	scostamento	0,03	0,19	delta %	0,47%	2,99%
<b>AMBULATORIALE</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>																			
scostamento	0,58	0,39																			
delta %	10,63%	6,76%																			
<b>RICOVERO</b>	<b>Medico</b>	<b>Infermieristico</b>																			
scostamento	0,03	0,19																			
delta %	0,47%	2,99%																			

## Obiettivo: Indice di Accessibilità presso il CUP aziendale

<b>DIMENSIONE</b>	Soddisfazione dell'utenza																																																																													
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	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)																																																																													
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali																																																																													
<b>INDICATORE</b>	Tempo mediano di attesa per fasce orarie																																																																													
<b>VALORE TARGET</b>	Tempo mediano < 30' per il 90% dei cittadini																																																																													
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Mattino</b></th> <th><b>7-8</b></th> <th><b>8-9</b></th> <th><b>9-10</b></th> <th><b>10-11</b></th> <th><b>11-12</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>numero pazienti Tot.</td> <td>21.726</td> <td>46.708</td> <td>37.306</td> <td>34.390</td> <td>25.652</td> </tr> <tr> <td>numero pazienti &lt; 31'</td> <td>15.722</td> <td>36.680</td> <td>28.920</td> <td>27.096</td> <td>21.194</td> </tr> <tr> <td>% pazienti &lt; 31'</td> <td>72,36%</td> <td>78,53%</td> <td>77,52%</td> <td>78,79%</td> <td>82,62%</td> </tr> <tr> <th><b>Pomeriggio</b></th> <th><b>12-13</b></th> <th><b>13-14</b></th> <th><b>14-15</b></th> <th><b>15-16</b></th> <th><b>16-17</b></th> </tr> <tr> <td>numero pazienti Tot.</td> <td>18.727</td> <td>20.538</td> <td>26.871</td> <td>23.617</td> <td>12.181</td> </tr> <tr> <td>numero pazienti &lt; 31'</td> <td>16.932</td> <td>19.478</td> <td>23.834</td> <td>18.119</td> <td>10.820</td> </tr> <tr> <td>% pazienti &lt; 31'</td> <td>90,41%</td> <td>94,84%</td> <td>88,70%</td> <td>76,72%</td> <td>88,83%</td> </tr> <tr> <th colspan="2"><b>Valori totali</b></th> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>numero pazienti Tot.</td> <td>267.716</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>numero pazienti &lt; 31'</td> <td>218.795</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>% pazienti &lt; 31'</td> <td><b>81,73%</b></td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>						<b>Mattino</b>	<b>7-8</b>	<b>8-9</b>	<b>9-10</b>	<b>10-11</b>	<b>11-12</b>	numero pazienti Tot.	21.726	46.708	37.306	34.390	25.652	numero pazienti < 31'	15.722	36.680	28.920	27.096	21.194	% pazienti < 31'	72,36%	78,53%	77,52%	78,79%	82,62%	<b>Pomeriggio</b>	<b>12-13</b>	<b>13-14</b>	<b>14-15</b>	<b>15-16</b>	<b>16-17</b>	numero pazienti Tot.	18.727	20.538	26.871	23.617	12.181	numero pazienti < 31'	16.932	19.478	23.834	18.119	10.820	% pazienti < 31'	90,41%	94,84%	88,70%	76,72%	88,83%	<b>Valori totali</b>						numero pazienti Tot.	267.716					numero pazienti < 31'	218.795					% pazienti < 31'	<b>81,73%</b>				
<b>Mattino</b>	<b>7-8</b>	<b>8-9</b>	<b>9-10</b>	<b>10-11</b>	<b>11-12</b>																																																																									
numero pazienti Tot.	21.726	46.708	37.306	34.390	25.652																																																																									
numero pazienti < 31'	15.722	36.680	28.920	27.096	21.194																																																																									
% pazienti < 31'	72,36%	78,53%	77,52%	78,79%	82,62%																																																																									
<b>Pomeriggio</b>	<b>12-13</b>	<b>13-14</b>	<b>14-15</b>	<b>15-16</b>	<b>16-17</b>																																																																									
numero pazienti Tot.	18.727	20.538	26.871	23.617	12.181																																																																									
numero pazienti < 31'	16.932	19.478	23.834	18.119	10.820																																																																									
% pazienti < 31'	90,41%	94,84%	88,70%	76,72%	88,83%																																																																									
<b>Valori totali</b>																																																																														
numero pazienti Tot.	267.716																																																																													
numero pazienti < 31'	218.795																																																																													
% pazienti < 31'	<b>81,73%</b>																																																																													
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>L'obiettivo stabilito (il rispetto del tempo standard, fissato in 30 minuti) è stato garantito in percentuali variabili fra il 72% ed il 95% nell'arco della giornata. Il valore obiettivo pari a 90% non è stato raggiunto: nel complesso, l'81,73% dei pazienti ha avuto un tempo di attesa inferiore a 31 minuti.</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 le più frequentate. Il servizio reso tuttavia risulta essere maggiormente completo e viene incontro alle molteplici necessità dell'utenza.</p> <p>L'obiettivo per l'anno 2014 consisterà pertanto nel monitorare nuovamente il dato nel tentativo di raggiungere una percentuale complessiva superiore al valore registrato nell'anno appena trascorso. Il campione di dati è relativo a tutto l'anno 2013, nei giorni di apertura del CUP da lunedì a venerdì.</p>																																																																													

---

**Obiettivo: Adempimenti Piano Trasparenza**

<b>DIMENSIONE</b>	Accessibilità dell'azienda
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<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 <a href="http://www.hcrema.it">www.hcrema.it</a> 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>
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<p>Legge 6 novembre 2012, n. 190 D. LGS. 14 marzo 2013, N. 33 Delibera Civit n. 50/2013 Circolare n.2/2013 Dipartimento della Funzione Pubblica – Attuazione della Trasparenza Delibera aziendale n.211 del 11 luglio 2013</p>
<b>INDICATORE</b>	<p>Documenti effettivamente pubblicati entro il 30/09/2013 / totale dei documenti da pubblicare entro il 30/09/2013</p> <p>Documenti effettivamente pubblicati entro il 31/12/2013 / totale dei documenti da pubblicare entro il 31/12/2013</p>
<b>VALORE TARGET</b>	100%
<b>VALORE RAGGIUNTO</b>	100% - Adempimenti completamente raggiunti
<b>COMMENTO AL RISULTATO</b>	<p>L'Azienda Ospedaliera con delibera n. 211 del 11 luglio 2013, ha adottato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità previsto dall'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013, integrandolo nel Piano triennale (2013-2015) di prevenzione della corruzione.</p> <p>Dal mese di luglio 2013 è stata implementata sul sito internet <a href="http://www.hcrema.it">www.hcrema.it</a> la sezione "Amministrazione Trasparente" articolata nelle sotto sezioni di cui all'Allegato A del D. Lgs. n. 33/2013.</p> <p>Per quanto riguarda l'assolvimento degli obblighi specifici di pubblicazione al 30 settembre 2013 previsti dalla Delibera CIVIT n. 71/2013, il Responsabile della Trasparenza aziendale ha verificato e il Nucleo di Valutazione della Performance ha certificato la pubblicazione degli stessi nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Web dell'A.O. Ospedale Maggiore di Crema, nel rispetto dei requisiti previsti. In particolare i dati si presentano aggiornati, completi e pubblicati in formato aperto ( pdf).</p> <p>Per quanto riguarda l'assolvimento degli obblighi al 31 dicembre 2013 sono stati</p>

---

	<p>pubblicati, nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa, buona parte dei dati e documenti elencati nel “Prospetto Documenti, Informazioni, dati pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente”, Allegato 3 al PTPC .</p> <p>In merito si rileva che esistono delle criticità nella tempestività della pubblicazione dei documenti a causa del problema ancora irrisolto della gestione del sito internet aziendale; inoltre l’Azienda nell’adempimento degli innumerevoli obblighi di pubblicazione sta procedendo con gradualità, stante le difficoltà incontrate nell’adeguarsi a nuovi principi e istituti introdotti dalle norme sulla trasparenza. In particolare, si fa notare che la pubblicazione degli elenchi dei provvedimenti adottati <i>“nella forma di una scheda sintetica prodotta automaticamente in sede di formazione del documento che contiene l’atto”</i>, comporta -oltre ad una revisione organizzativa- l’introduzione di un sistema di gestione informatizzato dei procedimenti amministrativi con significativi costi di investimento di difficile reperimento allo stato attuale stante le limitate risorse disponibili prioritariamente orientate ad altre finalità (attrezzature medico scientifiche e interventi messa norma impiantistica ed edile).</p> <p>Alla luce del notevole sforzo profuso da tutti i responsabili coinvolti nella pubblicazione su Amministrazione Trasparente, è possibile considerare raggiunto l’obiettivo.</p>
--	--

---

**L'ideazione e la redazione del presente elaborato è coordinata dal Controllo di Gestione, su mandato della Direzione, attraverso i contributi degli staff alla direzione dell'A.O. di Crema e con la supervisione metodologica del Nucleo di Valutazione aziendale.**