

Relazione alla Performance dell'anno 2015



INDICE DEI CONTENUTI

INTRODUZIONE

Struttura e finalità della Relazione alla Performance	Pag. 1
Sintesi dei risultati ottenuti nell'anno 2015	Pag. 3

RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2015

Area 1: Mantenimento dell'equilibrio economico e sostenibilità di lungo periodo	Pag. 9
Area 2: Attuazione della programmazione-progetti	Pag. 16
Area 3: Qualità dell'assistenza prestata	Pag. 20
Area 4: Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate	Pag. 25
Area 5: Accountability e soddisfazione dell'utenza	Pag. 27

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 nel mese di gennaio 2015 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 2015 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 2014.

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 2015 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. In tal senso, al fine di garantire al lettore la maggior comprensione di quanto proposto, il commento è stato redatto sia da operatori del campo sanitario, sia amministrativo: in particolare, il Controllo di Gestione ha curato il commento per gli obiettivi di natura economica e legata all'utilizzo delle risorse aziendali, mentre la Direzione Medica di Presidio ha curato il commento degli obiettivi di natura sanitaria, assistenziale e qualitativo-organizzativa.

Gli indicatori sono stati calcolati utilizzando sempre il dato più aggiornato a disposizione, a volte anche ricorrendo alla correzione di lievi disallineamenti rispetto a quanto originariamente inserito negli indicatori del Piano della Performance, al solo fine di utilizzare dati effettivamente disponibili ed aggiornati, assicurando tempestività e completezza al documento elaborato.

Sintesi generale dei risultati ottenuti nel corso dell'anno 2015

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 2015, 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	2014				2015					
	Effettiva	Riconosciuta	Delta	%	Effettiva	Riconosciuta	Delta	%	Delta Produzione Effettiva	Delta Produzione Riconosciuta
				Riconosciuta				Riconosciuta		
Produzione ambulatoriale	26.411.132	24.923.076	-1.488.056	94%	26.653.497	25.529.182	-1.124.315	96%	242.365	606.106
Screening	197.952	186.692	-11.260	94%	178.538	170.981	-7.557	96%	-19.414	-15.711
NPI	926.713	858.582	-68.131	93%	882.427	857.313	-25.114	97%	-44.286	-1.269
NPI progetti	260.000	260.000	0	100%	260.000	260.000	0	100%	0	0
Psichiatria	3.070.645	2.416.284	-654.361	79%	2.990.089	2.406.531	-583.558	80%	-80.556	-9.753
Psichiatria progetti	315.000	315.000	0	100%	315.000	315.000	0	100%	0	0
Ricoveri	55.227.066	53.514.393	-1.712.673	97%	55.680.592	54.182.430	-1.498.162	97%	453.526	668.037
Ricoveri ex funzioni	492.700	492.700	0	100%	0	0	0	0%	-492.700	-492.700
Sub Acuti	1.365.090	1.206.234	-158.856	88%	2.178.110	1.222.417	-955.693	56%	813.020	16.183
NRS	477.310	477.310	0	100%	680.319	674.121	-6.198	99%	203.009	196.811
File F	3.891.898	3.735.201	-156.697	96%	4.415.052	4.155.826	-259.226	94%	523.154	420.625
File F HCV	0	0	0	-	2.081.170	2.081.170	0	100%	2.081.170	2.081.170
Doppio Canale e Primo Ciclo	2.101.370	2.101.370	0	100%	1.995.058	1.995.058	0	100%	-106.312	-106.312
TOTALE	94.736.876	90.486.842	-4.250.034	96%	98.309.853	93.850.030	-4.459.822	95%	3.572.977	3.363.188
TOTALE al netto dei sub acuti	93.371.786	89.280.608	-4.091.178	96%	96.131.743	92.627.613	-3.504.129	96%	2.759.957	3.347.005
TOTALE al netto dei sub acuti e dell'HCV	93.371.786	89.280.608	-4.091.178	96%	94.050.573	90.546.443	-3.504.13	96%	678.787	1.265.835

Dalla lettura dei dati proposti nella tabella soprastante è possibile sintetizzare le seguenti considerazioni, richiamando anche quanto contenuto all'interno della relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio Consuntivo 2015:

- Un livello di produzione effettiva in termini assoluti superiore al 2014, indice dell'aumento dell'offerta sanitaria in pressoché tutte le aree produttive erogate dall'azienda: si rileva una crescita nelle attività "tradizionali" (attività di ricovero +450.000€, attività ambulatoriale +220.000€), nell'area delle cure subacute, nelle "nuove reti sanitarie" (in particolare, cure palliative domiciliari) e nella farmaceutica in regime di file F-HCV. Risultano essere invece in lieve calo (ma, in termini relativi, in sostanziale allineamento con l'anno precedente) le aree relative allo screening ed all'area psichiatrica e neuropsichiatrica.
- Un livello in termini % di produzione riconosciuta superiore al 2014. 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 riscontrato un forte incremento di attività in regime di ricovero per lo più nella seconda parte dell'anno nell'area delle Unità Operative di natura medica e grazie alla forte espansione dell'attività dell'U.O. di Cardiologia nel secondo semestre dell'anno. Per quanto attiene all'attività ambulatoriale si segnala un diffuso incremento di produzione, per lo più relativo alle Unità Operative di natura diagnostica (Radiologia e Laboratorio Analisi) e grazie al crescente impatto delle attività erogate in regime BIC e MAC;
 - ✓ Un deciso incremento delle nuove reti sanitarie: l'A.O. di Crema ha segnalato come la produzione effettiva sia pari a circa 670 €/000, in incremento rispetto alla produzione registrata nel 2015 e pari a 571 €/000 (peraltro poi riconosciuta in modo inferiore con un possibile abbattimento di circa 197 €/00). La genesi dell'incremento è da ricercarsi nel maggior impatto che il servizio riscontra sul territorio e nel miglioramento dei percorsi di presa in carico elaborati a livello aziendale.

Per quanto attiene all'appropriatezza delle prestazioni ed al miglioramento degli accessi dei cittadini ai servizi, in sinergia ed in correlazione con le azioni strategiche in tema di revisione organizzativa, strutturale e tecnologica sono proseguite anche quest'anno le azioni orientate all'appropriatezza di erogazione delle prestazioni ed all'appropriatezza d'uso dei setting assistenziali. L'Azienda sta applicando le ulteriori indicazioni previste dalle regole di sistema:

- ✓ attuazione del Progetto del PRESIDIO OSPEDALIERO TERRITORIALE (POT) presso la struttura di Soresina, approvato da Regione Lombardia: il POT è stato operativo dal mese di febbraio, con la adesione di numerosi MMG (circa 30) con i quali sono state iniziate concrete iniziative di collaborazione;
- ✓ l'Area della Macroattività Ambulatoriale ad Alta Complessità Assistenziale (MAC) è una realtà organizzativa rilevante: si registra un incremento rispetto al 2014 del 9% della valorizzazione (in valore assoluto +181000 euro) e +14% di accessi;
- ✓ l'Area della Chirurgia a Bassa Complessità (BIC) è ben consolidata e si attesta sui valori del 2014;
- ✓ per quanto attiene ai ricoveri di "DRG ad elevato rischio di inappropriatezza" (allegato 3 Sub allegato A della DGR 1185/2013) la A.O. eroga prioritariamente in DAY SURGERY le procedure ivi previste, anche se il paziente pernotta per una notte, essendo la notte considerata quale periodo di osservazione. Alcuni casi residuali sono eseguiti in ricovero ordinario (con almeno due notti di degenza); trattasi di casi selezionati e particolarmente documentati in cartella clinica; La AO ha raggiunto un livello di appropriatezza difficilmente ulteriormente migliorabile.
- ✓ Controlli NOC e in autovalutazione: è stato redatto il Piano dei Controlli 2015 aggiornato e rivisto sulla base dei risultati dei controlli dell'anno 2014, delle nuove Regole di Sistema e del Piano dei Controlli redatto dalla Asl, inviato alla ASL ed approvato dalla stessa entro i termini stabiliti; l'AO ha eseguito gli autocontrolli previsti delle quote di cartelle cliniche previste;
- ✓ Azioni organizzative scaturite dalla analisi costante dei risultati degli Indicatori di Ricovero e

di performance del sistema di valutazione regionale: prosegue la costante analisi dei risultati pubblicati sul Portale di Governo ed il conseguente confronto con le UUOO interessate; sono impostate e realizzate coerenti azioni.

- ✓ RISTRUTTURAZIONI: avviati i lavori del BLOCCO NASCITA, attrezzato con area dedicata alle attività di Pronto Soccorso ostetrico e ginecologico, nuove sale di monitoraggio, nuove sale Travaglio-Parto e una nuova sala operatoria dedicata alle emergenze ostetriche. Questi interventi si aggiungono al necessario adeguamento sotto il profilo delle normative di sicurezza antincendio ed impiantistica. Il Progetto esecutivo è stato approvato con Decreto 8727 del 23.9.2014; previsione di completamento per settembre 2016;
- ✓ E' stata completata la ristrutturazione/adeguamento del Servizio Immunotrasfusionale (SIMT) nel pieno rispetto dei tempi calendarizzati; il SIMT oggi risponde pienamente ai requisiti strutturali ed organizzativi stabiliti dalle norme nazionali e regionali a recepimento di standard europei come attestato dalla verifica ASL del 17.11.2015;
- ✓ E' pienamente operativa la nuova Sala Angiografica di Interventistica radiologica e vascolare e, con notevole sforzo organizzativo, è stata attivata la reperibilità h 24 medica;
- ✓ In tema di gestione del sovraffollamento delle strutture dell'emergenza ed urgenza e dell'ospedale la AO ha redatto il Piano di Gestione del Sovraffollamento e all'invio alla ASL in data 25/03/2015 protocollo 5423, e nella versione definitiva del 23/7/2015 dopo approfondimento con Asl e AREU.

Con riferimento al sistema di Qualità e sicurezza delle cure (Risk Management) si ritiene opportuno specificare che il sistema Qualità e sicurezza è sinergicamente integrato nelle decisioni strategiche aziendali che tengono conto delle indicazioni derivanti da Regione sulla base degli indicatori di Performance, di Patologia e del Piano Nazionale Esiti. I livelli dirigenziali dell'organizzazione sono costantemente informati ed orientati all'utilizzo degli indicatori sopra citati per orientare la attività dei propri servizi ed UO. Si descrivono in dettaglio le principali azioni svolte nel 2015 e rendicontate, per quanto attiene alla componente rischio, nella Relazione Annuale dei Risk Management:

1. E' stato predisposto il Piano di Miglioramento Integrato dell'organizzazione con la definizione e raccolta degli indicatori indicati da Regione Lombardia ed a seguito della esecuzione dei Riesami della direzione da parte delle UU.OO.;
2. le azioni sono avviate sempre nell'ottica di un incisivo governo del sistema al fine di ridurre il rischio privilegiando l'attuazione di azioni preventive oltre che reattive. L'attività è svolta nel contesto del Sistema di Gestione Aziendale per la Qualità. E' costante il feedback fra la direzione strategica e gli organismi deputati alla gestione.
3. consolidata prosecuzione dell'attività di valutazione dei sinistri mediante la gestione da parte del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) in particolare di quei sinistri posti sotto soglia SIR;
4. analisi dell'andamento dei sinistri risultante dal Report 9° Edizione. Sono attuate iniziative volte a completare la piena applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali, il completamento di messa in sicurezza del percorso nascita e il miglioramento della attività nel Pronto Soccorso. Sono pure in atto e costantemente presidiate iniziative per la prevenzione e gestione delle sepsi severe e dello shock settico puntualmente tenute sotto

controllo dal Comitato per la Prevenzione delle Infezioni;

5. applicazione della check list di autovalutazione regionale con due rilevazioni semestrali (gennaio-luglio). I risultati della autovalutazione hanno costituito un fondamentale elemento in ingresso per la predisposizione del PIMO;
6. attuazione dei PDTA delle Reti di Patologia: i risultati disponibili sul Portale Regionale sono periodicamente valutati ed inviati alle UUOO per la costante applicazione; i risultati 2015 evidenziano un sostanziale allineamento agli standard, pur evidenziando specifiche aree di miglioramento.
7. monitoraggio costante degli indicatori di performance del sistema di valutazione regionale, impostando le necessarie azioni nelle aree più deboli. Le UUOO sulla base delle analisi eseguite nel corso del 2014 hanno avviato alcune azioni coerenti che si sono protratte nel 2015;
8. potenziamento del Cruscotto aziendale da parte del Sistema di Gestione per la Qualità, con la Direzione Medica, che consente di disporre di indicatori di governo ai vari livelli dell'organizzazione necessari per predisporre il PIMO;
9. il presidio dei risultati delle segnalazioni spontanee, unitamente alle altre fonti informative (richieste di risarcimento danni, reazioni avverse a farmaci, reclami e segnalazioni dell'utenza, report delle survey interne, report periodici dei controlli sulla documentazione sanitaria eseguiti sia dal NIC che dal NOC), concorre alla predisposizione del Piano Qualità e Sicurezza aziendale.

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 2015 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. 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 ed in questo senso i positivi risultati raggiunti dall'azienda dimostrano l'impegno profuso nel perseguimento di tale 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 2015 risultano essere sostanzialmente in linea con quelli dell'anno 2014, con la presenza di andamenti variabili tra anno ed anno (incrementi percentuali nell'area dei ricoveri ed una assai lieve riduzione dei dati dell'area ambulatoriale, rispetto al 2014) che nella sostanza non modificano l'andamento medio complessivo dell'azienda. In aggiunta a ciò, il valore ottenuto dall'indice di accessibilità presso il CUP aziendale, di fatto allineato al valore target prefissato, evidenzia un sostanziale allineamento con quanto registrato a livello aziendale nell'anno 2014. 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, benché non rappresentato attraverso uno specifico obiettivo riportato nella presente relazione.

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 2015 sia da ritenersi un anno positivo per l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema, in continuità con gli altrettanto positivi risultati conseguiti nell'anno 2014; ciò sarà di stimolo per un anno 2016 in continuità di impegno e di risultati conseguiti, nel costante perseguimento degli interessi della collettività e nel rispetto delle indicazioni istituzionali volti all'applicazione della legge Regionale di Riforma del Sistema Sanitario Regionale che, verosimilmente, caratterizzerà l'attività degli Enti Sanitari coinvolti in maniera assai importante.

E' quindi volontà dell'Azienda per quanto attiene alla redazione del Piano della Performance 2016, proseguire nel solco della continuità e dell'integrazione delle fonti documentali aziendali, peraltro auspicata da tutti gli atti normativi riferiti al tema della performance e delle progettualità aziendali, cercando di costruire un documento valido su un orizzonte temporale pluriennale (triennio) e in grado di assorbire anche le esigenze dei nuovi settori in arrivo dalle ormai ex ASL che comporranno il perimetro delle nuove aziende sanitarie a partire dal 01/01/2016.

LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2015

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

Obiettivo: Raggiungimento del valore di produzione concordato

DIMENSIONE	Economicità - equità di accesso alle cure																											
DESCRIZIONE E FINALITA'	Raggiungere il valore di produzione concordato a contratto significa erogare, in valore economico, tutte le prestazioni finanziate da Regione Lombardia per il territorio di riferimento. Per perseguire questo obiettivo, in fase di contrattazione di budget sono stati definiti i livelli economici di attività ambulatoriale e di ricovero attesi da ciascuna Unità Operativa aziendale																											
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 Contratto stipulato tra ASL di Cremona ed A.O. di Crema BPE 2015																											
INDICATORE	Produzione effettiva / produzione finanziabile																											
VALORE TARGET	Il valore obiettivo dell'indicatore deve essere ≥ 1 Le aree interessate ed i rispettivi valori (come da BPE 2015, espressi in migliaia) sono: 1) Ricoveri - 53.767 2) Ambulatoriale - 25.102 (compresa attività di screening) 3) Neuropsichiatria Infantile - 1.114 4) Psichiatria - 2.713 5) Attività di cura in regime sub-acuto - 1.207 Il valore = 1 rappresenta pertanto il perfetto allineamento fra la produzione autorizzata e quella effettuata.																											
VALORE RAGGIUNTO	<table><tr><td></td><td>Produzione Attesa da Decreto</td><td>Produzione Effettiva</td><td>Indicatore</td></tr><tr><td>Ricoveri</td><td>54.182</td><td>56.296</td><td>104%</td></tr><tr><td>Ambulatoriale</td><td>25.709</td><td>26.832</td><td>104%</td></tr><tr><td>Neuropsichiatria</td><td>1.117</td><td>1.117</td><td>100%</td></tr><tr><td>Psichiatria</td><td>2.721</td><td>3.310</td><td>122%</td></tr><tr><td>Cure sub-acute</td><td>1.207</td><td>1.222</td><td>101%</td></tr></table> Dati espressi in migliaia di Euro					Produzione Attesa da Decreto	Produzione Effettiva	Indicatore	Ricoveri	54.182	56.296	104%	Ambulatoriale	25.709	26.832	104%	Neuropsichiatria	1.117	1.117	100%	Psichiatria	2.721	3.310	122%	Cure sub-acute	1.207	1.222	101%
	Produzione Attesa da Decreto	Produzione Effettiva	Indicatore																									
Ricoveri	54.182	56.296	104%																									
Ambulatoriale	25.709	26.832	104%																									
Neuropsichiatria	1.117	1.117	100%																									
Psichiatria	2.721	3.310	122%																									
Cure sub-acute	1.207	1.222	101%																									
COMMENTO AL RISULTATO	I dati sopra riportati mostrano come la valorizzazione economica della produzione effettiva dell'ASST 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'ASST di Crema. Un'ulteriore nota a supporto di quanto detto emerge dall'analisi dell'attività ambulatoriale, tipicamente oggetto dei maggiori abbattimenti: 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.																											

Obiettivo: Incremento delle gare centralizzate

DIMENSIONE	Efficacia interna
OBIETTIVO	Incremento del 10% del numero di gare aggregate pubblicate a livello consortile al 31/12/2015 rispetto al 31/12/2014 (come capofila o affiliato)
DESCRIZIONE E FINALITA'	Partecipare a gare di acquisto centralizzate significa avere maggiori opportunità di conseguire risparmi sull'acquisto di beni e servizi rispetto a quanto operato singolarmente da ciascuna azienda.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 Bilancio Preventivo Economico 2015
INDICATORE	Valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate + 10% del valore 2014
VALORE TARGET	> 1,1
VALORE RAGGIUNTO	• La percentuale conseguita nell'anno 2015 (56%) è superiore al corrispondente valore conseguito nell'anno 2014 (54%) • Il valore conseguito rispecchia il criterio di raggiungimento assegnato da Regione Lombardia alle aziende sanitarie (valore aziendale > 50%)
COMMENTO AL RISULTATO	Attraverso una nota a firma del Direttore Generale, prot. 21229 del 30/12/2015, è stato trasmesso alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e ad ARCA il file "Rendiconto acquisti 2015 – IV CET". Dai contenuti riportati nel suddetto file si evince che il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati a livello aziendale attraverso procedure aggregate/centralizzate risulta pari al 56%, quindi superiore a quanto stabilito dalle regole per l'anno 2015 che prevedono un obiettivo almeno pari al 50%. Rispetto all'anno 2014, la percentuale degli acquisti effettuati tramite gare aggregate è incrementata del 3,7%, passando da un valore di 54% all'attuale valore di 56%

Obiettivo: Mantenimento del livello di costi assegnati

DIMENSIONE	Efficienza Gestionale ed economicità																						
DESCRIZIONE E FINALITA'	Mantenere il livello dei costi assegnato significa aver prodotto prestazioni sanitarie nel limite dei vincoli di costo assegnati da Regione Lombardia. E' quindi un indicatore di efficienza e di sostenibilità economica di lungo periodo. 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																						
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 BPE 2015																						
INDICATORE	Costi di gestione effettivi / Costi di gestione previsti a bilancio																						
VALORE TARGET	Valore obiettivo dell'indicatore ≤ 1 Le categorie di costo interessate sono: 1) Personale e Irap (dato BPE: 63.080 + 4.221) 2) Beni e Servizi (dato BPE: 52.263) Il valore = 1 rappresenta un perfetto allineamento fra costi autorizzati/finanziati e costi sostenuti, anche in considerazione del divieto di oltrepassare i limiti individuati dai decreti regionali.																						
VALORE RAGGIUNTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Tetto di costo</th><th>Costo effettivo</th><th>Indicatore</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Personale</td><td>63.152</td><td>63.152</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Irap</td><td>4.221</td><td>4.221</td><td>1</td></tr> <tr> <td>1) Personale+Irap</td><td>67.373</td><td>67.373</td><td>1</td></tr> <tr> <td>2) Beni e Servizi</td><td>52.974</td><td>52.974</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> Dati espressi in migliaia di Euro				Tetto di costo	Costo effettivo	Indicatore	Personale	63.152	63.152	1	Irap	4.221	4.221	1	1) Personale+Irap	67.373	67.373	1	2) Beni e Servizi	52.974	52.974	1
	Tetto di costo	Costo effettivo	Indicatore																				
Personale	63.152	63.152	1																				
Irap	4.221	4.221	1																				
1) Personale+Irap	67.373	67.373	1																				
2) Beni e Servizi	52.974	52.974	1																				
COMMENTO AL RISULTATO	Si riscontra un perfetto allineamento per tutti gli indicatori monitorati. Anche in corso d'anno sono sempre stati rispettati i vincoli di costo presenti nei decreti regionali di assegnazione. Tutti i dati rendicontati sono relativi al bilancio consuntivo aziendale relativo all'anno 2015. Rispetto a quanto previsto in sede di BPE, il costi hanno evidenziato un lieve incremento (pur nel rispetto delle assegnazioni iniziali) in virtù di un incremento delle spese per farmaci in regime di File F ed HCV (dinamica peraltro di natura regionale) e dell'applicazione dei contenuti del PGRU per l'anno 2015.																						

Obiettivo: Riduzione del delta tra ticket dovuti e ticket pagati

DIMENSIONE	Efficacia organizzativa, sostenibilità di lungo periodo																														
DESCRIZIONE E FINALITA'	L'obiettivo aziendale è conseguenza degli obiettivi organizzativi posti in carico alle U.O. aziendali volti a ridurre ex ante le situazioni di mancato pagamento e all'avvio e conseguente applicazione nel 100% dei casi della procedura di recupero ticket nei casi di non avvenuto pagamento.																														
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole 2012 e circolare applicativa BPE 2015																														
INDICATORE	Ticket riscossi / ticket dovuti																														
VALORE TARGET	> 96,28% (dato relativo all'anno 2014)																														
VALORE RAGGIUNTO	Il dettaglio dei risultati ottenuti è riportato nella tabella sottostante: <table><tr><th colspan="6">Percentuale ticket pagati</th></tr><tr><th>AREA</th><th>2012</th><th>2013</th><th>2014</th><th>2015</th><th>Variazione 2015-2014</th></tr><tr><td>Ambulatoriale</td><td>97,45%</td><td>95,14%</td><td>98,26%</td><td>98,10%</td><td>- 0,16%</td></tr><tr><td>Pronto Soccorso</td><td>55,51%</td><td>51,84%</td><td>49,86%</td><td>49,34%</td><td>- 0,52%</td></tr><tr><td>Complessivo</td><td>95,02%</td><td>92,81%</td><td>96,28%</td><td>96,55%</td><td>+ 0,27%</td></tr></table> (Le percentuali sono calcolate sul valore economico dei ticket, non sulla loro numerosità)	Percentuale ticket pagati						AREA	2012	2013	2014	2015	Variazione 2015-2014	Ambulatoriale	97,45%	95,14%	98,26%	98,10%	- 0,16%	Pronto Soccorso	55,51%	51,84%	49,86%	49,34%	- 0,52%	Complessivo	95,02%	92,81%	96,28%	96,55%	+ 0,27%
Percentuale ticket pagati																															
AREA	2012	2013	2014	2015	Variazione 2015-2014																										
Ambulatoriale	97,45%	95,14%	98,26%	98,10%	- 0,16%																										
Pronto Soccorso	55,51%	51,84%	49,86%	49,34%	- 0,52%																										
Complessivo	95,02%	92,81%	96,28%	96,55%	+ 0,27%																										
COMMENTO AL RISULTATO	L'analisi dei risultati proposti mostra come nell'anno 2015 si sia riscontrato un sostanziale allineamento della percentuale di riscossione dei ticket dell'area ambulatoriale rispetto ai dati registrati nell'anno 2014. 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 degli anni 2014 e 2015 a numerose aree aziendali aggiuntive alla "palazzina ambulatoriale", dove era stato originariamente posto. Per contro, si evidenzia anche un trend (lieve negli importi) di progressivo calo della percentuale relativa all'area del Pronto Soccorso, i cui valori sono in costante peggioramento a partire proprio dall'anno 2012. I valori complessivi, comprendenti sia i ticket ambulatoriali sia di Pronto Soccorso mostra tuttavia un miglioramento per via del diverso peso delle cifre in gioco nell'area ambulatoriale rispetto a quelle relative all'area del Pronto Soccorso. 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.																														

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 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 BPE anno 2015
INDICATORE	Costo personale / produzione lorda
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento del dato che emerge al termine del BPE 2015, pari a: 71,77%. Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): • Costo del personale (comprensivo di IRAP su personale dipendente) BPE 2015, rilevato da scheda SKAO = 67.301 (/000); • Produzione Lorda 2014: rilevato da gestionale aziendale; dato ottenuto come somma tra ricoveri, ambulatoriale, NPI (+ progetti), Psichiatria (+ progetti), Subacuti, ODCP e distribuzione farmaci: 93.777 (/000);
VALORE RAGGIUNTO	Valore al termine dell'anno 2015: 67,87% L'indicatore è stato così calcolato: • Costo del personale (comprensivo di IRAP su personale dipendente) Consuntivo 2015: rilevato da scheda SKAO = 67.373 €/000 • Produzione Lorda 2015: rilevato da gestionale aziendale; dato ottenuto come somma tra ricoveri, ambulatoriale, NPI (+ progetti), Psichiatria (+ progetti), Subacuti, ODCP e distribuzione farmaci: 99.261 €/000
COMMENTO AL RISULTATO	La formula di calcolo relativa all'indicatore, rispetto alla versione originale del Piano della Performance, è stata aggiornata al fine di tenere in considerazione un più corretto meccanismo di interpretazione del risultato degli indicatori, anche alla luce dell'aggiornamento dei dati a disposizione. Il valore raggiunto dall'azienda al termine dell'anno 2015 attesta un importante miglioramento rispetto a quanto calcolato per l'anno 2014: in particolare l'effetto migliorativo è da ricercarsi in un diffuso incremento delle voci relative alla produzione di prestazioni sanitarie (in particolare: ricoveri, ambulatoriale e cure palliative); incrementa anche la voce di ricavi da file F (prevalentemente grazie all'introduzione della tipologia di farmaci HCV)

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 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015
INDICATORE	Spesa per beni e servizi / produzione lorda
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento del dato che emerge dal BPE 2015, pari a: 5.73% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): • Spesa per beni e servizi bilancio consuntivo: rilevata da scheda SKAO = 52.263 (/000); • Produzione Lorda 2014: rilevato da gestionale aziendale; dato ottenuto come somma tra ricoveri, ambulatoriale, NPI (+ progetti), Psichiatria (+ progetti), Subacuti, ODCP e distribuzione farmaci: 93.777 (/000);
VALORE RAGGIUNTO	Valore al termine dell'anno 2015: 53,37% L'indicatore è stato così calcolato: • Spesa per beni e servizi bilancio consuntivo: rilevata da scheda SKAO = 52.974 €/000 • Produzione Lorda 2015: rilevato da gestionale aziendale; dato ottenuto come somma tra ricoveri, ambulatoriale, NPI (+ progetti), Psichiatria (+ progetti), Subacuti, ODCP e distribuzione farmaci: 99.261 €/000
COMMENTO AL RISULTATO	La formula di calcolo relativa all'indicatore, rispetto alla versione originale del Piano della Performance, è stata aggiornata al fine di tenere in considerazione un più corretto meccanismo di interpretazione del risultato degli indicatori, anche alla luce dell'aggiornamento dei dati a disposizione. Il valore raggiunto dall'azienda al termine dell'anno 2015 attesta un importante miglioramento rispetto a quanto calcolato per l'anno 2014: in particolare l'effetto migliorativo è da ricercarsi in un diffuso incremento delle voci relative alla produzione di prestazioni sanitarie (in particolare: ricoveri, ambulatoriale e cure palliative); incrementa anche la voce di ricavi da file F (introduzione HCV), benchè questi ultimi portino con sé un incremento di pressochè pari valore della voce relativa al costo per prodotti farmaceutici.

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 2015 DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2015 BPE 2015
INDICATORE	Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento del dato che emerge dal BPE 2015, pari a: 97,57% Il dato è composto da (valori in migliaia di euro): • Personale + beni e servizi + Altri costi bilancio consuntivo: rilevata da scheda SKAO = 126.400 (/000); • Valore della Produzione da Bilancio (A)(come da prospetto riclassificato del C.E., BPE 2015) = 129.553 (/000);
VALORE RAGGIUNTO	Valore al termine dell'anno 2015: 97,54% • Personale + beni e servizi + Altri costi bilancio consuntivo: rilevata da scheda SKAO = 127.248 (/000); • Valore della Produzione da Bilancio (A)(come da prospetto riclassificato del C.E., BPE 2015) = 130.454 (/000);
COMMENTO AL RISULTATO	Il valore raggiunto dall'azienda al termine dell'anno 2015 risulta essere in sostanziale allineamento rispetto a quanto calcolato nel valore target. L'indicatore rileva infatti un parallelo incremento sia dei costi, sia dei ricavi di gestione; nel complesso tuttavia, l'effetto è tale da non generare variazioni sull'indicatore in esame.

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 per l'anno 2015 BPE 2015																																												
INDICATORE	Investimenti effettivamente realizzati / investimenti previsti e autorizzati																																												
VALORE TARGET	= 1 (per quanto di competenza, da crono programma, per l'anno 2015)																																												
VALORE RAGGIUNTO	<table><tr><th>CONTRIBUTO</th><th>€</th><th>di cui imm. In corso</th></tr><tr><td>ALIENAZIONI PATRIMONIALI</td><td>20.747,10</td><td></td></tr><tr><td>DGR 1521/14 ALL. B</td><td>306.000,68</td><td></td></tr><tr><td>ADEGUAMENTO STRUTT. H CREMA (I° e II°</td><td>135.870,60</td><td>135.870,60</td></tr><tr><td>ADEG. STRUTT. H CREMA III STRALCIO</td><td>91.473,79</td><td>91.473,79</td></tr><tr><td>PERCORSO NASCITA (DGR 1521 ALLEGATO A + DGR 8727/2014)</td><td>16.227,23</td><td>16.227,23</td></tr><tr><td>CONTRIBUTO TESORIERE</td><td>35.971,70</td><td></td></tr><tr><td>ALTE TECNOLOGIE (DGR 388/2013)</td><td>368.440,00</td><td></td></tr><tr><td>DGR X/2324 ALLEGATO C</td><td>1.001.686,99</td><td></td></tr><tr><td>DGR 4189/2015</td><td>18.663,56</td><td></td></tr><tr><td>DONATI</td><td>1.043.620,35</td><td></td></tr><tr><td>DONAZIONE PATRINI</td><td>173.771,46</td><td>172.609,04</td></tr><tr><td>CONTRIBUTO C/ESERCIZIO 2015</td><td>7.705,52</td><td></td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>3.220.178,98</td><td>416.180,66</td></tr></table>			CONTRIBUTO	€	di cui imm. In corso	ALIENAZIONI PATRIMONIALI	20.747,10		DGR 1521/14 ALL. B	306.000,68		ADEGUAMENTO STRUTT. H CREMA (I° e II°	135.870,60	135.870,60	ADEG. STRUTT. H CREMA III STRALCIO	91.473,79	91.473,79	PERCORSO NASCITA (DGR 1521 ALLEGATO A + DGR 8727/2014)	16.227,23	16.227,23	CONTRIBUTO TESORIERE	35.971,70		ALTE TECNOLOGIE (DGR 388/2013)	368.440,00		DGR X/2324 ALLEGATO C	1.001.686,99		DGR 4189/2015	18.663,56		DONATI	1.043.620,35		DONAZIONE PATRINI	173.771,46	172.609,04	CONTRIBUTO C/ESERCIZIO 2015	7.705,52		TOTALE	3.220.178,98	416.180,66
CONTRIBUTO	€	di cui imm. In corso																																											
ALIENAZIONI PATRIMONIALI	20.747,10																																												
DGR 1521/14 ALL. B	306.000,68																																												
ADEGUAMENTO STRUTT. H CREMA (I° e II°	135.870,60	135.870,60																																											
ADEG. STRUTT. H CREMA III STRALCIO	91.473,79	91.473,79																																											
PERCORSO NASCITA (DGR 1521 ALLEGATO A + DGR 8727/2014)	16.227,23	16.227,23																																											
CONTRIBUTO TESORIERE	35.971,70																																												
ALTE TECNOLOGIE (DGR 388/2013)	368.440,00																																												
DGR X/2324 ALLEGATO C	1.001.686,99																																												
DGR 4189/2015	18.663,56																																												
DONATI	1.043.620,35																																												
DONAZIONE PATRINI	173.771,46	172.609,04																																											
CONTRIBUTO C/ESERCIZIO 2015	7.705,52																																												
TOTALE	3.220.178,98	416.180,66																																											
COMMENTO AL RISULTATO	Con riferimento agli investimenti effettuati nell'anno 2015 l'Azienda ha rispettato il percorso definito in fase di definizione del BPE 2015 e completato con i successivi atti regionali di autorizzazione e approvazione degli investimenti.																																												

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	Come rendicontato all'interno del monitoraggio relativo agli obiettivi di mandato inviato a Regione Lombardia, sono state rispettate le scadenze e le modalità di monitoraggio previste dalla Circolare regionale H1.2015.0003828 del 02/02/2015 con cadenza bimensile in applicativo SGP per interventi di cui al I° II° III° Atto Integrativo AdPQ (identificativi LOMSA19 e LOMSA20A) e con cadenza trimestrale gli interventi di cui al IV° V° e VI° Atto Integrativo AdPQ (identificativi 20/34 e 11/24).

Obiettivo: Semplificazione e de materializzazione

DIMENSIONE	Efficacia del progetto
DESCRIZIONE E FINALITÀ	L'obiettivo, presente nel Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) aziendale, riguarda l'avanzamento e lo sviluppo di progetti innovativi nell'area della semplificazione e della dematerializzazione. Esso è, per contenuti, in stretta correlazione anche con l'obiettivo successivo, in quanto entrambi mostrano la tendenza dell'A.O. ad evolvere verso una maggior informatizzazione e dematerializzazione della documentazione in carico, in linea con lo sviluppo delle tecnologie informatiche oggi disponibili, nell'ottica di semplificare i processi aziendali e rendere più immediate e trasparenti le comunicazioni istituzionali tra enti, fornitori e cittadini. Rientrano quindi in quest'area operazioni come la fatturazione elettronica, l'emissione della prescrizione elettronica e la pubblicazione online dei referti sanitari.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Delibera aziendale n.324 del 2014, attraverso la quale l'azienda ha adottato la propria versione del PIMO a partire dall'anno 2015
INDICATORE	Numero di Attività svolte / Numero di attività previste (Le attività previste sono: attivazione della ricetta elettronica e attivazione del certificato di malattia online)
VALORE TARGET	1 (= 100%)
VALORE RAGGIUNTO	Non esiste un valore obiettivo. I valori ottenuti sono superiori alle aspettative.
COMMENTO AL RISULTATO	Nel corso dell'anno vi è stato un significativo incremento delle ricette in formato elettronico. Tale modalità è oggi la forma principale di ricettazione. Regione Lombardia sta correggendo alcune rigidità di sistema che creano qualche problema di applicazione.

Obiettivo: Fascicolo Sanitario del Cittadino: documenti sanitari disponibili online

DIMENSIONE	Efficacia del progetto
DESCRIZIONE	Questo obiettivo è inserito nel progressivo sviluppo del Sistema informativo Socio Sanitario lombardo. Il valore aggiunto per il cittadino consiste nell'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	Progetto SISS per l'anno 2015
INDICATORI	A livello interno, l'obiettivo è stato declinato alle Unità Operative attraverso il seguente indicatore: 1) Referti (Lab,Rad,Idd,PS,visite,) inviati al FSE / totale referti 2) lettere di dimissioni inviate al FSE / totale lettere di dimissioni 3) rilascio codici GASS rispetto al 2014 A livello aziendale, l'obiettivo viene calcolato in valore assoluto, ed il riferimento sono i valori definitivi raggiunti nell'anno 2014
VALORE TARGET	1) Referti ambulatoriali: 116.231 Referti Laboratorio: 184.163 Referti Radiologia: 51.087 2) Lettere di dimissioni: 13.311 3) Codici GASS: 4.835
VALORE RAGGIUNTO	1) Referti ambulatoriali: 121.867 Referti Laboratorio: 204.675 Referti Radiologia: 56.031 Pronto soccorso 2014 = 53.417; 2015 = 53.460 2) Lettere di dimissioni: 14.778 3) Codici GASS: 5.201
COMMENTO AL RISULTATO	Risultati superiori all'obiettivo. L'ospedale contribuisce in modo significativo al Fascicolo Sanitario Elettronico.

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 di gestione dell'SSR 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) >80% 2) < 90'
VALORE RAGGIUNTO	L'obiettivo è stato riformulato da Regione Lombardia con standard diverso: OBJ2 – Percentuale di PTCA eseguiti entro 48 h dal ricovero ASST – 94.02% Obiettivo 30% OBJ3 - Percentuale di casi di infarto Miocardio Acuto con tempo Door to Balloon entro 90 minuti ASST – 72.53% Obiettivo 70%
COMMENTO AL RISULTATO	L'ospedale si situa a livelli ottimali per la risposta alla patologia acuta infartuale

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	< 1%
COMMENTO AL RISULTATO	Il risultato è ottimale e indica un alto livello di appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali erogate dall'Azienda.

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 (per cento) Esclusione: cartelle non pertinenti
VALORE TARGET	98% delle cartelle e delle schede esaminate dai NOC
VALORE RAGGIUNTO	> 99%
COMMENTO AL RISULTATO	Il risultato evidenzia una piena applicazione del processo di consenso informato da parte dell'Azienda

Obiettivo: Analisi degli indicatori di efficacia ex post

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

	UO	OBIETTIVO	% anno 2015	Scala Regione
VALORE RAGGIUNTO (2/2)	0502 - Ch.Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,19	3
	0504 - Urologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,18	2
	0505 - Ortopedia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,87	1
	0801 - Medicina Generale	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,15	5
	0802 - Cardiologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,3	4
	0804 - Neurologia	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,73	2
	0815 - Oncologia Medica	Ridurre trasferimenti fra strutture	0,19	4
	0502 - Ch.Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	7,46	2
	0504 - Urologia	Ridurre ricoveri ripetuti	15,1	2
	0505 - Ortopedia	Ridurre ricoveri ripetuti	2,87	3
	0801 - Medicina Generale	Ridurre ricoveri ripetuti	9,09	3
	0802 - Cardiologia	Ridurre ricoveri ripetuti	15,98	1
	0804 - Neurologia	Ridurre ricoveri ripetuti	5,53	3
	0815 - Oncologia Medica	Ridurre ricoveri ripetuti	20,35	3
	0502 - Ch.Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	0,29	4
	0504 - Urologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,35	3
	0505 - Ortopedia	Ridurre le dimissioni volontarie	1,37	1
	0801 - Medicina Generale	Ridurre le dimissioni volontarie	0,37	5
	0802 - Cardiologia	Ridurre le dimissioni volontarie	0,07	5
	0804 - Neurologia	Ridurre le dimissioni volontarie	1,45	3
	0815 - Oncologia Medica	Ridurre le dimissioni volontarie	0,39	2
	0502 - Ch.Generale	Ridurre la mortalità	3,25	1
	0504 - Urologia	Ridurre la mortalità	0,89	2
	0505 - Ortopedia	Ridurre la mortalità	2,5	1
	0801 - Medicina Generale	Ridurre la mortalità	18,55	2
	0802 - Cardiologia	Ridurre la mortalità	1,49	4
	0804 - Neurologia	Ridurre la mortalità	9,02	2
	0815 - Oncologia Medica	Ridurre la mortalità	26,61	3
	0502 - Ch.Generale	Ridurre i rientri in S O	2,04	2
	0504 - Urologia	Ridurre i rientri in S O	2,44	1
	0505 - Ortopedia	Ridurre i rientri in S O	0,47	3
	0801 - Medicina Generale	Ridurre i rientri in S O	0	5
	0802 - Cardiologia	Ridurre i rientri in S O	0,11	5
	0804 - Neurologia	Ridurre i rientri in S O	0	5
	0815 - Oncologia Medica	Ridurre i rientri in S O	4,76	2
COMMENTO AL RISULTATO	<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; 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. I risultati sono migliorativi rispetto all'anno precedente. Il risultato evidenzia come l'Ospedale di Crema si posiziona nell'ambito delle classi rispetto alle altre strutture della Regione. Il posizionamento dell'anno 2015 è migliore dell'anno precedente, a testimoniare un miglioramento costante dell'Ospedale.			

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: 99%
COMMENTO AL RISULTATO	Il risultato ottenuto dall'A.O. di Crema è ottimale

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

DIMENSIONE	Riduzione di prestazioni richieste in modo ridondante o evitabile																										
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo nasce dalla condivisa consapevolezza che, mediamente, nelle strutture di ricovero vi è una quota di prestazioni di laboratorio richieste che possono essere evitate in quanto non completamente necessarie. La riduzione di queste prestazioni significa erogare percorsi di cura più appropriati per i pazienti e consentire al sistema un risparmio di costi di gestione destinabili ad attività di diversa natura, migliorando quindi anche l'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse economiche a disposizione																										
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR per l'anno 2014 Obiettivi di mandato relativi all'anno 2014-2015																										
INDICATORE	N.prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati / n. ricoveri 2015 $\leq$ N.prestazioni di laboratorio per pazienti ricoverati / n. ricoveri 2014																										
VALORE TARGET	Dato 2015 = in linea con il dato relativo all'anno 2014 Dato anno 2014: 38,50 prestazioni di laboratorio per paziente dimesso																										
VALORE RAGGIUNTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Calcolo indicatori</th><th>2014</th><th>2015</th><th>Delta</th><th>Delta %</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">AO CREMA</td><td>Quantità</td><td>635.228</td><td>631.932</td><td>- 3.296</td><td>- 0,52%</td></tr> <tr> <td>Dimessi</td><td>16.501</td><td>16.418</td><td>- 83</td><td>- 0,50%</td></tr> <tr> <td>Indicatore</td><td>38,50</td><td>38,49</td><td>- 0,006</td><td>- 0,02%</td></tr> </tbody> </table>					Calcolo indicatori		2014	2015	Delta	Delta %	AO CREMA	Quantità	635.228	631.932	- 3.296	- 0,52%	Dimessi	16.501	16.418	- 83	- 0,50%	Indicatore	38,50	38,49	- 0,006	- 0,02%
Calcolo indicatori		2014	2015	Delta	Delta %																						
AO CREMA	Quantità	635.228	631.932	- 3.296	- 0,52%																						
	Dimessi	16.501	16.418	- 83	- 0,50%																						
	Indicatore	38,50	38,49	- 0,006	- 0,02%																						
COMMENTO AL RISULTATO	L' obiettivo è stato oggetto di pianificazione e declinazione nel budget di ciascuna Unità Operativa aziendale; le valutazioni di fine anno consentono di evidenziare un più che buon livello di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di Laboratorio ed a livello aziendale si riscontra un sostanziale mantenimento del numero medio di prestazioni richieste per pazienti "interni", non alterando i risultati dell'importante contrazione conseguita nel corso dell'anno precedente e pari al 5,50% A livello numerico, rispetto alle cifre relative ai dati dell'anno precedente, si è riscontrato un parallelo calo sia della quantità di prestazioni richieste, sia del numero di pazienti in carico, del medesimo importo percentuale; ciò ha determinato la sostanziale invarianza dell'indicatore calcolato nei due anni in esame																										

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	99,7%
COMMENTO AL RISULTATO	Risposta ottimale alle richieste

Obiettivo: Miglioramento dati medi items customer satisfaction

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 2014-2015																				
INDICATORE	Valore aziendale 2015 / valore aziendale 2014																				
VALORE TARGET	≥ 1, sia per l’area medica che infermieristica, nell’area di ricovero ed ambulatoriale																				
VALORE RAGGIUNTO	<table><tr><th>AMBULATORIALE</th><th>Medico</th><th>Infermieristico</th></tr><tr><td>Azienda 2014</td><td>6,13</td><td>6,26</td></tr><tr><td>Azienda 2015</td><td>6,06</td><td>6,21</td></tr><tr><th>RICOVERO</th><th>Medico</th><th>Infermieristico</th></tr><tr><td>Azienda 2014</td><td>6,41</td><td>6,49</td></tr><tr><td>Azienda 2015</td><td>6,48</td><td>6,53</td></tr></table>			AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico	Azienda 2014	6,13	6,26	Azienda 2015	6,06	6,21	RICOVERO	Medico	Infermieristico	Azienda 2014	6,41	6,49	Azienda 2015	6,48	6,53
AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico																			
Azienda 2014	6,13	6,26																			
Azienda 2015	6,06	6,21																			
RICOVERO	Medico	Infermieristico																			
Azienda 2014	6,41	6,49																			
Azienda 2015	6,48	6,53																			
COMMENTO AL RISULTATO	La situazione aziendale mostra valori in sostanziale allineamento con i dati utilizzati come obiettivo: <table><tr><th>AMBULATORIALE</th><th>Medico</th><th>Infermieristico</th></tr><tr><td>scostamento</td><td>-0,07</td><td>-0,05</td></tr><tr><td>delta %</td><td>-1,14%</td><td>-0,80%</td></tr><tr><th>RICOVERO</th><th>Medico</th><th>Infermieristico</th></tr><tr><td>scostamento</td><td>0,07</td><td>0,04</td></tr><tr><td>delta %</td><td>1,09%</td><td>0,62%</td></tr></table> Per l’area ambulatoriale si riscontra una lieve riduzione dei valori ottenuti che tuttavia a livello percentuale è nell’intorno dell’unità e, in concreto, è in sostanziale allineamento con i valori 2014. L’area relativa all’attività di degenza 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) siano sempre superiori al valore 6, evidenziando pertanto una situazione complessiva assolutamente positiva.			AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico	scostamento	-0,07	-0,05	delta %	-1,14%	-0,80%	RICOVERO	Medico	Infermieristico	scostamento	0,07	0,04	delta %	1,09%	0,62%
AMBULATORIALE	Medico	Infermieristico																			
scostamento	-0,07	-0,05																			
delta %	-1,14%	-0,80%																			
RICOVERO	Medico	Infermieristico																			
scostamento	0,07	0,04																			
delta %	1,09%	0,62%																			

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 2014: 89,4% dei cittadini																																																																													
VALORE RAGGIUNTO	<table><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><tr><td>numero pazienti Tot.</td><td>47.371</td><td>99.057</td><td>82.033</td><td>75.209</td><td>58.747</td></tr><tr><td>numero pazienti < 31'</td><td>38.058</td><td>87.110</td><td>72.267</td><td>65.599</td><td>50.047</td></tr><tr><td>% pazienti < 31'</td><td>80,3</td><td>87,9</td><td>88,1</td><td>87,2</td><td>85,2</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>44.098</td><td>49.850</td><td>61.739</td><td>55.078</td><td>28.316</td></tr><tr><td>numero pazienti < 31'</td><td>39.028</td><td>47.309</td><td>58.745</td><td>49.453</td><td>25.690</td></tr><tr><td>% pazienti < 31'</td><td>88,5</td><td>94,9</td><td>95,2</td><td>89,8</td><td>90,7</td></tr><tr><th colspan="2">Valori totali</th><td colspan="4"></td></tr><tr><td>numero pazienti Tot.</td><td>601.498</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>numero pazienti < 31'</td><td>533.306</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>% pazienti < 31'</td><td>88,7%</td><td colspan="4"></td></tr></table>						Mattino	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	numero pazienti Tot.	47.371	99.057	82.033	75.209	58.747	numero pazienti < 31'	38.058	87.110	72.267	65.599	50.047	% pazienti < 31'	80,3	87,9	88,1	87,2	85,2	Pomeriggio	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	numero pazienti Tot.	44.098	49.850	61.739	55.078	28.316	numero pazienti < 31'	39.028	47.309	58.745	49.453	25.690	% pazienti < 31'	88,5	94,9	95,2	89,8	90,7	Valori totali						numero pazienti Tot.	601.498					numero pazienti < 31'	533.306					% pazienti < 31'	88,7%				
Mattino	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12																																																																									
numero pazienti Tot.	47.371	99.057	82.033	75.209	58.747																																																																									
numero pazienti < 31'	38.058	87.110	72.267	65.599	50.047																																																																									
% pazienti < 31'	80,3	87,9	88,1	87,2	85,2																																																																									
Pomeriggio	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17																																																																									
numero pazienti Tot.	44.098	49.850	61.739	55.078	28.316																																																																									
numero pazienti < 31'	39.028	47.309	58.745	49.453	25.690																																																																									
% pazienti < 31'	88,5	94,9	95,2	89,8	90,7																																																																									
Valori totali																																																																														
numero pazienti Tot.	601.498																																																																													
numero pazienti < 31'	533.306																																																																													
% pazienti < 31'	88,7%																																																																													
COMMENTO AL RISULTATO	L'obiettivo stabilito (il rispetto del tempo standard, fissato in 30 minuti) è stato garantito in percentuali variabili fra l'80% ed il 95% nell'arco della giornata. Il valore obiettivo pari a 89,4% è stato sostanzialmente raggiunto: nel complesso, l'88,7% dei pazienti ha avuto un tempo di attesa inferiore a 31 minuti. Il risultato pertanto non è da considerarsi negativo, anzi, in allineamento (-0,82%) con i valori proposti come target. La differenza rispetto all'anno precedente, pur minima nell'entità, è da ricercarsi in un maggior calo del numero di pazienti in attesa per meno di 31 minuti, rispetto al calo del numero di pazienti presentatisi agli sportelli cup, come sotto mostrato: <table><tr><th>Totale 2015</th><th>Totale 2014</th><th>Variazione</th><th>Var. %</th></tr><tr><td>601.498</td><td>626.506</td><td>- 25.008</td><td>-3,99%</td></tr><tr><td>533.306</td><td>560.085</td><td>- 26.779</td><td>-4,78%</td></tr></table> Il campione di dati è relativo a tutto l'anno 2015, nei giorni di apertura del CUP da lunedì a venerdì.						Totale 2015	Totale 2014	Variazione	Var. %	601.498	626.506	- 25.008	-3,99%	533.306	560.085	- 26.779	-4,78%																																																												
Totale 2015	Totale 2014	Variazione	Var. %																																																																											
601.498	626.506	- 25.008	-3,99%																																																																											
533.306	560.085	- 26.779	-4,78%																																																																											

Obiettivo: Segnalazioni dei cittadini

DIMENSIONE	Accessibilità dell'azienda
DESCRIZIONE E FINALITÀ	Le segnalazioni dei cittadini rappresentano una importante opportunità per la rilevazione della qualità percepita dall'utente nei suoi contatti, nelle aree ambulatoriali e di ricovero, con l'Azienda Ospedaliera. Analizzare i contenuti e le caratteristiche di queste comunicazioni consente di trarre spunti di miglioramento importanti per l'azienda sia a livello organizzativo, sia con riferimento al livello di assistenza prestata. Per garantire una corretta comunicazione e relazione con il cittadino verranno coinvolti gli Uffici di Staff competenti (Qualità e Formazione) che riceveranno dall'URP la reportistica quadrimestrale strutturata dei reclami per le azioni di miglioramento aziendale. Il raggiungimento di questo obiettivo, tenuto presente il livello di performance ottenuto attualmente dall'azienda, riveste un livello di priorità medio tra i diversi obiettivi in carico
RIFERIMENTI NORMATIVI	Delibera aziendale n.324 del 2014, attraverso la quale l'azienda ha adottato la propria versione del PIMO a partire dall'anno 2015
INDICATORE	Numero di segnalazioni per classe "Rapporto con L'Operatore" (prioritaria nel 2014) / numero segnalazioni complessive
VALORE TARGET	Indicatore anno 2015 < indicatore anno 2014 Anno 2014: 24 segnalazioni su 105, percentuale del 22,86%)
VALORE RAGGIUNTO	21 reclami (2015) 24 reclami (2014)
COMMENTO AL RISULTATO	Riduzione del numero dei reclami relativi all'item considerato.