

Relazione alla Performance dell'anno 2016



INDICE DEI CONTENUTI

INTRODUZIONE

La Relazione alla Performance: struttura e finalità	Pag. 2
Breve sintesi dei risultati conseguiti nell'anno 2016	Pag. 3

LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE DELL'ANNO 2016

Efficienza nella gestione	Pag. 4
Processi organizzativi	Pag. 8
Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza	Pag. 10
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Pag. 15
Attività di risk management	Pag. 18
Implementazione della L.R. 23/2015	Pag. 22
Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione	Pag. 24

INTRODUZIONE

Struttura e finalità della Relazione alla Performance

La Relazione alla Performance rappresenta il documento attraverso il quale l'ASST di Crema" dettaglia la conclusione del proprio Ciclo della Performance per l'anno 2016, iniziato attraverso la stesura del Piano della Performance per il Triennio 2016-2018, all'interno del quale sono stati esplicitati obiettivi ed indicatori strategici ed operativi che l'Azienda si è proposta di perseguire 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, nello specifico, rappresenta la naturale prosecuzione del Piano della Performance, 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 l'analisi e la descrizione di eventuali scostamenti.

E' evidente quindi come la finalità principale di questo elaborato risieda nella volontà di garantire una ampia trasparenza dell'attività dell'ASST 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 e strategici 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, caratterizzato da schematicità, sintesi e puntualità nelle analisi.

A livello strutturale, gli obiettivi analizzati sono suddivisi in 7 aree:

- Efficienza gestionale;
- Processi organizzativi;
- Efficacia dell'appropriatezza e dell'assistenza;
- Accessibilità e soddisfazione dell'utenza;
- Attività di Risk Management;
- Implementazione dei principi della L.R. 23/2015;
- Promozione della Trasparenza e Lotta alla Corruzione.

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: la presenza di ciascuna di queste caratteristiche permette infatti di assolvere in maniera completa ad un doveroso processo di accountability verso l'esterno e risulta

preziosa alla luce della consapevolezza della pluralità di portatori di interesse legati ad una azienda sanitaria e per rafforzare la centralità dei propri interessi e degli sforzi profusi dall'amministrazione pubblica per il loro perseguimento. Ad esse sono poi stati aggiunti il valore effettivamente conseguito al termine dell'anno 2016 ed un commento utile alla comprensione 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, a dimostrazione del forte commitment aziendale nella redazione di questo documento per l'importanza burocratico-normativa e per la valenza strategica ad esso attribuiti dalla Direzione Strategica.

Da ultimo, 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.

Breve sintesi dei risultati conseguiti nell'anno 2016

I risultati proposti nel presente elaborato hanno mostrato, nel complesso, un solido allineamento con quanto atteso dai valori fissati come obiettivo.

Ciascuna delle sette aree di performance individuate non ha evidenziato peculiari disallineamenti o rilevanti criticità ma anzi, l'andamento dell'anno appena concluso, caratterizzato peraltro dalle complessità legate all'implementazione di quanto richiesto dalla Legge Regionale 23/2015, ha evidenziato positivi risultati da parte dell'ASST di Crema, a testimonianza dell'impegno quotidiano profuso dai professionisti sanitari ed amministrativi nella predisposizione e nell'erogazione delle attività di assistenza e di cura del paziente.

Attraverso i box proposti nelle pagine seguenti pertanto sarà possibile prendere visione del dettaglio di ciascun obiettivo, per una completa comprensione del quale si rimanda il lettore a quanto descritto all'interno del campo "commento".

Si noti come, tra i risultati di maggior positività si trovino gli indicatori relativi al mantenimento di un livello di produzione superiore a quanto riconosciuto a contratto, gli indicatori di accessibilità alla struttura e gli indicatori di qualità dei processi di cura ed assistenza prestata (comprese le sezioni di Risk Management e dei processi organizzativi). Nondimeno, presentano ottimi risultati gli indicatori legati all'implementazione della Legge Regionale di Riforma dell'SSR e, di assoluta importanza, anche l'indicatore relativo alle attività legate all'ambito della trasparenza e della lotta alla corruzione.

LA RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2016

Efficienza nella gestione

DENOMINAZIONE	Mantenimento del livello di produzione																																																	
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare il rapporto tra il livello di produzione effettivamente erogato e quanto remunerabile da Regione Lombardia, indicato nel bilancio consuntivo. Un indicatore che presenta un valore di tale rapporto pari a 1 evidenzia che la Struttura è stata in grado di erogare tutta la produzione richiesta, un valore maggiore di uno indica una produzione anche superiore rispetto a quanto richiesto.																																																	
RIFERIMENTI NORMATIVI	Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriale DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente																																																	
INDICATORE	Produzione effettiva da tabelle regionali / Produzione prevista da Bilancio consuntivo																																																	
VALORE TARGET	<p>Si riportano i dati relativi all'anno 2015:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Voce di produzione</th> <th style="text-align: center;">Effettivo 2015</th> <th style="text-align: center;">Consuntivo 2015</th> <th style="text-align: center;">Indicatore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriali</td> <td style="text-align: right;">26.653.496,70</td> <td style="text-align: right;">25.538.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,04</td> </tr> <tr> <td>Screening</td> <td style="text-align: right;">178.538,36</td> <td style="text-align: right;">171.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,04</td> </tr> <tr> <td>Ricoveri</td> <td style="text-align: right;">55.680.592,00</td> <td style="text-align: right;">54.182.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,03</td> </tr> <tr> <td>Sub Acuti</td> <td style="text-align: right;">2.178.110,00</td> <td style="text-align: right;">1.222.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,78</td> </tr> <tr> <td>NPI + Progetti</td> <td style="text-align: right;">1.142.427,50</td> <td style="text-align: right;">1.117.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,02</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td style="text-align: right;">680.319,00</td> <td style="text-align: right;">674.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,01</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria + progetti</td> <td style="text-align: right;">3.310.428,64</td> <td style="text-align: right;">2.721.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,22</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td style="text-align: right;">89.823.912,20</td> <td style="text-align: right;">85.625.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,05</td> </tr> </tbody> </table>					Voce di produzione	Effettivo 2015	Consuntivo 2015	Indicatore	Ambulatoriali	26.653.496,70	25.538.000,00	1,04	Screening	178.538,36	171.000,00	1,04	Ricoveri	55.680.592,00	54.182.000,00	1,03	Sub Acuti	2.178.110,00	1.222.000,00	1,78	NPI + Progetti	1.142.427,50	1.117.000,00	1,02	NRS	680.319,00	674.000,00	1,01	Psichiatria + progetti	3.310.428,64	2.721.000,00	1,22	Totale	89.823.912,20	85.625.000,00	1,05									
Voce di produzione	Effettivo 2015	Consuntivo 2015	Indicatore																																															
Ambulatoriali	26.653.496,70	25.538.000,00	1,04																																															
Screening	178.538,36	171.000,00	1,04																																															
Ricoveri	55.680.592,00	54.182.000,00	1,03																																															
Sub Acuti	2.178.110,00	1.222.000,00	1,78																																															
NPI + Progetti	1.142.427,50	1.117.000,00	1,02																																															
NRS	680.319,00	674.000,00	1,01																																															
Psichiatria + progetti	3.310.428,64	2.721.000,00	1,22																																															
Totale	89.823.912,20	85.625.000,00	1,05																																															
VALORE OTTENUTO	<p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2016 sono riportati di seguito:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Voce di produzione</th> <th style="text-align: center;">Effettivo 2016</th> <th style="text-align: center;">Consuntivo 2016</th> <th style="text-align: center;">Indicat. '16</th> <th style="text-align: center;">Indicat. '15</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriali</td> <td style="text-align: right;">26.011.626,34</td> <td style="text-align: right;">25.670.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,01</td> <td style="text-align: center;">1,04</td> </tr> <tr> <td>Screening</td> <td style="text-align: right;">187.058,97</td> <td style="text-align: right;">185.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,01</td> <td style="text-align: center;">1,04</td> </tr> <tr> <td>Ricoveri</td> <td style="text-align: right;">55.114.191,00</td> <td style="text-align: right;">54.735.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,01</td> <td style="text-align: center;">1,03</td> </tr> <tr> <td>Sub Acuti</td> <td style="text-align: right;">1.658.090,00</td> <td style="text-align: right;">1.480.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,12</td> <td style="text-align: center;">1,78</td> </tr> <tr> <td>NPI + Progetti</td> <td style="text-align: right;">1.470.138,29</td> <td style="text-align: right;">1.359.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,08</td> <td style="text-align: center;">1,02</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td style="text-align: right;">618.093,00</td> <td style="text-align: right;">618.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,00</td> <td style="text-align: center;">1,01</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria + progetti</td> <td style="text-align: right;">3.238.506,38</td> <td style="text-align: right;">3.239.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,00</td> <td style="text-align: center;">1,22</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td style="text-align: right;">88.297.703,98</td> <td style="text-align: right;">87.286.000,00</td> <td style="text-align: center;">1,01</td> <td style="text-align: center;">1,05</td> </tr> </tbody> </table>					Voce di produzione	Effettivo 2016	Consuntivo 2016	Indicat. '16	Indicat. '15	Ambulatoriali	26.011.626,34	25.670.000,00	1,01	1,04	Screening	187.058,97	185.000,00	1,01	1,04	Ricoveri	55.114.191,00	54.735.000,00	1,01	1,03	Sub Acuti	1.658.090,00	1.480.000,00	1,12	1,78	NPI + Progetti	1.470.138,29	1.359.000,00	1,08	1,02	NRS	618.093,00	618.000,00	1,00	1,01	Psichiatria + progetti	3.238.506,38	3.239.000,00	1,00	1,22	Totale	88.297.703,98	87.286.000,00	1,01	1,05
Voce di produzione	Effettivo 2016	Consuntivo 2016	Indicat. '16	Indicat. '15																																														
Ambulatoriali	26.011.626,34	25.670.000,00	1,01	1,04																																														
Screening	187.058,97	185.000,00	1,01	1,04																																														
Ricoveri	55.114.191,00	54.735.000,00	1,01	1,03																																														
Sub Acuti	1.658.090,00	1.480.000,00	1,12	1,78																																														
NPI + Progetti	1.470.138,29	1.359.000,00	1,08	1,02																																														
NRS	618.093,00	618.000,00	1,00	1,01																																														
Psichiatria + progetti	3.238.506,38	3.239.000,00	1,00	1,22																																														
Totale	88.297.703,98	87.286.000,00	1,01	1,05																																														
COMMENTO	<p>La produzione erogata nel corso dell'anno 2016 è stata nel complesso superiore rispetto a quanto riconosciuto nel bilancio consuntivo di fine anno.</p> <p>La genesi della ridotta percentuale di "eccedenza" rispetto all'anno precedente è da ricercarsi in un incremento delle quote di produzione riconosciute a bilancio rispetto all'anno 2015 e, in minor misura, in una lieve riduzione della produzione complessiva di ricoveri e prestazioni ambulatoriali.</p>																																																	

DENOMINAZIONE	Efficientamento del costo del materiale farmaceutico							
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per materiale farmaceutico rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo del materiale farmaceutico rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da acquisti a miglior prezzo o ad una riduzione dei consumi.							
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente							
INDICATORE	Costo farmaci (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali							
VALORE TARGET	Si riportano i dati relativi all'anno 2015:							
	<table border="1"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> </tr> <tr> <td>Costo farmaci (no file F)</td> <td>2.591.000,00</td> </tr> <tr> <td>Farmaci / Produzione</td> <td>2,88%</td> </tr> </table>	Totale Produzione	89.823.912,20	Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00	Farmaci / Produzione	2,88%	
Totale Produzione	89.823.912,20							
Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00							
Farmaci / Produzione	2,88%							
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è riportato di seguito:							
	<table border="1"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>88.297.703,98</td> </tr> <tr> <td>Costo farmaci (no file F)</td> <td>2.304.000,00</td> </tr> <tr> <td>Farmaci / Produzione</td> <td>2,61%</td> </tr> </table>	Totale Produzione	88.297.703,98	Costo farmaci (no file F)	2.304.000,00	Farmaci / Produzione	2,61%	
Totale Produzione	88.297.703,98							
Costo farmaci (no file F)	2.304.000,00							
Farmaci / Produzione	2,61%							
COMMENTO	Il valore dell'indicatore è in miglioramento rispetto all'anno precedente, evidenziando una riduzione del peso percentuale del costo del materiale farmaceutico utilizzato rispetto al valore della produzione complessiva erogata dall'ASST di Crema. Concorrono al raggiungimento di un risultato di questo tipo sia l'impegno del personale sanitario ad un utilizzo senza sprechi dei prodotti a disposizione, sia l'attenzione del personale amministrativo nei processi di approvvigionamento dei beni ricercando eventuali opportunità nel rapporto prezzi/quantità.							

DENOMINAZIONE	Efficientamento del costo dei dispositivi medici						
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per dispositivi medici rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo dei dispositivi medici rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da acquisti a miglior prezzo o ad una riduzione dei consumi.						
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente						
INDICATORE	Costo dispositivi medici (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali						
VALORE TARGET	Si riportano i dati relativi all'anno 2015: <table border="1" data-bbox="549 891 1214 1016"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.211.000,00</td> </tr> <tr> <td>Farmaci / Produzione</td> <td>6,91%</td> </tr> </table>	Totale Produzione	89.823.912,20	Costo disp. medici	6.211.000,00	Farmaci / Produzione	6,91%
Totale Produzione	89.823.912,20						
Costo disp. medici	6.211.000,00						
Farmaci / Produzione	6,91%						
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è riportato di seguito: <table border="1" data-bbox="564 1173 1169 1299"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>88.297.703,98</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.335.000,00</td> </tr> <tr> <td>DM / Produzione</td> <td>7,17%</td> </tr> </table>	Totale Produzione	88.297.703,98	Costo disp. medici	6.335.000,00	DM / Produzione	7,17%
Totale Produzione	88.297.703,98						
Costo disp. medici	6.335.000,00						
DM / Produzione	7,17%						
COMMENTO	Il valore dell'indicatore è in lieve incremento rispetto all'anno precedente, evidenziando un incremento del peso percentuale del costo dei dispositivi medici utilizzato rispetto al valore della produzione complessiva erogata dall'ASST di Crema. Si precisa che il valore riportato è esclusivamente relativo all'attività ospedaliera, in quanto la produzione riportata è ed essa relativa. La genesi del lieve incremento è principalmente relativa al consolidamento dell'attività di alcune specifiche Unità Operative aziendali, la cui qualità delle prestazioni è stata in grado di attrarre un maggior numero di utenti e, di conseguenza, ha richiesto un maggior investimento in materiale protesico. Si segnala infine, come l'incremento sia assolutamente contenuto ed inferiore ad un punto percentuale.						

DENOMINAZIONE	Efficientamento del costo dei service sanitari						
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per service sanitari rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo per service sanitari rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da ricontrattazioni del prezzo dei servizi richiesti o ad un più efficiente ricorso a tali servizi.						
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente						
INDICATORE	Costo service sanitari (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali						
VALORE TARGET	Si riportano i dati relativi all'anno 2015: <table border="1" data-bbox="549 875 1214 1003"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> </tr> <tr> <td>Costo service sanitari</td> <td>10.089.000,00</td> </tr> <tr> <td>Farmaci / Produzione</td> <td>11,23%</td> </tr> </table>	Totale Produzione	89.823.912,20	Costo service sanitari	10.089.000,00	Farmaci / Produzione	11,23%
Totale Produzione	89.823.912,20						
Costo service sanitari	10.089.000,00						
Farmaci / Produzione	11,23%						
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è riportato di seguito: <table border="1" data-bbox="588 1167 1193 1294"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>88.297.703,98</td> </tr> <tr> <td>Costo service sanitari</td> <td>11.082.000,00</td> </tr> <tr> <td>Service / Produzione</td> <td>12,55%</td> </tr> </table>	Totale Produzione	88.297.703,98	Costo service sanitari	11.082.000,00	Service / Produzione	12,55%
Totale Produzione	88.297.703,98						
Costo service sanitari	11.082.000,00						
Service / Produzione	12,55%						
COMMENTO	Il valore dell'indicatore è in lieve incremento rispetto all'anno precedente, evidenziando un incremento del peso percentuale del costo dei servizi sanitari cui si è fatto ricorso rispetto al valore della produzione complessiva erogata dall'ASST di Crema. Si precisa che il valore riportato è esclusivamente relativo all'attività ospedaliera, in quanto la produzione riportata è ed essa relativa. Come specificato nella trattazione del precedente obiettivo, la genesi del lieve incremento è principalmente relativa al consolidamento dell'attività di alcune specifiche Unità Operative aziendali, la cui qualità delle prestazioni è stata in grado di attrarre un maggior numero di utenti e, di conseguenza, ha richiesto un maggior investimento nei servizi sanitari che ne supportano l'attività. Si segnala infine, come l'incremento sia assolutamente contenuto e di poco superiore ad un punto percentuale.						

Processi organizzativi

DENOMINAZIONE	Monitoraggio del tasso di assenteismo
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Il monitoraggio del tasso aziendale di assenteismo rappresenta uno strumento utile, congiuntamente ad altri elementi, al fine di rappresentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il livello di efficienza nell'utilizzo del fattore risorse umane (la presenza di situazioni significativamente distanti dai valori medi nazionali può essere indice di fenomeni di abuso e/o di inefficienza nella gestione delle risorse umane) • le condizioni di lavoro e di benessere degli operatori (ad es. la presenza di valori medi nelle assenze per malattia potrebbe essere indice anche di condizioni lavorative inadeguate, fonte di stress etc che alimentano un incremento delle assenze per malattie)
RIFERIMENTI NORMATIVI	Le tipologie d assenza sono identificate e disciplinate dai diversi contratti collettivi nazionali di lavoro delle tre aree in cui è raggruppato il personale che opera nel Comparto Sanità: area dirigenza medica – area dirigenza SPTA – area personale non dirigenziale
INDICATORE	A) gg assenza malattia retribuita / numero dipendenti a tempo indeterminato B) gg altre assenze / numero dipendenti a tempo indeterminato
VALORE TARGET	<p>L'obiettivo è il mantenimento di un range di variazione tra il 5% ed il 10% tra il dato dell'anno di competenza ed il dato registrato nell'anno precedente.</p> <p>La fonte dei dati elaborati è costituita dal flusso ministeriale annuale denominato "Conto Annuale" che interessa tutte le Pubbliche Amministrazioni. L'elemento di confronto del dato aziendale è costituito dai dati complessivi del comparto "Servizio Sanitario Nazionale"</p>
VALORE OTTENUTO	<p>Dati anno 2015: Indicatore A) 7,37 gg/dipendente Indicatore B) 14,77 gg/dipendente</p> <p>Dati anno 2016: Indicatore A) 7,76 gg/dipendente Indicatore B) 13,64 gg/dipendente</p>
COMMENTO	<p>I valori presentano un positivo allineamento ai valori target presi a riferimento; entrambi gli indicatori rientrano infatti all'interno del range di variabilità considerato non critico.</p> <p>L'indicatore A) evidenzia un incremento del 5%, che rientra all'interno del range di accettabilità. Nel caso dell'indicatore B) invece lo scostamento è addirittura in miglioramento rispetto all'anno precedente, evidenziando una riduzione complessiva delle giornate di assenza rispetto all'anno precedente.</p>

DENOMINAZIONE	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno aziendale dedicato alla formazione del proprio personale dipendente. L'importanza del mantenimento delle attività formative è da considerarsi la proxy di un indicatore di qualità dell'assistenza prestata
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	Ore formazione anno di competenza / Ore formazione anno precedente
VALORE TARGET	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un range compreso tra un +/- 10% delle ore dedicate a tale attività nell'anno precedente. Dato relativo all'anno 2015: 27.804 ore
VALORE OTTENUTO	Il monte ore dedicate ad attività formative nel corso dell'anno 2016 è stato pari a 27.828 ore. Tale valore è sostanzialmente allineato con quanto registrato l'anno precedente, evidenziando un lieve incremento percentuale pari a circa lo 0,1% rispetto al valore dell'anno 2016
COMMENTO	Il risultato raggiunto dall'ASST di Crema per l'anno 2017 evidenzia la solidità dell'importanza al ricorso dello strumento della Formazione del personale quale vettore per il miglioramento della qualità dell'assistenza, dei processi di cura e per lo sviluppo dei percorsi organizzativi ed amministrativi.

Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza

DENOMINAZIONE	Mantenimento dell'attività di donazione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare la capacità dell'Azienda di perseguire il processo di raccolta da donatore, volto a garantirsi un regime di autonomia nell'utilizzo delle risorse in questione (sacche di sangue/plasma e cornee) e di contribuire all'attività sanitaria della Regione nel rispetto dei quantitativi di interesse individuati a livello Regionale
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	1) Rispetto del Piano Annuale di compensazione delle unità di Sangue 2) Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale
VALORE TARGET	Il valore target, per ciascuno dei due indicatori individuati, è espresso come segue: 1) numero unità raccolte anno corrente \geq numero unità richieste da Piano Regionale 2) Indicatore anno corrente / indicatore anno precedente \geq 1,1
VALORE OTTENUTO	1) Nel corso dell'anno 2015 sono state raccolte 5.480 unità di sangue intero; il valore target per l'anno 2016 era stato posto a 5.130 unità, mentre il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è stato pari a 5.830 unità. 2) Nel corso dell'anno 2015 sono state prelevate 118 cornee da 60 donatori, pari al 10,89% dei decessi in ospedale (n. 551) (target obiettivo 10%); Nel corso dell'anno 2016 sono state prelevate 130 cornee da 65 donatori, pari al 13,57% dei decessi in ospedale (n. 479) (target obiettivo 10%). L'indicatore pertanto è in linea con il valore obiettivo: $13,57/10,89 = 1,25$
COMMENTO	1) Non si rilevano criticità: il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è in incremento sia rispetto all'anno 2015, sia rispetto al valore target posto da AREU per l'anno in esame 2) Non si rilevano criticità: è evidente l'impegno dell'ASST di Crema nella fase di raccolta delle donazioni di cornea, il cui valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è in sensibile incremento rispetto al valore posto come obiettivo

DENOMINAZIONE	Tempestività di gestione delle fratture di femore
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del DWH Regionale. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Numero di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100 / numero di interventi per frattura di collo del femore
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 71% (Fonte Regione Lombardia) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale di poco inferiore al 50% dei casi (36,78%)
VALORE OTTENUTO	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2016 ha restituito un valore pari a 57,39% <i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i>
COMMENTO	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è inferiore rispetto al target che l'Azienda ha posto come obiettivo, ma esso rispecchia l'impegno dell'ASST volto al miglioramento del dato ottenuto l'anno precedente ed all'allineamento al 71% target. Nello specifico, la transizione dall'anno 2015 all'anno 2016 ha comportato un miglioramento percentuale di circa il 56%

DENOMINAZIONE	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario.</p> <p>E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE.</p> <p>L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza</p> <p>DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza</p> <p>P.N.E. Piano Nazionale Esiti</p>
INDICATORE	N. parti con taglio cesareo primario / N. Parti totali
VALORE TARGET	<p>L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale inferiore al 20% (Fonte Regione Lombardia o PNE)</p> <p>Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 19,10% dei casi</p>
VALORE OTTENUTO	<p>Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2016 ha restituito un valore pari a 15,51%</p> <p><i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i></p>
COMMENTO	<p>Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è allineato rispetto al target che l'Azienda ha posto come obiettivo</p> <p>Esso, inoltre, manifesta l'impegno dell'ASST di Crema nel perseguimento di un miglioramento continuo: la transizione dall'anno 2015 all'anno 2016 infatti ha comportato un miglioramento percentuale di circa 4 punti percentuali rispetto al valore ottenuto al termine dell'anno 2015.</p>

DENOMINAZIONE	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Colecistectomie laparoscopiche: N. ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. ricoveri totali
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 70%, con uno scostamento ritenuto accettabile nell'intorno del +/- 2% (Fonte Regione Lombardia o PNE) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 53,97% dei casi
VALORE OTTENUTO	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2016 ha restituito un valore pari a 70,92% <i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i>
COMMENTO	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è allineato rispetto al target che l'Azienda ha posto come obiettivo Esso, inoltre, manifesta l'impegno dell'ASST di Crema nel perseguimento di un miglioramento continuo: la transizione dall'anno 2015 all'anno 2016 infatti ha comportato un miglioramento percentuale di circa 16 punti percentuali rispetto al valore ottenuto al termine dell'anno 2015.

DENOMINAZIONE	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
INDICATORE	Infarto miocardico acuto: N. casi trattati con PTCA entro due giorni / N. casi trattati con PTCA
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 60% (Fonte Regione Lombardia o PNE) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 63,56% dei casi
VALORE OTTENUTO	Il valore dell'indicatore calcolato al termine dell'anno 2016 ha restituito un valore pari a 60,22% <i>(Fonte PNE Lombardia Informatica)</i>
COMMENTO	Il valore ottenuto dall'ASST di Crema è allineato rispetto al target che l'Azienda ha posto come obiettivo Esso evidenzia un lieve scostamento rispetto al dato calcolato al termine dell'anno 2015, ma nonostante tale dinamica, la situazione permane nei limiti ritenuti ottimali e posti come obiettivo annuale.

Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

DENOMINAZIONE	Accessibilità documenti online																												
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Questo obiettivo è inserito nel progressivo sviluppo del Sistema informativo Socio Sanitario lombardo.</p> <p>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.</p>																												
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi SISS per l'anno di competenza PIMO																												
INDICATORE	Conteggio dei referti pubblicati per ciascuna tipologia (LIS-RIS-PS-LDIM-Altro)																												
VALORE TARGET	<p>L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente.</p> <p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 sono riportati di seguito: LIS: 15.109; RIS: 4.061; AMB: 9.617; PS: 4.103; L.DIM.: 1.121 <i>(non previsto il conteggio dei referti della categoria "altro" per l'anno 2015)</i> <i>(i valori si riferiscono al periodo 01/01/2015 – 31/07/2015; non sono disponibili i dati relativi all'annualità intera per l'anno 2015)</i></p>																												
VALORE OTTENUTO	<p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2016 presentano i seguenti valori: LIS: 181.379; RIS: 55.423; AMB: 143.762; PS: 54.455; L.DIM.: 12.754 <i>(non previsto il conteggio dei referti della categoria "altro" per l'anno 2016)</i></p>																												
COMMENTO	<p>I valori presentati sono ovviamente assai superiori rispetto a quelli previsti dal target dell'obiettivo, anche per via del diverso orizzonte temporale di riferimento.</p> <p>In tal senso, si riporta una tabella che evidenzia come, anche rispetto ai target posti da Regione Lombardia per l'attività di pubblicazione, l'ASST abbia svolto un'attività completa ed in linea con le aspettative dell'Ente di riferimento.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>OBIETTIVO</th> <th>2016</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AMB</td> <td>116.000</td> <td>143.762</td> <td>123,93%</td> </tr> <tr> <td>RIS</td> <td>52.000</td> <td>55.423</td> <td>106,58%</td> </tr> <tr> <td>LIS</td> <td>184.000</td> <td>181.379</td> <td>98,58%</td> </tr> <tr> <td>PS</td> <td>53.000</td> <td>54.455</td> <td>102,75%</td> </tr> <tr> <td>L.DIM.</td> <td>13.000</td> <td>12.754</td> <td>98,11%</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>418.000</td> <td>447.773</td> <td>107,12%</td> </tr> </tbody> </table>	CATEGORIA	OBIETTIVO	2016	%	AMB	116.000	143.762	123,93%	RIS	52.000	55.423	106,58%	LIS	184.000	181.379	98,58%	PS	53.000	54.455	102,75%	L.DIM.	13.000	12.754	98,11%	TOTALE	418.000	447.773	107,12%
CATEGORIA	OBIETTIVO	2016	%																										
AMB	116.000	143.762	123,93%																										
RIS	52.000	55.423	106,58%																										
LIS	184.000	181.379	98,58%																										
PS	53.000	54.455	102,75%																										
L.DIM.	13.000	12.754	98,11%																										
TOTALE	418.000	447.773	107,12%																										

DENOMINAZIONE	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction																																																						
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 si è proceduto ad assegnare obiettivi di mantenimento/miglioramento della miglior performance ottenuta nell'anno precedente, utilizzato come riferimento.																																																						
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza PIMO																																																						
INDICATORE	Numero di questionari con valutazioni pari a 6 o 7 per la domanda "valutazione complessiva" / numero di questionari totali																																																						
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 sono riportati di seguito: Tot. Questionari con 6 o 7 (ambulatoriale e ricovero): 3.858 Tot. Questionari compilati (ambulatoriale e ricovero): 4.780 Percentuale target: 80,71%																																																						
VALORE OTTENUTO	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Confronto</th> <th colspan="3">2015</th> <th colspan="3">2016</th> </tr> <tr> <th>Tot. compilati</th> <th>Comp. con 6</th> <th>Comp. con 7</th> <th>Tot. compilati</th> <th>Comp. con 6</th> <th>Comp. con 7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Degenza</td> <td>1.566</td> <td>498</td> <td>834</td> <td>1.731</td> <td>524</td> <td>919</td> </tr> <tr> <td>Ambulat.</td> <td>3.214</td> <td>928</td> <td>1.598</td> <td>3.879</td> <td>1.196</td> <td>2.087</td> </tr> <tr> <td>totale</td> <td>4.780</td> <td>1.426</td> <td>2.432</td> <td>5.610</td> <td>1.720</td> <td>3.006</td> </tr> <tr> <td>Tot. 6+7</td> <td>3.858</td> <td colspan="2"></td> <td>4.726</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Percentuale</td> <td>80,71%</td> <td colspan="2"></td> <td>84,24%</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>							Confronto	2015			2016			Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7	Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7	Degenza	1.566	498	834	1.731	524	919	Ambulat.	3.214	928	1.598	3.879	1.196	2.087	totale	4.780	1.426	2.432	5.610	1.720	3.006	Tot. 6+7	3.858			4.726			Percentuale	80,71%			84,24%		
Confronto	2015			2016																																																			
	Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7	Tot. compilati	Comp. con 6	Comp. con 7																																																	
Degenza	1.566	498	834	1.731	524	919																																																	
Ambulat.	3.214	928	1.598	3.879	1.196	2.087																																																	
totale	4.780	1.426	2.432	5.610	1.720	3.006																																																	
Tot. 6+7	3.858			4.726																																																			
Percentuale	80,71%			84,24%																																																			
COMMENTO	I dati mostrano un importante miglioramento tra i dati dell'anno 2015 e quelli dell'anno 2016; la percentuale incrementa di quasi quattro punti, principalmente in virtù dell'importante contributo garantito dalle rilevazioni dell'attività ambulatoriale, che incrementa in modo sensibile sia nella quantità dei questionari compilati, sia nelle votazioni con valori pari o superiori a 6. Nel complesso pertanto la percezione della qualità complessiva dell'assistenza fornita presso l'ASST presenta un valore in positivo incremento.																																																						

DENOMINAZIONE	Tempo di attesa presso CUP Aziendale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare la permanenza in attesa agli sportelli CUP aziendali dell'utenza ambulatoriale. L'obiettivo, per essere compreso, deve essere considerato anche alla luce delle misure organizzative che vengono messe in atto per incentivare forme alternative di prenotazione (telefonica, farmacia ecc).
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali
INDICATORE	% Pazienti con tempo di attesa medio > di 30 minuti
VALORE TARGET	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 evidenziano una percentuale di utenti con tempo di attesa inferiore a 30 minuti pari al 77,2% degli utenti che complessivamente si sono rivolti al CUP aziendale.
VALORE OTTENUTO	I valori ottenuti al termine dell'anno 2016 indicano che la percentuale di utenti che è rimasta in attesa presso il CUP aziendale per un tempo inferiore a 30 minuti è stata pari all'80,1%.
COMMENTO	L'ASST di Crema ha migliorato la propria performance presso il CUP aziendale, in quanto complessivamente la quota degli utenti in attesa per più di trenta minuti si è ridotta di circa 3 punti percentuali rispetto all'anno 2015.

DENOMINAZIONE	Lista d'Attesa per prestazioni ambulatoriali
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, come meglio dettagliato all'interno dell'obiettivo di Mandato delle Direzioni Strategiche, di interesse Regionale, tipicamente declinato nelle Regole di Gestione dell'SSR anno dopo anno
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
INDICATORE	Raggiungimento per almeno il 95% dei primi accessi di tempi obiettivo previsti dalla DGR n.X/3993/2015
VALORE TARGET	L'obiettivo previsto è il rispetto delle indicazioni contenute, di anno in anno, nell'obiettivo Regionale di Mandato delle Direzioni aziendali, tipicamente declinato in maniera simile a quanto di seguito riportato: <i>"Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015"</i>
VALORE OTTENUTO	Come da certificazione restituita a Regione Lombardia in merito all'andamento degli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni Generali, è stato rispettato lo standard di almeno il 95% dei primi accessi nei tempi obiettivo.
COMMENTO	Il valore ottenuto, in parallelo anche con quanto ottenuto al punto precedente, rispecchia l'attenzione dell'ASST sia alle condizioni di accesso, sia alle tempistiche di presa in carico degli utenti che si rivolgono alla Struttura.

Attività di risk management

DENOMINAZIONE	Riduzione delle cadute durante il periodo di ricovero
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare il trend del numero di cadute in corso di ricovero. Esso costituisce una proxy della qualità del processo di assistenza al paziente nel corso del periodo di ricovero. Tale obiettivo attiene principalmente all'attività del personale sanitario e di supporto sanitario
RIFERIMENTI NORMATIVI	P.I.M.O. DGR 9014/2009
INDICATORE	Numero cadute / Giornate di degenza totali
VALORE TARGET	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un tasso < 0,18%
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è pari a 0,17% (225 cadute su un totale di 129.693 giornate di degenza)
COMMENTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è allineato al valore target previsto annualmente. Il valore è in lieve incremento rispetto all'anno precedente (0,15%), ma la genesi di tale dinamica è da ricercarsi in una "naturale" variabilità dell'indicatore che, tuttavia, si mantiene costantemente all'interno del tasso di sicurezza rappresentato dal valore obiettivo posto come target.

DENOMINAZIONE	Incremento delle segnalazioni di reazione avversa a farmaci																		
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno dell'azienda nell'attività di segnalazione del verificarsi di reazioni avverse a seguito della somministrazione di prodotti farmaceutici nel corso del ricovero. L'attività di farmacovigilanza assume particolare rilevanza ed è di particolare interesse sia per il personale farmacista, sia per il personale medico ed è considerabile una proxy di un indicatore di qualità del percorso di cura prestato al paziente. E' un obiettivo presente anche nel PIMO aziendale																		
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Normativa nazionale Farmacovigilanza																		
INDICATORE	Numero segnalazioni anno in corso / Numero segnalazioni anno precedente																		
VALORE TARGET	Il valore target è il miglioramento, o l'allineamento, al dato dell'anno precedente. Dato relativo al numero di segnalazioni pervenute nel corso dell'anno 2015: 125, di cui 41 legate a reazioni gravi ed 84 legate a reazioni non gravi.																		
VALORE OTTENUTO	Il numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci effettuate al termine dell'anno 2016 è stato pari a 211, di cui 87 relative ad episodi gravi e 123 relative a reazioni avverse non gravi.																		
COMMENTO	<p>L'ASST di Crema ha compiuto un importante miglioramento nei volumi di segnalazione rispetto a quanto effettuato nell'anno 2015; il miglioramento peraltro è effettivo sia dal punto di vista dei volumi, sia da quello della tipologia delle segnalazioni; come evidenziato dalla tabella seguente infatti sono incrementate sia il numero totale delle segnalazioni, sia la percentuale di esse relativa ad episodi gravi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Segnalazioni</th> <th>Gravi</th> <th>Non Gravi</th> <th>Totali</th> <th>% gravi</th> <th>% non gravi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2015</td> <td>41</td> <td>84</td> <td>125</td> <td>32,80%</td> <td>67,20%</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>87</td> <td>123</td> <td>210</td> <td>41,43%</td> <td>58,57%</td> </tr> </tbody> </table>	Segnalazioni	Gravi	Non Gravi	Totali	% gravi	% non gravi	2015	41	84	125	32,80%	67,20%	2016	87	123	210	41,43%	58,57%
Segnalazioni	Gravi	Non Gravi	Totali	% gravi	% non gravi														
2015	41	84	125	32,80%	67,20%														
2016	87	123	210	41,43%	58,57%														

DENOMINAZIONE	Verifiche al corretto funzionamento degli impianti
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno dell'azienda al monitoraggio del funzionamento degli impianti tecnologici aziendali. Questa attività è da considerarsi una proxy di un indicatore della qualità e della sicurezza del percorso di cura del paziente. E' un obiettivo contenuto anche nel PIMO aziendale.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali P.I.M.O.
INDICATORE	Numero verifiche eseguite / Numero verifiche pianificate
VALORE TARGET	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del 100% delle attività previste nell'anno considerato
VALORE OTTENUTO	Il valore ottenuto al termine dell'anno 2016 è pari al 100%, in completo allineamento con il target obiettivo
COMMENTO	Il valore ottenuto nell'anno 2016 è in linea con il target previsto. Nello specifico, esso è conseguito anche attraverso la collaborazione con un'azienda specializzata nella manutenzione di apparecchiature ospedaliere con le quali è stato stipulato un apposito contratto di fornitura pluriennale di servizi

Implementazione della L.R. 23/2015

DENOMINAZIONE	Implementazione nuove attività di competenza dell'anno
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di presa in carico e proseguimento di tutte le attività precedentemente in carico all'ASL di Cremona erogate nel distretto di Crema e che, secondo quanto stabilito dalla legge Regionale di Riforma del Sistema Sanitario, a partire dal 01/01/2016 divengono di competenza della nuova ASST di Crema.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza L.R. 23/2015
INDICATORE	Nuove funzioni avviate / Nuove funzioni da avviare
VALORE TARGET	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del 100% delle attività previste nell'anno considerato
VALORE OTTENUTO	Tutte le funzioni annesse dall'ex ASL di Cremona (Consultorio, Cure Primarie, Cure Socio-Sanitarie, Ser.D.) hanno proseguito la propria attività senza alcuna criticità, garantendo una costante continuità operativa al servizio.
COMMENTO	<p>Nel corso dell'anno 2016 l'ASST di Crema ha posto in essere una pluralità di azioni nel rispetto dello spirito della L.R. n.23/2015 volte all'integrazione tra l'area sanitaria e socio sanitaria, che hanno coinvolto i diversi settori aziendali, polo ospedaliero e rete territoriale, sussidiari alla presa in carico della persona e delle fragilità, integrando le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale.</p> <p>Tali azioni, che si configurano come "work in progress" propedeutico a nuovi percorsi orizzontali da sviluppare nel biennio 2017-2018 secondo i percorsi prospettati dalle indicazioni regionali, hanno toccato i seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • impostazione e implementazione di un lavoro di rete nell'area delle patologie mentali e da dipendenze patologiche; • percorsi di presa in carico e continuità di cura per i pazienti terminali; • impostazione di un nuovo modello di gestione delle liste d'attesa e di accesso in R.S.A.; • creazione di uno sportello welfare con associazione di volontariato; • convenzione pubblico-privato per la gestione di una struttura sanitaria di ricovero in regime "sub-acuti"; • realizzazione di iniziative formative in tema di continuità di cura e di presa in carico per gli operatori del polo ospedaliero e della rete territoriale; • impostazione di una progettualità volta alla realizzazione della cartella sociale informatizzata presso tutti i punti di accoglienza pubblici e privati e integrazione con sistemi informativi degli enti; • introduzione di misure di efficientamento nell'area degli interventi di protezione giuridica.

DENOMINAZIONE	Incremento del tasso di copertura vaccinale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di presa in carico ed espletamento dell'attività vaccinale sul territorio di propria competenza.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza L.R. 23/2015
INDICATORE	Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS per ciascuna delle percentuali di copertura di interesse regionale
VALORE TARGET Anno 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB) <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2014: 3° dose ≥95% - Morbillo - Parotite – Rosolia <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2014: 1° dose ≥95% • Coorte nati residenti 2010: 2° dose ≥ 95% - Pneumococco <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2014: 3° dose ≥ 80% - Meningococco C <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2013: ≥80% - Polio 4° dose <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati 2010 residenti ≥ 95% - HPV femmine dodicenni <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80% • Coorte nate 2003: 2° dose ≥ 75% - Influenza <ul style="list-style-type: none"> • over 65aa ≥ 75%
VALORE OTTENUTO	<p>Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2014: 3° dose: 95,78% <p>- Morbillo - Parotite – Rosolia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2014: 1° dose: 92,44% • Coorte nati residenti 2010: 2° dose: 90,76% <p>- Pneumococco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2014: 3° dose: 94,3% <p>- Meningococco C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati residenti 2013: 89,31% <p>- Polio 4° dose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nati 2010 residenti: 92,85% <p>- HPV femmine dodicenni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coorte nate 2004: 2° dose: 81,31% • Coorte nate 2003: 2° dose: 80% <p>- Influenza</p> <ul style="list-style-type: none"> • over 65aa ≥ non disponibile il dato percentuale. Dal punto di vista dei volumi tuttavia: anno 2015: 19.010 somministrazioni; anno 2016: 20.726 somministrazioni.
COMMENTO	Nonostante la presenza di alcuni lievi scostamenti sul vaccino per Morbillo-Parotite-Rosolia (comunque sempre inferiori a 5 punti percentuali) i dati rilevati al termine dell'anno 2016 sono sempre ampiamente allineati ai valori obiettivo per l'anno di interesse.

Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione

DENOMINAZIONE	Publicazione dei documenti aziendali di competenza dell'anno in corso
DESCRIZIONE E FINALITA'	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di pubblicazione di tutti gli atti di competenza dell'anno in corso. Esso in particolare costituisce uno degli adempimenti ritenuto necessario per favorire la trasparenza delle attività della Pubblica Amministrazione.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Piano Aziendale Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
INDICATORE	Numero atti pubblicati / Numero atti da pubblicare
VALORE TARGET	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nel 90% della documentazione di pertinenza dell'anno considerato
VALORE OTTENUTO	Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2016 è stato pari al 100%.
COMMENTO	<p>L'ASST di Crema con delibera n. 22 del 28/01/2016 ha provveduto all'aggiornamento 2016 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) e del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) per il triennio 2016/2018. Nel corso dell'anno sono da parte del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, sono stati monitorati tutti gli adempimenti del PTPC e del PTTI.</p> <p>In data 26/01/2017 con provvedimento n. 27 è stato approvato l'aggiornamento 2017 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2017/2019, redatto secondo le disposizioni normative in materia e dei Piani nazionali emanati dall'ANAC.</p> <p>Sono state regolarmente prodotte entro il 5 del mese le certificazioni mensili inerenti gli adempimenti di trasparenza;</p> <p>Con nota prot. n. 0011196 del 13.05.2016 è stata trasmessa la 1^ relazione semestrale 2016 e in data 12.12.2016 con nota prot. n. 0027428 la 2^ relazione semestrale 2016 inerente la rendicontazione in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblower).</p>