



Piano delle Performance

2012-2014

Cos'è il Piano delle Performance?

Il **Piano delle Performance** appartiene alla categoria dei documenti di programmazione. È stato introdotto e disciplinato dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n°150, dalle Regole di Sistema del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012 (DGR. 2633/2011) e dal documento di programmazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale "Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie lombarde".

Il Piano delle Performance, in coerenza con gli strumenti istituzionali di programmazione, anche finanziaria e di bilancio ha una validità triennale. L'A.O. di Cremona, dunque, Vi presenta in tale documento le sue linee di sviluppo ed i suoi **obiettivi** strategici e operativi, ai quali sono legati indicatori utili alla misurazione ed alla valutazione del relativo livello di raggiungimento.

Con la redazione di questo documento l'Azienda vuole fornirVi elementi utili alla valutazione della performance raggiunta, soprattutto in termini di risposta ai bisogni della comunità. Si tratta di una scelta convinta che, nello spirito di servizio e di aiuto che deve connotare le organizzazioni pubbliche, ci aiuterà a migliorare ed ad accrescere anche la motivazione dei nostri collaboratori.

E' da qui che nasce una nuova modalità di comunicare, attraverso un documento snello, fruibile e pensato per raccontare cosa fa l'Azienda Ospedaliera di Cremona, ma soprattutto come può fare meglio con il contributo di tutti! In sostanza, crediamo, che solo confrontandoci possiamo capire se stiamo producendo Salute!

Speriamo di averVi convinti ad andare avanti a leggere...

L'A.O. di CREMONA in sintesi – La mission aziendale

La mission dell'Azienda Ospedaliera è erogare prestazioni sanitarie specialistiche, di media o elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità.

In termini generali, il fine perseguito è quello di rendere l'attività aziendale competitiva in termini di:

- tempi di risposta a fronte di corretti tempi di attesa;
- qualità delle prestazioni e valorizzazione delle aree di eccellenza;
- costi interni in rapporto alle condizioni di equilibrio di bilancio.

I valori di riferimento sono:

- la centralità del paziente come bene fondamentale;
- il personale come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita, con il coinvolgimento quale fattore critico di successo delle Associazioni che a diverso titolo supportano l'attività dell'A.O.;
- l'innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività di qualità;
- la sicurezza nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente.

L'A.O. di CREMONA in sintesi – La vision aziendale

I principi ispiratori nell'attività quotidiana possono essere così sintetizzati:

UMANIZZAZIONE: centralità della persona garantendo accoglienza, attenzione, rispetto della dignità del paziente;

INTEGRAZIONE ed INTERATTIVITA': apertura al territorio, collaborazione con le altre strutture e realtà sociali della zona ed a progetti di miglioramento;

APPARTENENZA e SOLIDARIETA': alleanza tra operatori e utenti che migliora i rapporti umani e qualifica il lavoro, apertura anche alle associazioni dei cittadini ed alle organizzazioni di volontariato;

APPROPRIATEZZA: le cure erogate devono rispondere alle reali necessità del paziente;

AFFIDABILITA': intesa come sicurezza da cui scaturisce la fiducia verso l'ospedale da parte di chi vi si affida;

INNOVAZIONE: flessibilità organizzativa, disponibilità al cambiamento ed alla sperimentazione di nuove terapie e tecnologie per soddisfare le esigenze dei singoli e della collettività;

FORMAZIONE e RICERCA: aggiornamento continuo per tutte le professionalità presenti in azienda.

L'A.O. di CREMONA in sintesi– Le risorse umane

| DIRIGENTI | 31 DICEMBRE 2011 | COMPARTO | 31 DICEMBRE 2011 |
|------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| DIRIGENTI AMMINISTRATIVI | 5 | AMMINISTRATIVI | 206 |
| DIRIGENTI MEDICI | 400 | ASSISTENTI RELIGIOSI | 3 |
| DIRIGENTI SANITARI | 38 | ASSISTENTI SOCIALI | 4 |
| DIRIGENTI TECNICI/PROFESSIONALI | 3 | AUSILIARI/TECNICI | 493 |
| | | INFERMIERI | 1090 |
| | | TECNICI RIABILITAZIONE | 76 |
| | | TECNICI SANITARI | 164 |
| | | TECNICI VIGILANZA ISPEZIONE | 1 |
| TOTALE | 446 | TOTALE | 2037 |
| TOTALE COMPLESSIVO 2.483 | | | |

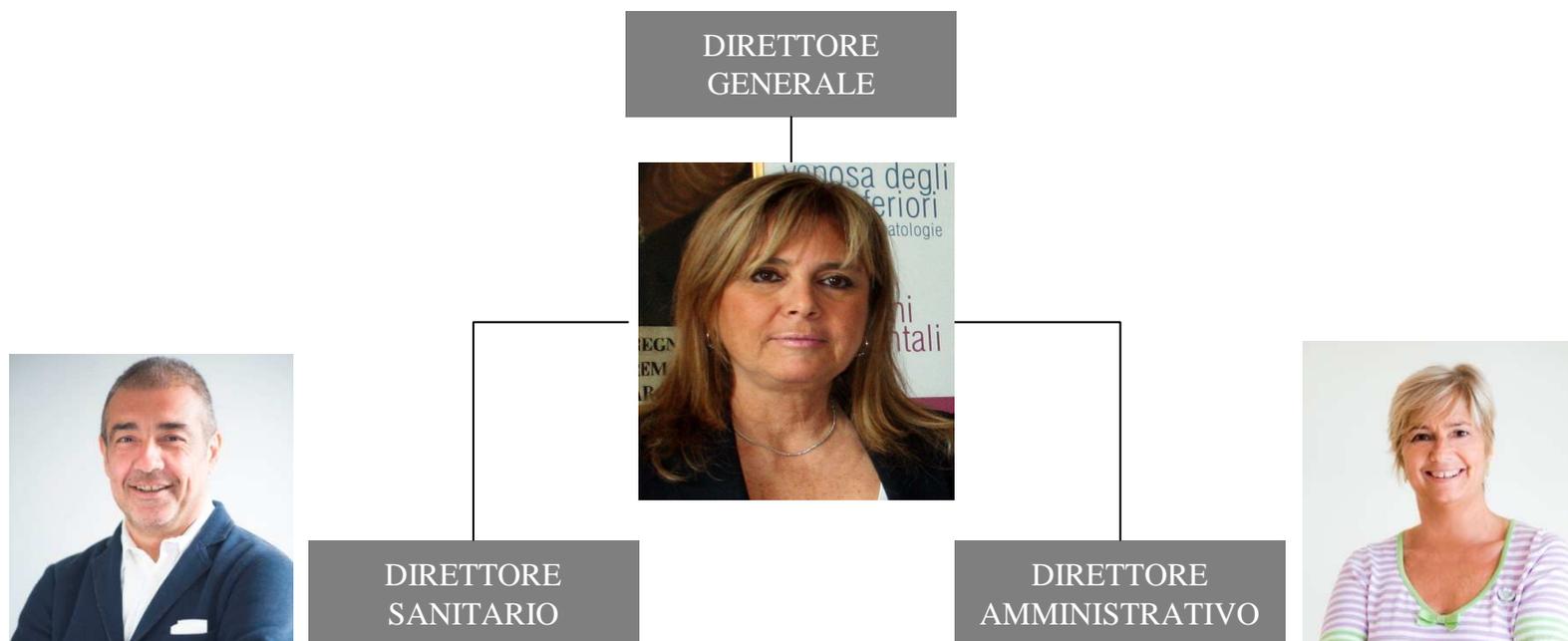
L'A.O. di CREMONA in sintesi- La produzione

| U.O.O POC | PL MEDI ORD 2011 | DIMESSI R.O. ANNO 2011 | GG DEG R.O 2011 | PL MEDI DH | NUM DH ANNO 2011 | GG DEG DH 2011 | MAC | PA EST | PA PS |
|---------------------------------|------------------|------------------------|-----------------|------------|------------------|----------------|-----|-----------|---------|
| 101-INFETTIVI | 12 | 270 | 3.727 | 1 | 15 | 91 | | 3.018 | 429 |
| 110-MEDICINA INTERNA | 54,83 | 2.236 | 17.304 | 2,17 | 56 | 148 | | 50.592 | 842 |
| 115-ENDOSCOPIA DIGESTIVA | 0 | 83 | 328 | 0 | 48 | 55 | | 6.993 | 169 |
| 125-EMATOLOGIA | 7,5 | 303 | 3.402 | 1,08 | 189 | 455 | 21 | 18.533 | 52 |
| 126-ONCOLOGIA | 25,83 | 997 | 6.730 | 12,08 | 391 | 1916 | 212 | 29.956 | - |
| 130-CURE PALLIATIVE | 14 | 301 | 4.350 | 1 | 0 | 0 | | 815 | - |
| 160BU-BREAST-UNIT | 8 | 311 | 1.818 | 2 | 568 | 577 | | 26.933 | 1 |
| 160G-CHIRURGIA GENERALE | 40 | 1.282 | 12.267 | 3 | 450 | 452 | | 3.599 | 1.794 |
| 160V-CHIRURGIA VASCOLARE | 9 | 401 | 2.436 | 2 | 14 | 28 | | 5.559 | 149 |
| 180-OSTETRICIA e GINECOLOGIA | 36 | 1.950 | 7.575 | | 587 | 589 | | 14.267 | 5.026 |
| 181-NIDO | 15 | 1.111 | 3.547 | | | | | - | - |
| 200-PEDIATRIA | 14,75 | 1.063 | 3.883 | 2 | 59 | 120 | | 2.504 | 10.280 |
| 201-TERAPIA INTENSIVA NEONATALE | 4,92 | 21 | 478 | | | | | | |
| 202-NEONATOLOGIA E PAT. NEON. | 10 | 258 | 3.863 | 1 | 142 | 144 | | | |
| 220-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 32,73 | 1.389 | 8.959 | 1,98 | 379 | 460 | | 15.150 | 14.906 |
| 240-OCULISTICA | 4 | 385 | 532 | 1 | 155 | 156 | | 23.072 | 4.761 |
| 260-OTORINOLARINGOIATRIA | 14 | 907 | 2.990 | 2 | 257 | 263 | | 7.381 | 3.242 |
| 280-UROLOGIA | 10 | 595 | 2.395 | 1 | 233 | 243 | | 3.879 | 1.156 |
| 290-NEFROLOGIA | 19,25 | 587 | 6.351 | 1,58 | 74 | 208 | 1 | 62.472 | 257 |
| 300-NEUROLOGIA | 30,08 | 906 | 7.446 | 1 | 18 | 89 | | 12.205 | 2.158 |
| 301-NEUROCHIRURGIA | 17 | 1.038 | 7.565 | 1 | 48 | 49 | | 2.839 | 739 |
| 320-DERMATOLOGIA | 0 | 5 | 31 | 0 | 388 | 645 | | 23.133 | 1.463 |
| 340-PNEUMOLOGIA | 26,16 | 1.110 | 9.694 | 1 | 251 | 291 | | 19.188 | 902 |
| 360M - RIAB. SPECIALISTICA | 26,08 | 426 | 11.352 | 0,58 | 0 | 0 | | 73.332 | - |
| 370M - RIAB. GEN. E GERIATRICA | 16,16 | 75 | 1.807 | 1 | 0 | 0 | | | - |
| 371-CARDIOLOGIA RIABILITATIVA | 4,00 | 107 | 1.148 | 0 | | | | | |
| 380-RADIOTERAPIA | 23 | 488 | 7.455 | 1 | 230 | 637 | 73 | 34.282 | 24 |
| 420-TERAPIA INTENSIVA | 8 | 131 | 1.026 | 0 | | | | - | 8 |
| 440-CARDIOLOGIA | 28,67 | 1.543 | 9.450 | 1 | 144 | 183 | | 15.273 | 6.235 |
| 450-UNITA CORONARICA | 8 | 131 | 603 | 0 | | | | | |
| 330-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | 0 | - | - | 1 | 5 | 5 | | 39.409 | 7 |
| 471-PSICHIATRIA | 15 | 419 | 4.437 | 0 | 0 | 0 | | 1.440 | 1 |
| MEDICINA DEL LAVORO | | | | | | | | 1.560 | - |
| RADIOLOGIA POC | | | | | | | | 56.949 | 32.586 |
| LABORATORIO POC | | | | | | | | 1.337.668 | 193.578 |
| TRASFUSIONALE | | | | | | | | 80.028 | 67 |
| CITOGENETICA | | | | | | | | 13.842 | - |
| ANATOMIA PATOLOGICA | | | | | | | | 14.664 | - |
| PRONTO SOCCORSO POC | | | | | | | | | 49.546 |
| PSICOLOGIA CLINICA | | | | | | | | 1.944 | - |
| TOTALE POC | 534 | 20.829 | 154.949 | 1,47 | 4.701 | 7804 | 307 | 2.002.479 | 330.378 |

L'A.O. di CREMONA in sintesi– La produzione

| UU.OO POOP | PL MEDI ORD 2011 | DIMESSI R.O. ANNO 2011 | GG DEG R.O. 2011 | PL MEDI DH | NUM DH ANNO 2011 | GG DEG DH 2011 | MAC | PA EST | PA PS |
|---------------------------------------|------------------|---------------------------|---------------------|------------|------------------|----------------|-----|---------|--------|
| 0800-CARDIOLOGIA | 14 | 845 | 4.801 | 0 | 0 | 0 | | 15.791 | 3.693 |
| 0910-CHIRURGIA GENERALE | 20 | 805 | 5.039 | 3 | 275 | 288 | | 9.209 | 580 |
| 2600-MEDICINA GENERALE | 56,46 | 1.894 | 19.341 | 3,9 | 236 | 1282 | 61 | 15.579 | 566 |
| 3100-NIDO | 10 | 370 | 1.224 | 0 | 0 | 0 | | - | - |
| 3600-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 21 | 733 | 5.188 | 1 | 151 | 233 | | 7.904 | 9.627 |
| 3700-OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 20 | 878 | 3.014 | 2 | 297 | 297 | | 3.252 | 2.177 |
| 3900-PEDIATRIA | 12 | 820 | 3.532 | 1 | 15 | 15 | | 1.012 | 2.355 |
| 4000-PSICHIATRIA | 10 | 249 | 2.745 | 0 | 0 | 0 | | 931 | 1 |
| 4900-TER.INTENS., ANEST. RIANIMAZ. | 4 | 64 | 497 | 0 | 0 | 0 | | - | - |
| 5000-UNITA CORONARICA | 4 | 89 | 253 | 0 | 0 | 0 | | | - |
| 5600-RIABILITAZIONE SPECIALISTICA | 4 | 69 | 1.447 | 0 | 0 | 0 | | | |
| SAOP-CURE SUBACUTE POOP | 4,8 | 13 | 240 | 0 | 0 | 0 | | - | |
| TA-TERAPIA ANTALGICA | 1,2 | 107 | 407 | 0 | 191 | 192 | | 2.357 | 69 |
| RADIOLOGIA POOP | | | | | | | | 32.323 | 13.336 |
| LABORATORIO POOP | | | | | | | | 543.934 | 69.310 |
| FRONTO SOCCORSO POOP | | | | | | | | | 42.501 |
| DIREZIONE MEDICA POOP | | | | | | | | 3.991 | - |
| TOTALE POOP | 166,9 | 6.923 | 47488 | 0,42 | 1.165 | 2.307 | 61 | 636283 | 144215 |

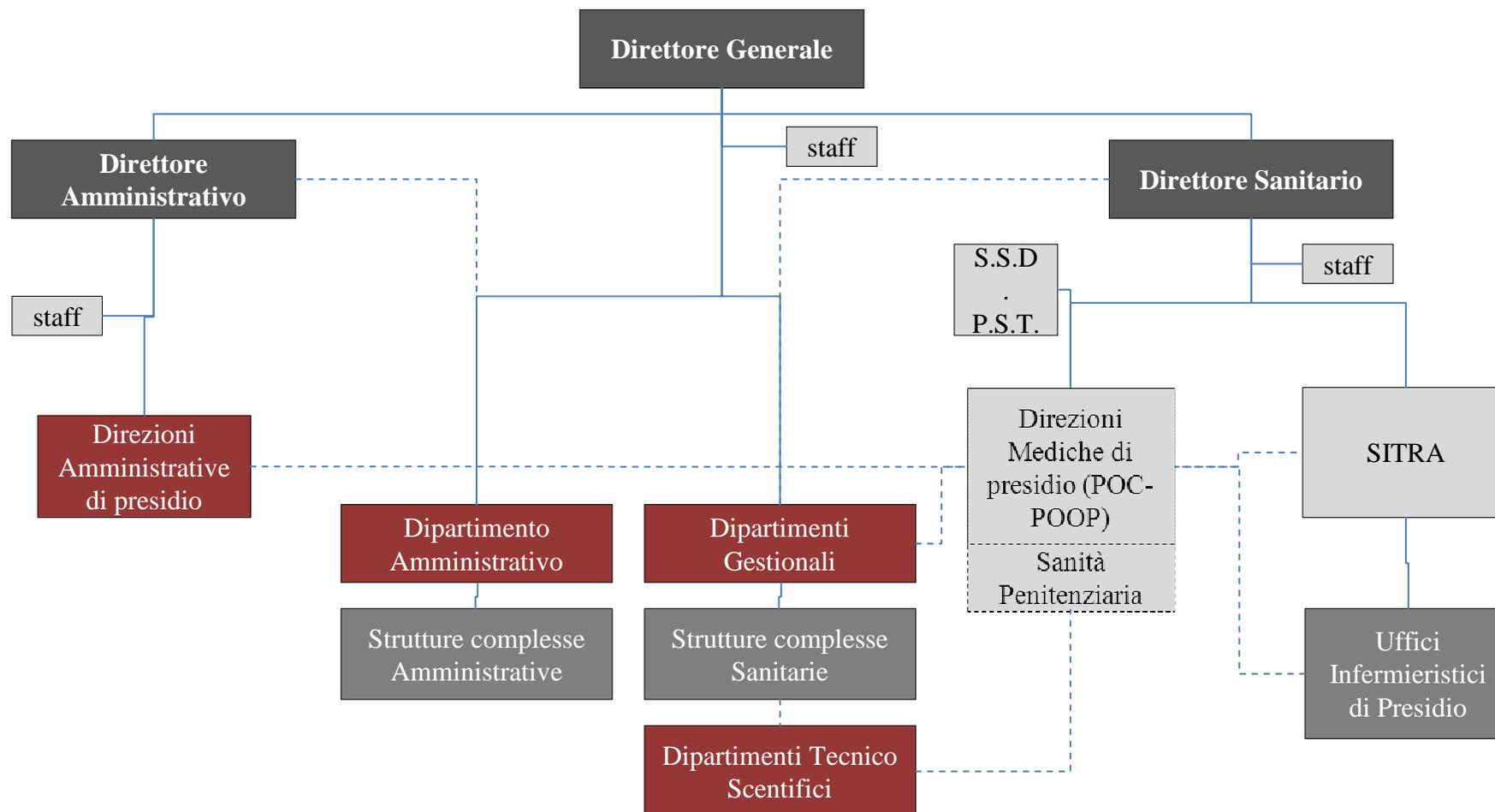
L'A.O. di CREMONA in sintesi– La Direzione Strategica



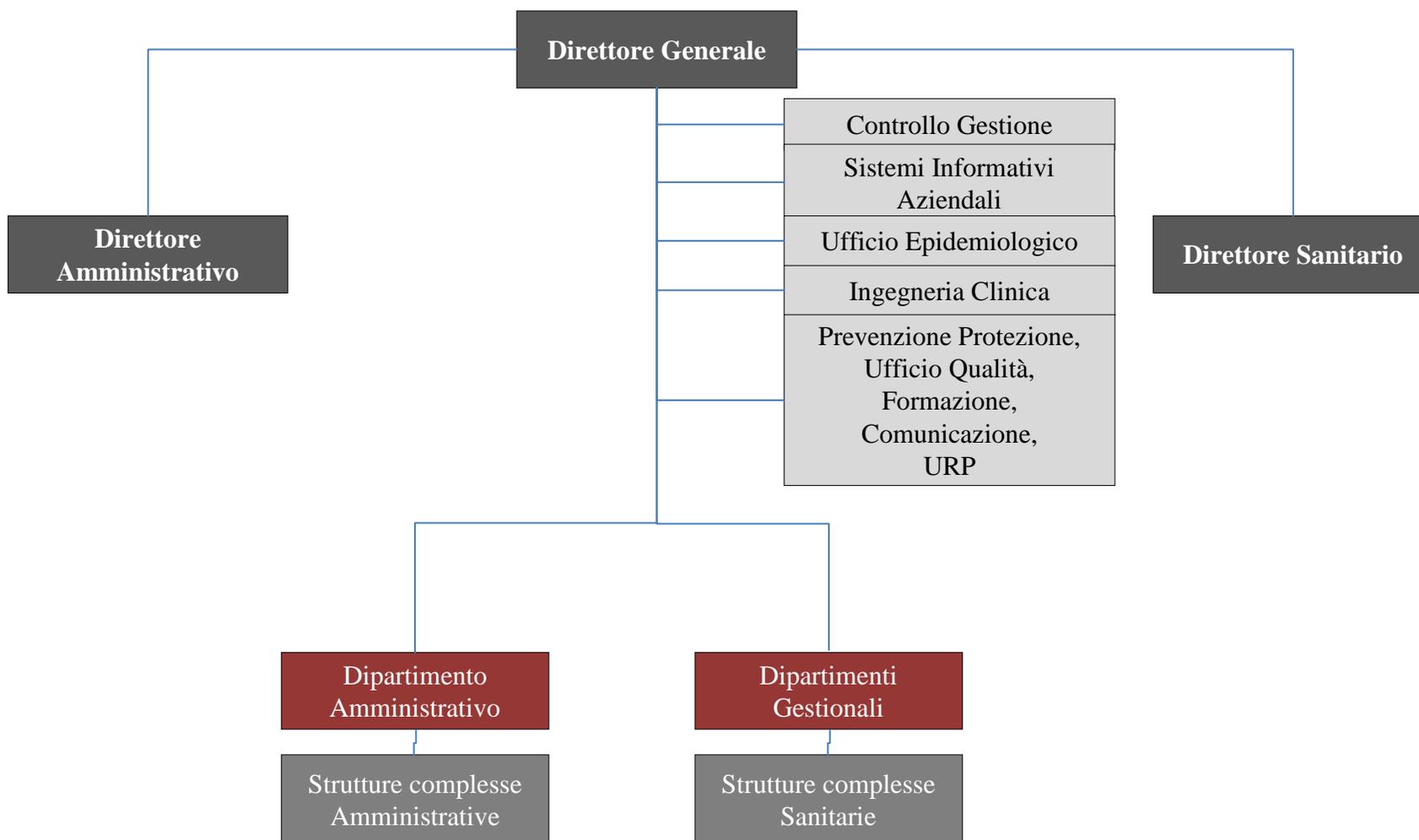
Il Direttore Sanitario dirige, a livello strategico, i Servizi Sanitari, Contribuisce alla definizione degli orientamenti generali e delle priorità della pianificazione al fine di realizzare la migliore composizione tra le caratteristiche di efficacia, efficienza e qualità dei servizi sanitari dell'azienda; coordina l'azione dei Dipartimenti clinici. Partecipa alla determinazione dei criteri, mediante indicazioni, proposte e valutazioni, per l'individuazione degli obiettivi e delle risorse da assegnare ai Presidi ed ai Dipartimenti clinici

Il Direttore Amministrativo dirige, a livello strategico, i Servizi Amministrativi con particolare riferimento al buon andamento ed all'imparzialità dell'azione amministrativa, agli aspetti giuridico - amministrativi ed economico - finanziari, alle strategie di gestione del patrimonio e all'integrazione organizzativa. Contribuisce, inoltre, alla pianificazione strategica al fine di realizzare efficienza, efficacia e qualità dei servizi amministrativi dell'Azienda. Partecipa alla determinazione dei criteri, mediante indicazioni, proposte e valutazioni, per l'individuazione degli obiettivi e delle risorse da assegnare all'area amministrativa

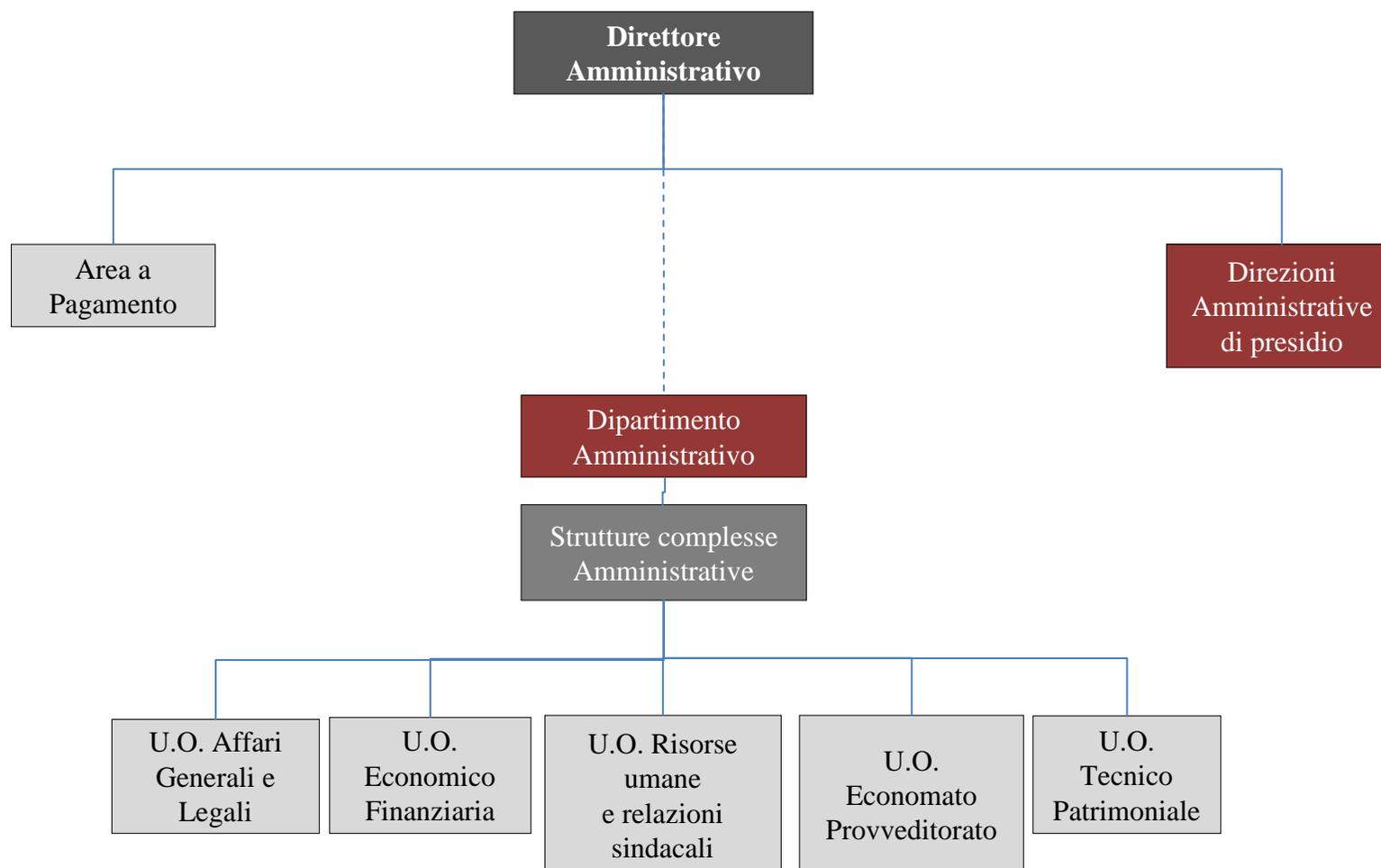
L'A.O. di Cremona in sintesi. L'organigramma



L'A.O. di CREMONA in sintesi– L'organigramma della Direzione Generale



L'A.O. di CREMONA in sintesi– L'organigramma della Direzione Amministrativa



Introduzione

Il **Piano della Performance** è il documento attraverso il quale l'A.O. di Cremona si presenta e racconta di sé ai cittadini ed in generale a tutti coloro che sono interessati a conoscerci. In particolare parleremo di ciò che faremo nel triennio 2012 – 2014. Vogliamo condividere con Voi i nostri obiettivi e permettere a tutti di misurare al termine di ogni anno, dove siamo arrivati, valutare il livello di performance raggiunto.). L'attività di una Struttura Sanitaria è, però, un'attività complessa, e solo la misurazione congiunta di più dimensioni può consentire una valutazione corretta. Obiettivi e indicatori sono organizzati in modo tale da consentire una rappresentazione completa della performance programmata (**ex ante**) ed effettivamente raggiunta (**ex post**). Il Piano della Performance 2012-2014 costituisce un'importante occasione di ripensare il ruolo dell'Ospedale nel territorio., so, infatti è un modo per affermare la centralità del paziente, che non è più solo oggetto delle cure, partecipa alla sua realizzazione. Al riguardo abbiamo identificato **cinque aree di sviluppo**.

- **Programmi strategici:** Quali sono le priorità strategiche dell'A.O. di Cremona e in che modo tali priorità si articolano in programmi strategici?
- **Attività e servizi:** Quali attività e servizi mettiamo a disposizione di cittadini e utenti?
- **Stato di Salute:** Siamo in grado di garantire un utilizzo equilibrato delle risorse, lo sviluppo dell'organizzazione e delle relazioni con i cittadini, gli utenti, con tutta la comunità?
- **Impatti:** Quali effetti produce l'attività sul proprio territorio e rispetto ai bisogni espressi dalla collettività?
- **Benchmarking:** Come stiamo operando rispetto ad altre Aziende Ospedaliere?



L'A.O. di CREMONA in sintesi– Linee di sviluppo 2012 - 14

Grandi opere

Di seguito si propone una sintesi dei grandi temi che l'Azienda Ospedaliera di Cremona intendente affrontare.

Il governo delle infrastrutture tecnologiche ed il patrimonio edilizio. Nel corso degli ultimi anni si è intrapreso un piano di valorizzazione del nostro ospedale, messa in sicurezza ed adeguamento alle esigenze operative, anche in un'ottica di sostenibilità, la quale sta assumendo un'importanza crescente anche nel mondo sanitario, perché operare in modo sostenibile significa creare valore per l'azienda e per i cittadini.

In questa logica anche nel 2012 proseguirà l'attività di razionalizzazione sia dei fabbricati che delle infrastrutture che forniscono il necessario supporto, a partire dall'intervento sul **Pronto Soccorso** che consentirà una più razionale gestione dell'afflusso di pazienti. In particolare, attraverso la convenzione stipulata con ASL Cremona sarà realizzato il progetto di gestione delle patologie di minore gravità (codici bianchi) presso un ambulatorio dedicato adiacente al Pronto Soccorso. Regione Lombardia ed il Piano Sanitario Nazionale prevedono di adottare azioni di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, attraverso iniziative di gestione diversificate in funzione dei bisogni assistenziali per limitare il ricorso improprio alla struttura ospedaliera.

Questo consentirà di evitare le lunghe attese, l'elevata pressione sul personale sanitario, i disagi e le difficoltà nel trattamento dei pazienti con maggiore criticità, oltre che i costi connessi all'erogazione di tali attività impropriamente erogate.

Parallelamente gli strumenti informatici nel processo di cura del paziente (**Information Technology**) hanno reso ormai indispensabile la presenza di infrastrutture tecnologiche complesse all'interno dell'Ospedale, anche al fine di garantirne la sicurezza e la migliore appropriatezza di cura. Particolarmente rilevante appare, dunque, il progetto «**Farmaco Monodose**».

**Il
nuovo
modello
di cura**

Lo sviluppo della rete d'offerta. L'obiettivo di questo grande tema è da un lato consolidare una serie di servizi già avviati e, dall'altro, attivare nuove metodologie di lavoro multidisciplinare. La MRC (**Malattia Renale Cronica**) sta diventando uno dei maggiori problemi di salute nel mondo occidentale. La sua prevalenza è in continuo aumento per due motivi principali: allungamento della vita media e/o dell'aspettativa di vita, miglioramento della sopravvivenza dei soggetti affetti da malattie metaboliche (diabete) e/o cardiovascolari .

La MRC si associa a numerose complicanze ed elevati costi sanitari e sociali.

La stima della prevalenza della malattia a livello internazionale oscilla tra il 9%-11% della popolazione adulta; secondo queste stime quindi la popolazione interessata nella regione Lombardia si pone tra 800.000 e 1.000.000 persone. A livello nazionale non vi sono dati epidemiologici complessivi, ma solo alcuni studi su piccoli campioni di popolazione; si ritiene comunque che i valori in Italia siano molto prossimi a quelli riportati dalla letteratura internazionale. La MRC, indipendentemente dalle cause che l'hanno provocata tende inesorabilmente a progredire nel tempo verso lo stadio terminale della malattia.

Inoltre la progressiva perdita della funzione renale comporta lo sviluppo di complicanze specifiche e l'aumentato rischio di malattie cardiovascolari.

Si è sviluppata negli ultimi anni un certo grado di evidenza che dimostra come una diagnosi precoce ed un adeguato trattamento possono prevenire o rallentare gli outcomes sfavorevoli della MRC.

Il nuovo approccio alla gestione della MRC richiede, dunque, la massima integrazione con i MMG ed in generale un atteggiamento proattivo rispetto alle condizioni che possono rappresentare campanelli d'allarme per il futuro insorgere di tal e patologia.

L'A.O. di CREMONA in sintesi– Linee di sviluppo 2012 – 14

Gruppi di cure primarie. Si tratta di una sperimentazione innovativa nell'ambito del SSN che prevede l'allestimento di una nuova sede che dovrà ospitare alcuni ambulatori, un punto prelievi con relativo decentramento del Centro Unico di Prenotazione aziendale, in continuità con gli studi associati di MMG. Inizialmente saranno presenti un cardiologo e due oculisti. Progressivamente saranno integrate ulteriori specialità.

Tale intervento consentirà, oltre ad un importante risparmio economico relativo alla razionalizzazione delle sedi in cui vengono espletate le attività cliniche, un ulteriore passaggio nella creazione della sinergia con i MMG e dunque con le attività sanitarie del territorio.

Ricerca Innovazione

Ricerca ed innovazione. Introducendo il nuovo **acceleratore lineare** dotato di sistemi tra cui la TAC per la radioterapia guidata dalle immagini (IGRT) siamo in grado, quindi di avere una maggiore accuratezza della delivery della dose e quindi maggiore attenzione ai tessuti sani e attraverso la possibilità di utilizzare sei gradi di libertà nel movimento di irradiare il focolaio tumorale con incidenze non complanari, oltre a consentire il trattamento di tumori di piccole dimensioni e in aree anatomiche difficili per la presenza di organi critici. La radiochirurgia e la radioterapia permesse dal VERO rappresentano la modalità di cura migliore per molte patologie.

In tutto il territorio lombardo le strutture dotate sono 3 e per l'area sud- est l'Azienda Ospedaliera di Cremona risulta il centro di riferimento. Al riguardo, sarà potenziato il rapporto con le tante **associazioni di volontariato**, che contribuiscono alla crescita dell'Ospedale, nell'ambito dell'assistenza e della ricerca, in particolare in ambito oncologico.

L'A.O. di CREMONA in sintesi– Linee di sviluppo 2012 - 14

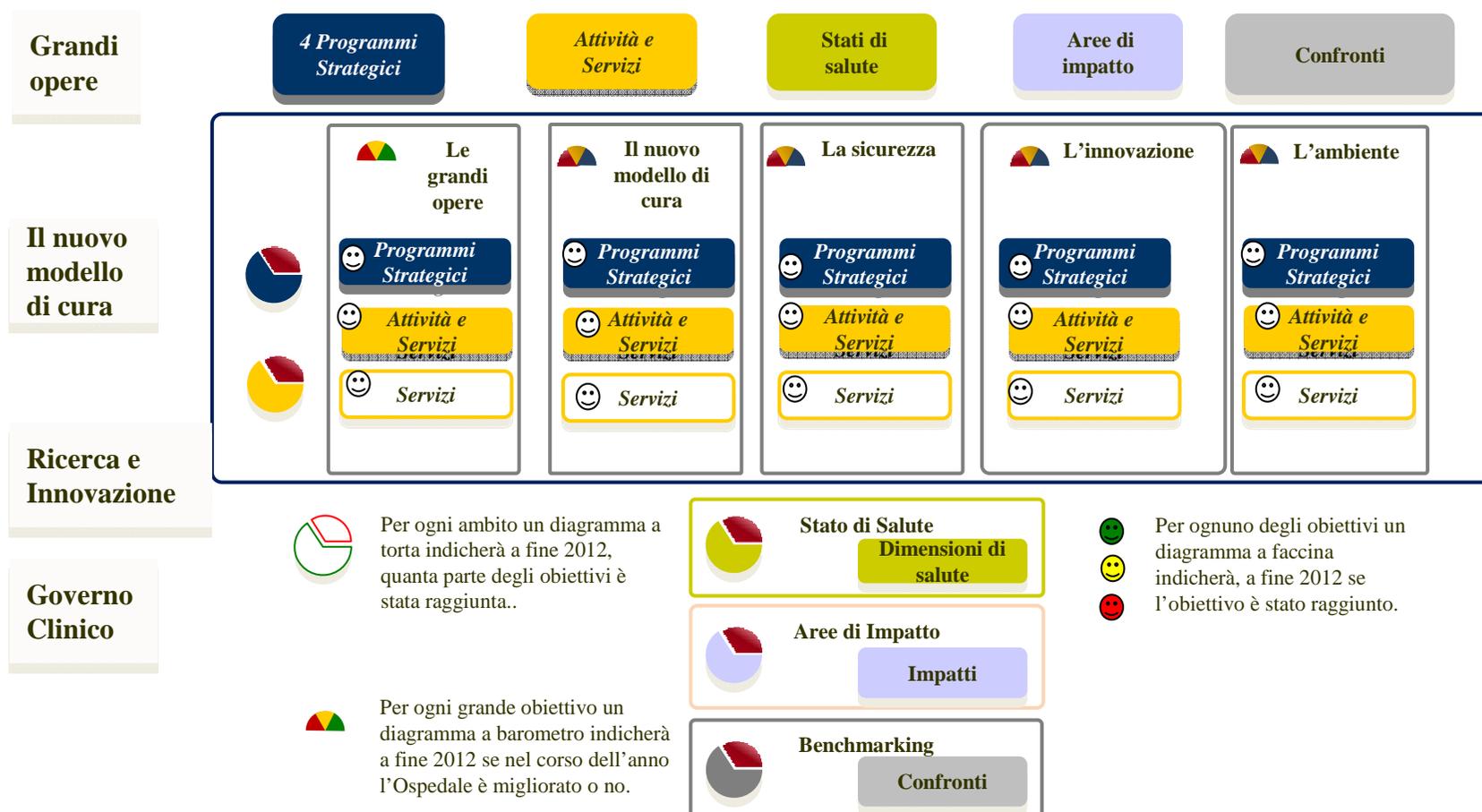
Governo Clinico

Miglioramento della qualità e riduzione del rischio. Il sistema di Governance dell'Ospedale, fondato sull'organizzazione per Dipartimenti, favorendo il coordinamento dell'atto medico teso a gestire l'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare le attività di "Governo clinico": misurazione degli esiti, gestione del rischio clinico, adozione di linee-guida e protocolli diagnostici terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente. Emerge, dunque, la necessità di dare un ulteriore impulso all'attuazione del ruolo del Dipartimento in modo da raggiungere la piena ed effettiva applicazione di tutte le sue funzioni, valorizzando al massimo le risorse che operano al suo interno.

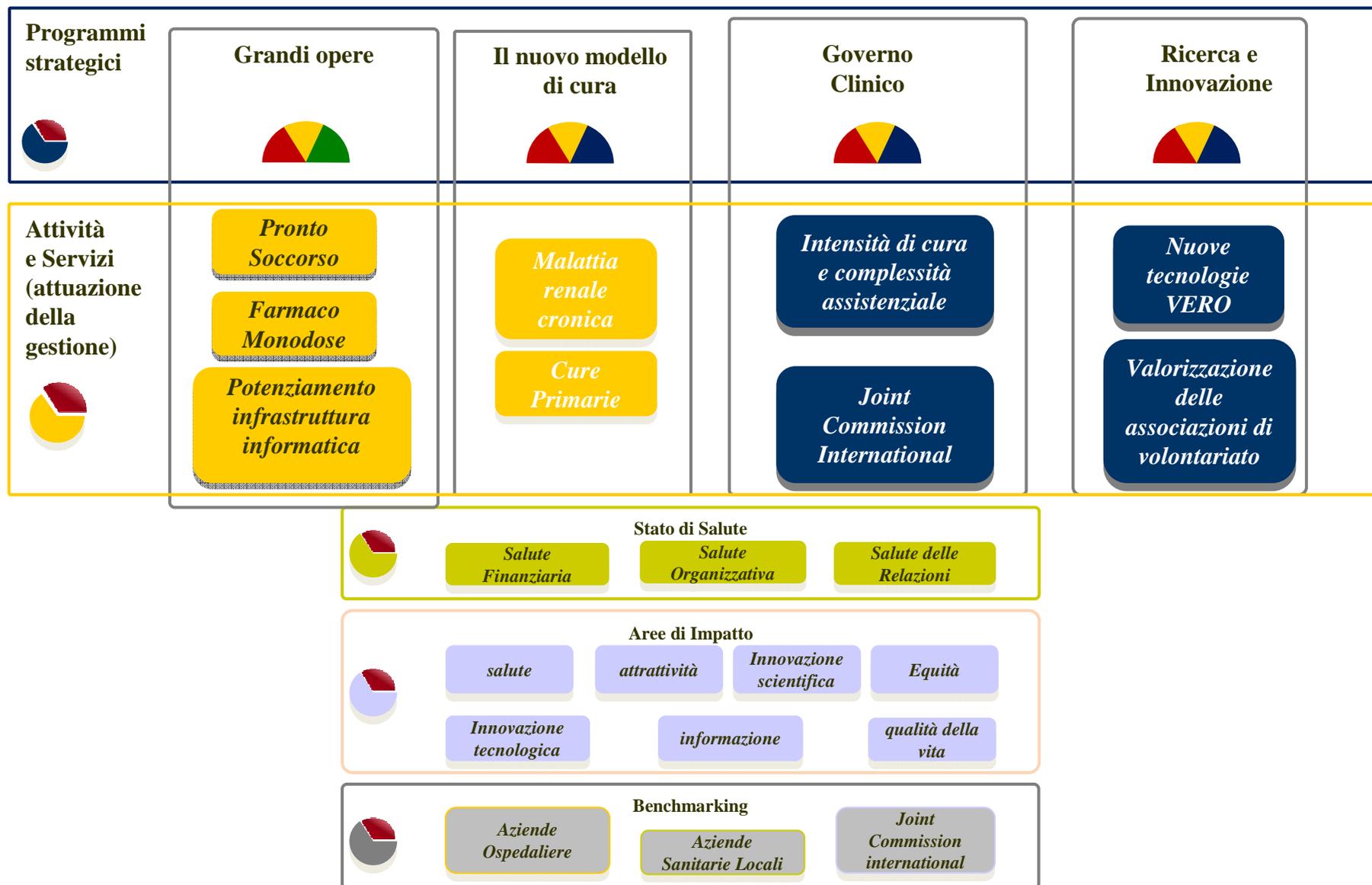
Per il 2012 è in programma **l'accREDITAMENTO all'eccellenza Joint Commission International** del Presidio Ospedaliero di Cremona, (il Presidio Oglio Po ne è già in possesso). Intraprendendo questo percorso si vuole far propri i riferimenti agli standard internazionali intesi come aree di attenzione in termini di qualità nella cura del paziente e di sicurezza. Il Dipartimento, infatti, deve funzionare non solo come luogo di integrazione e coordinamento, ma anche come luogo di sviluppo delle conoscenze e delle competenze, elementi strategici e indispensabili ai fini della prospettiva di sviluppo futuro dell'Ospedale. Al riguardo, diviene strategico l'organizzazione dell'attività clinica in termini di **intensità di cura e complessità assistenziale**, in funzione del percorso che il paziente intraprende nella struttura ospedaliera. Verrà avviata una sperimentazione che condurrà ad un'articolazione che contempla la figura del **tutor di cura**, al fine di garantire una visione unitaria, orientata alle complessive esigenze del paziente e non meramente alle specificità della patologia in definiti luoghi di cura.

Gli ambiti di valutazione della performance dell'A.O. di Cremona

Il Piano della Performance 2012 – 2014 fornisce una visione d'insieme degli ambiti lungo i quali l'Azienda misura e valuta la sua performance. Il Piano della Performance, logicamente strutturato in più ambiti di lavoro, presenta delle schede che contengono una breve descrizione degli obiettivi e un elenco di indicatori che misurano tali obiettivi. Il Piano è costruito in modo tale che per ogni obiettivo sia possibile sapere, in che fase si è giunti e se siamo in linea con quanto ci eravamo prefissati. Gli obiettivi riguardano:



Gli obiettivi dell'A.O. di CREMONA



Gli ambiti di valutazione della performance dell'A.O. di Cremona

Per ciascun obiettivo troverete una scheda che riassume le principali caratteristiche dell'obiettivo e definisce gli indicatori sulla base dei quali avvengono la misurazione e valutazione dell'effettivo raggiungimento dello stesso.

Programmi Strategici

Le schede obiettivo del programma strategico forniscono una breve descrizione del programma, articolano le fasi lungo le quali il programma si svolge nel triennio 2012-2014 ed elencano una selezione di indicatori che servono a monitorare lo stato di attuazione del programma. Infine per ogni programma strategico sono indicate le aree di impatto interessate. Per ogni indicatore sono definiti il valore 2011 e i target attesi per il triennio 2012-2014

Grandi opere

Attività e Servizi

Le schede obiettivo delle attività e dei servizi dell'Ospedale forniscono una breve descrizione di ciò che rientra nella programmazione 2012. Alla descrizione seguono una serie di indicatori raggruppati in quattro dimensioni: quantità, qualità, efficienza ed efficacia, anche secondo indicazioni regionali da DGR 351/2010. Per ogni indicatore sono definiti il valore 2012 e il target degli anni successivi.

Il nuovo modello di cura

Stati di salute

Le schede obiettivo degli stati di salute descrivono brevemente lo stato di salute e forniscono una serie di indicatori attraverso i quali vengono misurate le diverse dimensioni in cui si articola ogni stato di salute. Per ogni indicatore sono definiti il valore 2012 e il target degli anni successivi.

Ricerca e Innovazione

Aree di impatto

Le schede obiettivo delle aree di impatto identificano una serie di indicatori utili a quantificare l'impatto. Per ogni indicatore sono definiti il valore storico relativo al triennio trascorso e lo scenario atteso per il triennio 2012-2014. Infine per ogni area di impatto sono identificati i principali interlocutori istituzionali, che con la loro azione contribuiscono ad influenzare l'area di impatto.

Governo Clinico

Confronti

È costantemente perseguito nella metodologia, nei sistemi e strumenti di rilevazione dei dati con i quali sono identificati gli indicatori un adeguato livello di omogeneità, tale da consentire il confronto con la realtà ospedaliera lombarda, ma si auspica un confronto nazionale ed europeo.

Programma Strategico - Attività Multidisciplinare Le grandi opere. Il Pronto Soccorso

Obiettivo di budget: tutte le UU.OO. Azienda Sanitaria Locale, MMG

| Indicatore | Formula | | Stato 2011 | Target a fine 2014 |
|---|--|---|------------|--------------------|
| Riorganizzazione del servizio di Pronto Soccorso in relazione alla rimodulazione dell'assistenza sanitaria territoriale | Riduzione degli accessi identificati con codice bianco | % | 70% | 10% |

Cosa fare per ridurre i tempi di attesa e migliorare il servizio del Pronto Soccorso? Il progetto prevede la gestione di patologie di minore gravità (codici bianchi) presso un ambulatorio dedicato. Lo scopo è di ridurre il ricorso improprio al P.S. per prestazioni ambulatoriali.

| Fase | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---------|------|------|
| Sperimentazione dislocazione MMG presso P.S. ospedaliero | [Barra] | | |
| Verifica miglioramento e check-up | [Barra] | | |
| Predisposizione percorsi | [Barra] | | |
| Stipula convenzione con ASL | [Barra] | | |
| Revisione dei processi organizzativi funzionali alla nuova organizzazione | [Barra] | | |
| Piena operatività dell'approccio | [Barra] | | |

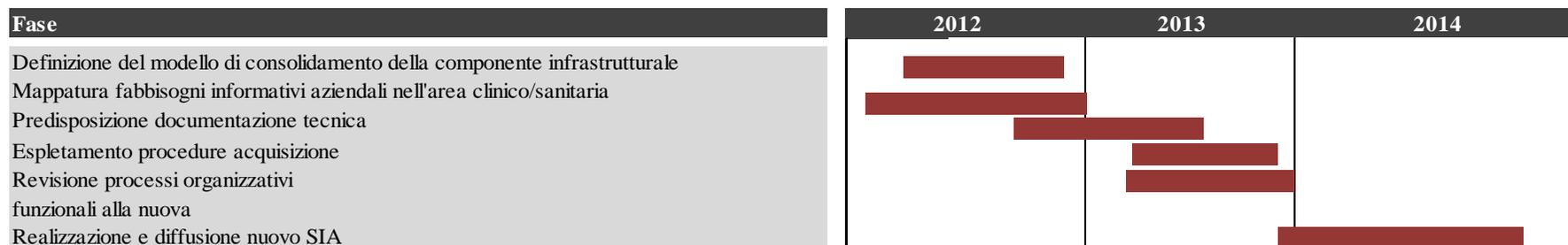
| Ambiti di misurazione | Indicatore | | Stato 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Target a fine 2014 | Performance realizzata |
|-----------------------------|--|---|------------|------|------|------|--------------------|------------------------|
| Diminuzione codici bianchi | n. codici bianchi/totale accessi | % | 70% | 30% | 20% | 10% | 10% | |
| Diminuzione tempo di attesa | tempo di attesa medio rilevato | % | 0% | 20% | 30% | 40% | 50% | |
| Diminuzione reclami | n. reclami - rilevazione customer satisfaction | % | 0% | 10% | 30% | 50% | 100% | |

Programma Strategico - Attività Multidisciplinare Le grandi opere. L'infrastruttura informatica

Obiettivo di budget: tutte le UU.OO. Azienda Sanitaria Locale, MMG

| Indicatore | Formula | | Stato 2011 | Target a fine 2014 |
|---|---|---|------------|--------------------|
| Piano di evoluzione del Sistema Informativo Aziendale | Completa realizzazione del progetto secondo cronoprogramma indicato | % | 0% | 100% |

Progettazione e realizzazione del piano evolutivo del sistema informativo aziendale sia per le componenti tecnologiche che applicative (hardware, reti e connettività, software gestionale e di automazione clinico sanitaria) sia per gli aspetti funzionali e organizzativi (funzionalità del sistema in relazioni ai bisogni e ai processi aziendali in essere e futuri, organizzazione e risorse umane, competenze).



| Ambiti di misurazione | Indicatore | | Stato 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Target a fine 2014 | Performance realizzata |
|-------------------------------|----------------------------------|---|------------|------|------|------|--------------------|------------------------|
| Progettazione | definizione modello evolutivo | % | 0% | 100% | 0% | 0% | 100% | |
| Definizione soluzione tecnica | documentazione per acquisizione | % | 0% | 30% | 100% | 0% | 100% | |
| Acquisizione | Deliberazione Direzione Generale | % | 0% | 0% | 100% | 0% | 100% | |
| Realizzazione | Ambiti Aziendali Coinvolti | % | 0% | 0% | 10% | 100% | 100% | |

Programma Strategico - Somministrazione dei farmaci Sicurezza dei Pazienti

Destinatari: tutta Azienda

| Indicatore | Formula | | Stato 2011 | Target a fine 2014 |
|--|---|---|------------|--------------------|
| Introduzione della procedura per la somministrazione di farmaci per Unità posologica | Scostamento data di entrata in funzione e data prevista da cronoprogramma | % | 0% | 100% |

Introduzione procedura di somministrazione di farmaci per unità posologica finalizzata alla corretta identificazione del paziente e alla riduzione degli sprechi di medicinali per scadenza o per mancato consumo.

| Fase | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|
| Revisione dei processi organizzativi e formazione | | | |
| Predisposizione infrastruttura informatica | | | |
| Piena operatività della procedura | | | |
| Tracciabilità dispositivo medico | | | |
| Verifica miglioramento | | | |

| Ambiti di misurazione | Indicatore | | Stato 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Target a fine 2014 | Performance realizzata |
|---|--|-----|------------|------|------|------|--------------------|------------------------|
| Predisposizione progetto | Delibera del Direttore Generale | S/N | NO | SI | SI | SI | SI | 100% |
| Diffusione nuova procedura somministrazione farmaci | 100 % delle U.O. | % | 0% | 40% | 90% | 100% | 100% | 100% |
| Riduzione annuale farmaci scaduti | % inferiore di farmaci scaduti nelle U.O. sperimentatrici | % | 0,5% | 0,5% | 0,3% | 0% | 0% | 100% |
| Rilevazione e riduzione errori di somministrazione | % inferiore di errori nella somministrazione farmaci su errori segnalati | % | 0% | 0% | 20% | 80% | 100% | 100% |

Programma Strategico - Attività Multidisciplinare Le cure primarie

Obiettivo di budget: Centro Unico di Prenotazione, MMG, Oculistica, Cardiologia, Medicina dello Sport, Laboratori

| Indicatore | Formula | | Stato 2011 | Target a fine 2014 |
|---|---|---|------------|--------------------|
| Riorganizzazione del servizio di Pronto Soccorso in relazione alla rimodulazione dell'assistenza sanitaria territoriale | Scostamento numero pazienti trattati a fine anno rispetto a quelli dell'avvio | % | 0% | 100% |

Regione Lombardia ed il Piano Sanitario Nazionale prevedono di adottare azioni di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, attraverso iniziative di gestione diversificate in funzione dei bisogni assistenziali per limitare il ricorso improprio alla struttura ospedaliera. Si tratta di una sperimentazione innovativa nell'ambito del SSN che prevede l'allestimento di una nuova sede che dovrà ospitare alcuni ambulatori, un punto prelievi con relativo decentramento del Centro Unico di Prenotazione aziendale, in continuità con gli studi associati di MMG.

| Fase | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|---|---|---|
| Predisposizione percorsi integrati |  | | |
| Revisione dei processi organizzativi funzionali alla nuova organizzazione |  | | |
| Attivazione nuova struttura | |  | |
| Verifica miglioramento del trattamento erogato | |  | |
| Piena operatività dell'approccio multidisciplinare | | |  |

| Ambiti di misurazione | Indicatore | | Stato 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Target a fine 2014 | Performance realizzata |
|-----------------------------|----------------------------|---|------------|------|------|------|--------------------|------------------------|
| Operatività nuova struttura | completamento allestimento | % | 0% | 80% | 100% | 100% | 100% | |
| Pazienti trattati | N° dei pazienti trattati | % | 0% | 20% | 80% | 100% | 100% | |
| MMG coinvolti | N° MMG coinvolti | % | 0% | 80% | 100% | 100% | 100% | |

Programma Strategico - Attività Multidisciplinare L'innovazione

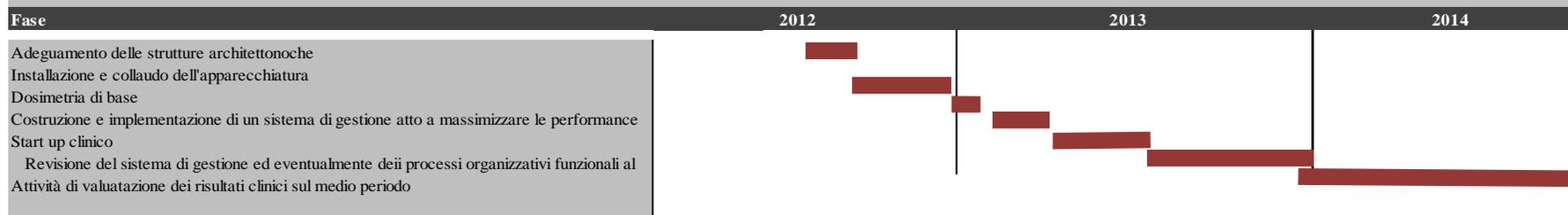
Obiettivo di budget: UO Radioterapia, UO Fisica Sanitaria, UO Radiodiagnostica, UU.OO. cui afferiscono pazienti oncologici

| Indicatore | Formula | Stato 2011 | Target a fine 2014 |
|----------------------------|--|------------|--------------------|
| Pazienti trattati con VERO | Scostamento dei pazienti trattati con radiocirurgia o radioterapia stereotassica | % 0% | 100% |

Il VERO adegua l'UO di Cremona alle indicazioni della radioterapia moderna, caratterizzata da programmi di dose escalation, implementando un sistema in grado di eseguire trattamenti radioterapici di altissima precisione, ad alto contenuto tecnologico, IGRT (image guided radiotherapy) per

- ridurre al massimo la tossicità radio indotta, in rapporto alla guarigione o lunga sopravvivenza ottenibile in molti casi e agli standard irrinunciabili di miglioramento della qualità di vita;
- rispondere alla frequente necessità di ritrattamenti e della sempre più frequente insorgenza di secondi tumori;
- alla opportunità di trattamenti ipofrazionati e stereotassici (dosi elevate in volumi piccoli), particolarmente indicati in pazienti anziani, con la finalità tra l'altro di contrarre il tempo di trattamento totale.

La tecnica radiocirurgica è una tecnica di nicchia ma sono diverse le patologie oncologiche che possono avvalersene. Le tecniche IGRT permettono un approccio a dosi più elevate della neoplasia, con una contemporanea riduzione delle sequele. Questo è reso possibile da apparecchiature che permettono di "adattare" la dose nel tempo, cioè il fascio "insegue" il target nei suoi scostamenti rispetto a reperi fissi, muovendo il lettino o la testata, grazie alla loro possibilità robotica di rotazione, basculamento e escursione longitudinale e laterale



| Ambiti di misurazione | Indicatore | Stato 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Target a fine 2014 | Performance realizzata |
|-------------------------|---|------------|------|------|------|--------------------|------------------------|
| Rispetto dei tempi pro | N° settimane oltre soglia | % 20% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| Rispetto dei tempi pro | N° settimane oltre soglia | % 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| Tempistica per dosime | N° settimane oltre soglia | % 0% | 0% | 100% | 100% | 100% | |
| Definizione delle proce | N° operatori formati Su N° totale | % 0% | 0% | 40% | 60% | 100% | |
| Trattamenti effettuati | N° pazienti trattati sul n° previsti | % 0% | 0% | 30% | 100% | 100% | |
| Verifica | N° procedure revisionate sul numero di procedure totali | % 0% | 0% | 0% | 30% | 30% | |
| Controllo | Riduzione della tossicità acuta rispetto ai dati di letteartura c | % 0% | 0% | 0% | 20% | 20% | |

Programma Strategico - Attività Multidisciplinare Governo Clinico Intensità di cura e complessità assistenziale

Obiettivo di budget: Tutte UU.OO. /Servizi (sperimentale 2012 su Chirurgia Generale, Vascolare, Brest Unit, Ortopedia, Cardiologia per il POC, Medicina, Ortopedia e Chirurgia Generale per il POOP)

| Indicatore | Formula | | Stato 2011 | Target a fine 2014 |
|--|--|---|------------|--------------------|
| Copertura posti letto con funzionamento per intensità di cura e complessità assistenziale e 5/7 giorni | Scostamento copertura posti letto UU.OO. su ipotizzato | % | 0% | 100% |

Articolazione dell'organizzazione in aree differenziate in funzione di regime di ricovero, durata della degenza, modalità assistenziali, intensità di cure.

| Fase | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|---------|------|------|
| Progetto di riorganizzazione | [Barra] | | |
| Predisposizione protocolli operativi coerenti con la progettualità | [Barra] | | |
| Avvio percorsi integrati | [Barra] | | |
| Verifica del livello di adesione ai protocolli | [Barra] | | |
| Analisi case-mix con codice di complessità assistenziale | [Barra] | | |
| Piena operatività | [Barra] | | |

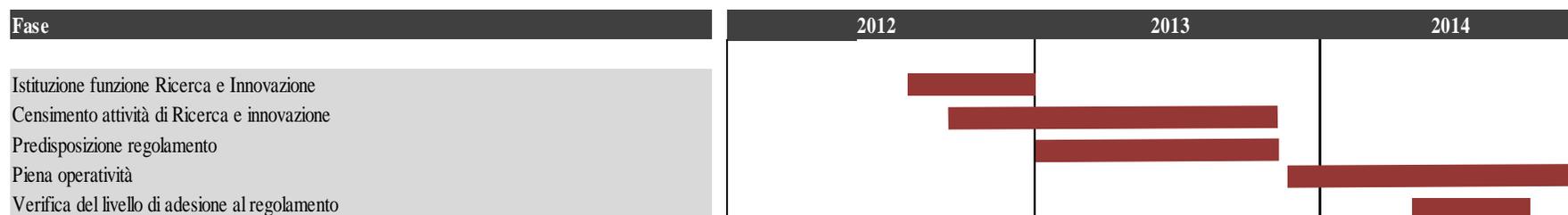
| Ambiti di misurazione | Indicatore | | Stato 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Target a fine 2014 | Performance realizzata |
|------------------------------|------------------------------------|---|------------|------|------|------|--------------------|------------------------|
| Progetto di riorganizzazione | Delibera pubblicata | % | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| Protocolli operativi | Stesura - Validazione - Diffusione | % | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| Avvio percorsi integrati | Verifiche semestrali interne | % | 0% | 20% | 80% | 100% | 100% | |
| Analisi case-mix | Verifiche semestrali interne | % | 0% | 0% | 40% | 60% | 100% | |

Programma Strategico - Attività Multidisciplinare Ricerca e Innovazione La ricerca in Ospedale

Obiettivo di budget: Tutte UU.OO./Servizi

| Indicatore | Formula | | Stato 2011 | Target a fine 2014 |
|---|---|---|------------|--------------------|
| Piena operatività del modello organizzativo | Documento comprovante l'effettivo coordinamento delle attività di ricerca e innovazione | % | 0% | 100% |

La funzione Ricerca e Innovazione individua gli ambiti e le competenze delle UU.OO. in tema di ricerca e innovazione, anche al fine di una maggiore interazione con la Direzione Strategica, con il Collegio di Direzione e con l'Associazione che supporta le attività dell'Ospedale, nonché per la valorizzazione, la diffusione dell'innovazione in sanità. Sarà proposto il regolamento che individua ambiti, competenze e modalità di esecuzione della ricerca per le UU.OO. coinvolte.



| Ambiti di misurazione | Indicatore | | Stato 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Target a fine 2014 | Performance realizzata |
|---|-----------------------------------|---|------------|------|------|------|--------------------|------------------------|
| Delibera di istituzione - organigramma | Delibera pubblicata | % | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| Censimento attività di ricerca e innovazione | Ricognizione completa attività sv | % | 0% | 10% | 90% | 100% | 100% | |
| Predisposizione regolamento | Regolamento deliberato | % | 0% | 0% | 100% | 100% | 100% | |
| Verifica del livello di adesione al regolamento | Verifiche semestrali interne | % | 0% | 0% | 0% | 100% | 100% | |

L'A.O. di Cremona– Gli standard di Servizi

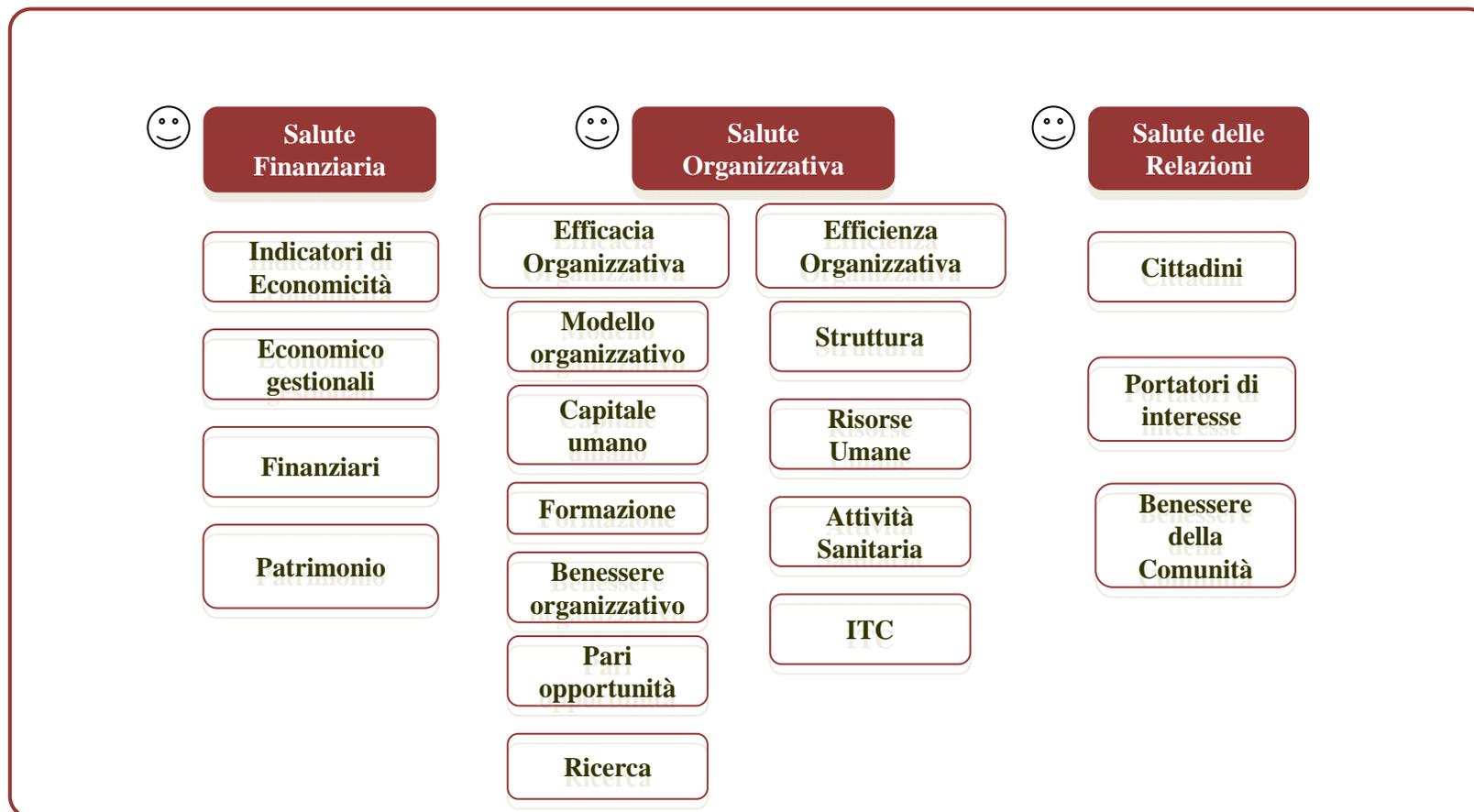
Una delle sezioni del Piano delle Performance riguarda l'identificazione degli standard dei Servizi erogati dall'Ente - **Delibera CIVIT n. 89 del 2010** e Regione Lombardia D.G.R. 351/2010 *“Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura”*.

In essa le dimensioni della qualità sono valutate attraverso “Indicatori di qualità ex ante”. Si tratta di indicatori che permettono di monitorare i processi di erogazione delle attività sanitarie e di indirizzare le strutture verso il raggiungimento di elevati standard di qualità e corretta gestione clinica organizzativa dei processi sanitari.

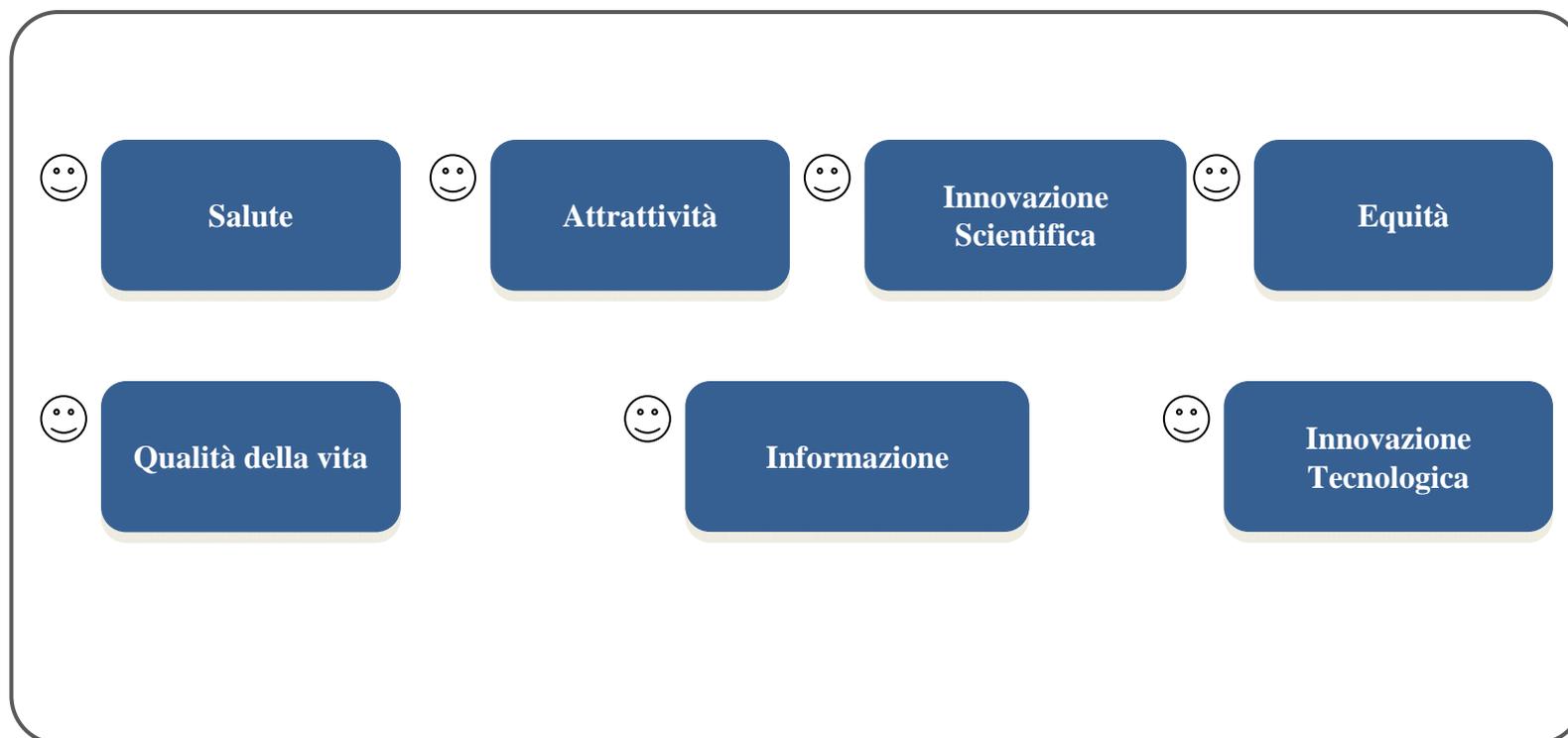
Alla luce del programma di valutazione delle aziende, sviluppato in questi anni da Regione Lombardia con il supporto di Joint Commission International, sono stati estrapolati degli indicatori di qualità ex ante che rappresentano il livello di raggiungimento, da parte delle strutture, degli standard oggetto di valutazione. I 125 standard attualmente in esame sono ricompresi nelle 11 tipologie elencate, delle quali si utilizzano sono quelli più significativi e rappresentativi per la costruzione del Piano della Performance :

A1) Obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente; A2) Accesso e continuità dell'assistenza; A3) Diritti dei pazienti e dei familiari; A4) Valutazione del paziente; A5) Cura del paziente; A6) Assistenza anestesiologicala e chirurgica; A7) Gestione ed utilizzo dei farmaci; A8) Educazione del paziente e dei fornitori; A9) Miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti; A10) Qualifiche e formazione del personale; A11) Gestione delle comunicazioni e delle informazioni.

Lo stato di salute - overview



Impatti - overview



INDICATORI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE

| Interessa conoscere, monitorare e governare l'impatto delle attività sul territorio. La valutazione degli outcome non è certamente processo facile in quanto influenzato da numerose variabili non sempre tutte governabili, tuttavia rappresenta la modalità innovativa e di massima trasparenza nel rapporto con i cittadini nel "fare salute" | | | | | | | Performance | Fonte della rilevazione |
|--|--|--|---|--------|-------|------|-------------|-------------------------|
| Impatto | Indicatore | Formula | | 2011 | 2012 | 2013 | Trend | Performance |
| ATTRATTIVITA' | | | | | | | | |
| Efficacia ex post | Dimissioni volontarie | N° di pazienti dimessi da A.O. con codifica "XXX" | % | 0,91 | 1,01 | | | Interna |
| | Attrazione extraregionale di alta complessità | N° dimissioni per prestazioni di alta complessità per residenti non lombardi/N° dimissioni residenti non lombardi | % | 6,79 | 9,82 | | | Portale Regionale |
| SALUTE | | | | | | | | |
| Efficacia ex post | Ricoveri ripetuti | N° di ricoveri multipli per lo stesso soggetto e che appartengono alla stessa classe di MDC | % | 2,73 | 2,91 | | | Portale Regionale |
| | Mortalità totale | Σ mortalità intraospedaliera (codifica "4" della modalità di dimissione) e la mortalità a 30 giorni dalla dimissione | % | 2,41 | 2,83 | | | Portale Regionale |
| QUALITA' DELLA VITA | | | | | | | | |
| Accessibilità | Monitoraggio tempi d'attesa | media mensile prestazioni fuori tempo max regionale | % | 2,8 | | | | Interna |
| EQUITA' | | | | | | | | |
| Appropriatezza | Upcoding aziendale | Sovracodifica SDO | % | 31,47% | 30,28 | | | Portale Regionale |

INDICATORI DI ECONOMICITA'

| Economico gestionale | Indicatore | Formula | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Performance |
|----------------------|---|---|----------|--------|---------|------|-------------|
| | Incidenza costo del personale | Costo del personale/Ricavi gestione caratteristica | % 51,85% | 51,35% | 49,67% | | interna |
| | Incidenza costi diretti sanitari | Costi per beni e servizi/Ricavi gestione caratteristica | % 36,37% | 36,71% | 40,24% | | interna |
| | | Farmaci ed emoderivati/Ricavi gestione caratteristica | % 8,17% | 8,89% | 8,69% | | interna |
| | | Presidi chirurgici, materiali sanitari/Ricavi gestione caratteristica | % 4,04% | 3,91% | 3,91% | | interna |
| | | Materiali protesici/Ricavi gestione caratteristica | % 2,20% | 2,22% | 2,05% | | interna |
| | Incidenza costi diretti non sanitari | Acquisto beni non sanitari/Ricavi gestione caratteristica | % 1,21% | 1,15% | 1,08% | | interna |
| | | Servizi non sanitari/Ricavi gestione caratteristica | % 9,48% | 8,95% | 9,28% | | interna |
| | | Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)/ Ricavi gestione caratteristica | % 2,76% | 3,06% | 3,20% | | interna |
| | | Godimento beni di terzi/Ricavi gestione caratteristica | % 0,52% | 0,57% | 0,65% | | interna |
| | | Costi caratteristici/Ricavi gestione caratteristica | % 97,15% | 97,49% | 96,32% | | interna |
| | | Costi caratteristici/Totale costi al netto amm.ti sterilizzati | % 98,77% | 99,47% | 101,30% | | interna |
| | Ricavi Libera professione | Ricavi LP/Ricavi gestione caratteristica | % 1,69% | 1,83% | 1,96% | | interna |
| Finanziari | Indicatore | Formula | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Performance |
| | Indice secco di liquidità | Liquidità immediata/debiti a brevissimo termine | % 86,51% | 21,38% | 39,66% | | interna |
| | Indice di liquidità | Attivo circolante meno scorte/Debiti a breve | % 74,12% | 80,04% | 78,94% | | interna |
| Patrimoniali | Indicatore | Formula | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Performance |
| | Elasticità dell'attivo | Attivo circolante/ totale attivo | % 60,97% | 65,56% | 67,21% | | interna |
| | Indebitamento | Debiti/Fonti di finanziamento | % 80,80% | 81,12% | 83,78% | | interna |
| | Durata media dei debiti | Debiti verso fornitori/Fatture d'acquisto | % 33,52% | 29,95% | 25,31% | | interna |
| | Giacenza media delle scorte | Rimanenze finali/Fatture di vendita | % 3,86% | 3,62% | 4,01% | | interna |
| | Durata media dei crediti | Crediti verso clienti/Fatture di vendita | % 19,66% | 11,15% | 9,09% | | interna |

| | | |
|--|---|--------------------|
| AREA D'IMPATTO SALUTE ORGANIZZATIVA | Sintesi delle azioni per migliorare l'efficacia della sua gestione motivando e responsabilizzando i dipendenti, i quadri e la dirigenza al miglioramento della performance organizzativa. | Performance |
|--|---|--------------------|

INDICATORI DI EFFICACIA ORGANIZZATIVA

| Benessere | Indicatore | Formula | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Trend | Performance |
|-----------|--|---|---------|---------|---------|---------|------|-------|-------------|
| | Capacità di incentivazione | Quote destinate ad incentivazione Dirigenti medici/Totale fondi contrattuali dirigenti medici | % | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | | |
| | | Quote destinate ad incentivazione Dirigenza Prof. Tecn. Amm/Totale fondi contrattuali Dirigenza Prof. Tecn. Amm | % | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | | |
| | Quote destinate ad incentivazione Dirigenza San./Totale fondi contrattuali Dirigenza Sanitaria | % | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | | | |
| | Quote destinate ad incentivazione personale Comparto./Totale fondi contrattuali Comparto | % | 100,00% | 100,00% | 100,00% | | | | |
| | Assenteismo | Personale in servizio al 31/12 al netto delle lunghe malattie (>30gg)/ Personale da dotazione organica al 31/12 | % | 94,91% | 94,28% | 93,88% | | | |
| | Assenteismo | Tasso aziendale di assenteismo | % | 1,70% | 1,75% | 1,85% | | | |

| Pari opportunità | Indicatore | Formula | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Trend | Performance |
|------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------|--------|--------|--------|------|-------|-------------|
| | Indicatore di genere | N° dipendenti donne tp media : | % | 71,83% | 72,19% | 73,17% | | | |
| | | N° DSC donne/N° DSC coperti | % | 12,50% | 11,76% | 18,18% | | | |
| | Comitato unico di garanzia | Presenza del Comitato | si/no | no | no | no | | | |
| | Personale con limitazioni | N° personale con limitazioni/P | % | 3,17% | 4,03% | 4,83% | | | |

| Struttura | Indicatore | Formula | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Trend | Performance |
|-----------|-------------------------|---|---|------|------|------|------|-------|-------------|
| | Gestione letti | N° posti letto Ricovero Ordinario accreditati | | 955 | 955 | 938 | | | |
| | | N° posti letto saturati (ordinari+DH) | | 762 | 753 | 730 | | | |
| | | N° posti letto Day Hospital/Dè | % | 83% | 81% | 84% | | | |
| | | N° posti letto Tecnici accreditati | | 149 | 149 | 182 | | | |
| | Indice Rotazione | Indice rotazione aziendale | % | 38,6 | 39,1 | 19,8 | | | |

| | | |
|---|---|--------------------|
| AREA DI IMPATTO SALUTE ORGANIZZATIVA | Sintesi delle azioni per migliorare l'efficacia della sua gestione motivando e responsabilizzando i dipendenti, i quadri e la dirigenza al miglioramento della performance organizzativa. | Performance |
|---|---|--------------------|

INDICATORI DI EFFICACIA ORGANIZZATIVA

| Risorse umane | Indicatore | Formula | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Trend | Performance |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|--------|----------|--------|------|-------|-------------|
| Produttività personale | N° Ricoveri x Dirigente Medico (DO+DH) | n° | 27818 | 27773,67 | 14163 | | | |
| | | n° | 7573 | 7945 | 4078 | | | |
| | N° prestazioni Ambulatoriali x Dirigente Medico | n° | 351568 | 347576 | 179724 | | | |
| | | n° | 2,33 | 2,39 | 2,3 | | | |
| | N° Visite (prime visite+ Controlli) per Dirigente Medico | n° | 0,72 | 0,72 | 0,71 | | | |
| | | € | 266039 | 267618 | 136255 | | | |
| | | PL accreditati per Dirigente Medico | | | | | | |
| | PL accreditati per Personale del Comparto | | | | | | | |
| | Ricavi attività Propria per Dirigente Medico | | | | | | | |

| Attività sanitaria | Indicatore | Formula | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Trend | Performance |
|------------------------------|--|---------|-------|-------|-------|------|-------|-------------|
| Complessità case mix | Peso medio aziendale | | 0,84 | 0,85 | 1,12 | | | |
| | | | | | | | | |
| Semplificazione | Esistenza sistema di gestione documentale | si/no | no | si | si | | | |
| | | | | | | | | |
| Digitalizzazione | N° referti SISS/totale referti ambulatoriali | % | 20,79 | 23,3 | 21,04 | | | |
| | | | | | | | | |
| Digitalizzazione | N° referti SISS/totale referti radiologia | % | 90,64 | 95,37 | 86,59 | | | |
| Laboratorio analisi | N° referti SISS/totale referti lal | % | 55 | 64,67 | 94,73 | | | |
| Lettere di dimissione | N° referti SISS/totale lettere di | % | 44,36 | 76,29 | 81,5 | | | |

INDICATORI DI EFFICACIA ORGANIZZATIVA E NELLE RELAZIONI ESTERNE

Sintesi delle azioni per garantire l'imparzialità dell'azione sanitaria ed amministrativa orientando programmi e comportamenti al costante confronto con i bisogni della collettività, in collaborazione con enti, associazioni, gruppi di interesse e cittadini. Performance

| Cittadini | Indicatore | Formula | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Trend | Performance |
|-----------|--|--|----------------------|----------------------|----------------------|------|-------|-------------|
| | Segnalazione e reclami | N° suggerimenti e reclami / N° accessi (per ricoveri) % | 166 | 153 | 216 | | | |
| | | N° suggerimenti e reclami / N° accessi (ambulatori) % | 103 | 259 | 93 | | | |
| | Encomi | N° encomi / N° accessi (per ricoveri) | 478 | 520 | 402 | | | |
| | | N° encomi / N° accessi (ambulatoriali) % | 106 | 475 | 269 | | | |
| | Richiesta di risarcimento per atto medico | N° contenziosi risolti entro l'anno di riferimento / Tot contenziosi aperti nell'anno di riferimento (solo casi di risarcimento) % | 10,82% | 2,82% | 20,00% | | | |
| | | di riferimento/ Tot. Sinistri riservati nell'anno di riferimento % | 98,00% | 98,00% | 98,00% | | | |
| | | Tot contenziosi complessivamente trattati nei % | 47,16% | 29,21% | 65,56% | | | |
| | Customer Satisfaction | N° giudizi positivi area degenza (> a media 5,5) scala di soddisfazione 1 a 7 di n.16 Item % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | | | |
| | | N° giudizi negativi area degenza (= o < a media 5,5) scala di soddisfazione 1 a 7 di n.16 Item % | 0,0% | 0,0% | 0,0% | | | |
| | | N° giudizi Positivi area ambulatoriale (> a media 5,5) scala da 1 a 7 di n. 12 Item % | 66,6% | 66,6% | 75,0% | | | |
| | | N° giudizi negativi area ambulatoriale (= o < a media 5,5) scala di soddisfazione 1 a 7 di n. 12 Item % | 33,3% | 33,3% | 25,0% | | | |
| | | mediana di soddisfazione rilevata area degenza (calcolata con le mediane di n.16 Item) n. | 650,0% | 700,0% | 700,0% | | | |
| | | mediana di soddisfazione rilevata area ambulatoriale (calcolata con le mediane di n. 12 item) n. | 600,0% | 600,0% | 600,0% | | | |
| | Rapporti con volontari | Protocollo aziendale gestione rapporti con volontari si/no | no | no | si | | | |
| | Rapporti con ASL e Regione Lombardia | Invio annuale data base segnalazioni e data base customer satisfaction si | invio annuale ASL CR | invio annuale ASL CR | invio annuale ASL CR | | | |
| | Liberalità da donatori | Importo liberalità € | 114.720 | 52.595 | 10.781 | | | |