



ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

Azienda Ospedaliera

DELIBERAZIONE

adottata dal Direttore Generale Dott.ssa Simona Mariani

N. **189** DEL **26/06/2014**

PROT.

OGGETTO **ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2013**

Il responsabile del procedimento: DOTT.SSA VALENTINA BRUNELLI

Si attesta che la copia del presente atto viene pubblicata mediante affissione all'Albo dell'Azienda Ospedaliera, ove rimarrà per giorni 10 interi e consecutivi.

Dal 01/07/2014 Al 10/07/2014

IL RESPONSABILE f.f U.O. Affari Generali e Legali
Dott.ssa Marianna Bonfanti

Richiamate le seguenti normative nazionali:

- Testo Unico sul Pubblico Impiego, Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 ad oggetto: "Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
- Delibera n. 112/2010 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT);
- Delibera n. 05/2012 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT);
- Delibera n. 23/2012 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT);

Premesso che l'art. 10, comma 1, lettera a) del predetto decreto prevede, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, l'obbligo per le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'art. 15, comma 2, lettera d), di redigere annualmente entro il 31 gennaio, un documento programmatico triennale, denominato piano della Performance;

Richiamate le seguenti normative regionali:

- D.G.R. n. IX/2633 del 06 dicembre 2011, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2012", ove all'allegato 2 si richiede alle Aziende Sanitarie pubbliche, al fine di presidiare, tra l'altro, la coerenza tra la programmazione regionale con gli obiettivi operativi delle singole strutture la definizione di detto Piano delle Performance
- Circolare D.G. San. Prot. N. H1.2011.0037249 del 20.12.2011 ad oggetto: "Indicazioni relative all'applicazione della D.G.R. n. IX/2633 del 06 dicembre 2011
- D.G.R. n. IX/4334 del 26 ottobre 2012, ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2013"
- D.G.R. X/63 del 24 aprile 2013 ad oggetto: "Definizione degli obiettivi aziendali d'interesse regionale dei Direttori generali delle ASL, AO e AREU per l'anno 2013, nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento"

Richiamate le Linee Guida rilasciate dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di Regione Lombardia "Il sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde";

Valutato che il Piano delle Performance, a valenza triennale, è stato elaborato nel rispetto della normativa di riferimento ed è stato sottoposto al Nucleo di Valutazione delle Performance dell'A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona in data 21.12.2012 che ha manifestato il suo assenso in merito all'impostazione ed ai contenuti del documento stesso, valutandolo in linea con le disposizioni normative nazionali e regionali, come risulta dal verbale del 21.12.2012 la cui documentazione è agli atti dell'Azienda;

Dato atto che ai sensi della Delibera n. 05/2012 della Commissione per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) "Linee guida ai sensi dell'art. 13, comma 6, lettera b), del D. Lgs. N. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all'art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto, la Relazione sulla performance deve essere predisposta entro il 30 giugno e deve essere trasmessa entro il 15 settembre, unitamente al documento di

validazione predisposto dall'Organismo Indipendente di Valutazione, alla Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche;

Ritenuto, pertanto, di procedere alla formale adozione della Relazione sulla Performance 2013 ed alla trasmissione al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in osservanza dei vigenti dispositivi normativi;

Vista la L.R. Lombardia n. 33 del 30 dicembre 2009;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

1. di adottare la relazione sulla Performance 2013 allegata, quale parte integrante del presente provvedimento (allegato 1);
2. di trasmettere il presente provvedimento al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
3. di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri per l'azienda ospedaliera;
4. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 18, comma 9 della L.R. Lombardia n. 33/99.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Simona Mariani

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Ida Beretta

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Camillo Rossi



RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2013

Premessa

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, 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.

La presente Relazione è redatta, a conclusione del ciclo di gestione della performance 2013, ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La relazione è stata redatta in coerenza con le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia e le indicazioni tecniche della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT).

La Relazione descrive i risultati raggiunti nel 2013 per ciascuno dei tre livelli:

- la **performance organizzativa dell'Azienda** rispetto al raggiungimento degli obiettivi annualmente definiti da Regione Lombardia attraverso le Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Aziendale;
- la **performance organizzativa delle Unità Operative**, in cui è strutturata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget, secondo la procedura definita nel Sistema di misurazione e valutazione della performance;
- la **performance individuale** del personale dipendente dell'Azienda, rispetto alla qualità della prestazione e al contributo individuale fornito alle strutture di afferenza per il raggiungimento degli obiettivi di budget, secondo le apposite procedure definite dalla contrattazione aziendale.

Sommario

1. L'Azienda Ospedaliera e il contesto esterno di riferimento	Pag. 4
2. Il Ciclo di gestione della performance - anno 2013	Pag. 5
3. La performance organizzativa dell'Azienda Ospedaliera	Pag. 7
3.1 Gli obiettivi di efficienza ed economicità della gestione.....	Pag. 7
3.1.1 Le risorse umane	Pag. 9
3.1.2 L'attività didattica e formativa: formazione continua in medicina	Pag. 9
3.1.3 Gli investimenti	Pag.10
3.2 Piani e Programmi di sviluppo	Pag.10
3.3 Gli obiettivi di produzione	Pag.10
3.3.1 I tempi di attesa	Pag.11
3.3.2 La gestione della qualità e del rischio clinico	Pag.12
3.3.3 La customer satisfaction: Dicono di noi	Pag.12
3.3.4 Le associazioni di volontariato	Pag.13
4. La performance organizzativa delle strutture aziendali	Pag.15
4.1 I risultati della performance organizzativa del 2013	Pag.16
4.2 Gli obiettivi RAR 2013 – Risorse aggiuntive regionali	Pag. 18
5. La performance individuale	Pag.22
6. Pubblicità	Pag.23
7. Allegati alla Relazione della Performance 2013	Pag.23

1. L'Azienda Ospedaliera e il contesto esterno di riferimento

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.

L'Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona, costituita dai due presidi: Cremona e Oglio Po, conta 2425 dipendenti fra medici, infermieri, personale tecnico e amministrativo, ed ha un bilancio di 240.496.000 euro.

Di seguito tabella di riepilogo del personale in forza presso l'Azienda Ospedaliera alla data del 31.12.2013.

MACRO CLASSI DI PROFILI	31 dicembre 2013	MACRO CLASSI DI PROFILI	31 dicembre 2013
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	6	AMMINISTRATIVI	196
DIRIGENTI MEDICI	390	ASSISTENTI RELIGIOSI	3
DIRIGENTI SANITARI	37	ASSISTENTI SOCIALI	4
DIRIGENTI TECNICI/PROFESSIONALI	3	AUSILIARI/TECNICI	471
		INFERMIERI	1080
		TECNICI RIABILITAZIONE	74
		TECNICI SANITARI	160
		TECNICI VIGILANZA ISPEZIONE	1
TOTALE	486	TOTALE	1989
TOTALE COMPLESSIVO 2425			

2. Il Ciclo di gestione della Performance - anno 2013

Nel corso dell'anno 2012, l'Azienda ha attivato il proprio ciclo di gestione della performance in ottemperanza alle disposizioni di cui al D.Lgs. 150/2009 c.d. "decreto Brunetta", validato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni istituito con delibera n.104 del 29.4.2011, armonizzando gli esistenti strumenti di programmazione e controllo al nuovo modello integrato di valutazione.

L'U.O. Controllo di Gestione è individuata quella struttura tecnica di supporto.

In particolare, il modello predisposto per le Aziende Sanitarie Pubbliche di Regione Lombardia si pone i seguenti obiettivi:

1. essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
2. recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'azienda sanitaria mediante la predisposizione di un percorso di lavoro che la Direzione intende mettere in campo nel medio- lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo;
3. evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;
4. valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendale;
5. garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance;
6. consentire l'effettuazione di confronti nell'ambito delle aziende del sistema sanitario.

Nel corso dell'anno 2013, si è, quindi, sviluppato il ciclo di gestione della performance, strutturato secondo i tre livelli della valutazione (livello istituzionale, livello strategico e livello direzionale), come di seguito sinteticamente descritto:

1. definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la **performance aziendale**, individuati con D.G.R. X/63 del 24/04/2013;
2. negoziazione degli obiettivi di budget durante gli incontri effettuati nel mese di marzo 2013, con i Direttori di Dipartimento e sottoscrizione delle relative schede di budget da parte delle UU.OO.;
3. monitoraggio periodico e reporting della performance aziendale e della performance organizzativa;
4. compilazione delle schede di valutazione della **performance individuale** da parte dei valutatori di prima istanza in contraddittorio con i valutati;
5. validazione del ciclo di gestione della performance, in ogni sua fase, da parte del Nucleo di Valutazione delle Performance.

Gli obiettivi aziendali, trasferiti alle unità operative attraverso il budget, si articolano nelle aree strategiche dell'economicità, intesa come equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, efficacia esterna (impatto sui bisogni), intesa come capacità di soddisfare i bisogni della collettività, efficacia organizzativa (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo e pari opportunità) ed efficacia interna (capacità di un'azienda di raggiungere i propri obiettivi e le proprie finalità).

Con riferimento al livello della programmazione, la misurazione riguarda, dunque, la valutazione dell'effettivo grado di attuazione degli obiettivi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse.

In particolare, le dimensioni oggetto di monitoraggio sono l'efficienza, la qualità dei processi e dell'organizzazione, la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza, l'accessibilità e la soddisfazione dell'utenza.

La Direzione Generale Sanità ha, inoltre, adottato una metodologia per l'individuazione dell'indice sintetico di performance per le strutture di ricovero.

Secondo tale modello la valutazione della performance viene effettuata secondo cinque dimensioni:

1. Efficacia ex-post. Essa viene misurata attraverso i seguenti indicatori: dimissioni volontarie, trasferimenti tra strutture, ritorni in sala operatoria, ricoveri ripetuti e mortalità totale.
2. Accessibilità. Essa viene misurata attraverso i seguenti indicatori: customer satisfaction e analisi dei tempi di attesa.
3. Qualità ex ante. Essa viene misurata con l'indicatore della Joint Commission International relativo alla Patient Safety.
4. Efficienza. Essa viene misurata con un'analisi dell'efficienza tecnica.
5. Appropriatezza. Gli indicatori di riferimento sono: up-coding, cream-skimming, readmission e controlli NOC.

Di seguito l'andamento degli indicatori analizzati nel triennio 2011- 2013:

Impatto	Indicatori	Formula		2011	2012	2013
ATTRATTIVITA'						
Efficacia ex post	Dimissioni volontarie	N° di pazienti dimessi da A.O. con codifica "XXX"	%	0,91	1,01	0,97
	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	12,82
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	4,02
	Mortalità totale	Σ mortalità intraospedaliera (codifica "4" della modalità di dimissione) e la mortalità a 30 giorni dalla dimissione	%	2,41	2,83	2,78
QUALITA' DELLA VITA						
Accessibilità	Monitoraggio tempi d'attesa	media mensile prestazioni fuori tempo max regionale	%	2,8	4,82	5,62
EQUITA'						
Appropriatezza	Upcoding aziendale	Sovracodifica SDO	%	31,47%	30,28	29,92

3. La performance organizzativa dell'Azienda Ospedaliera

La programmazione aziendale degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi per l'anno 2013 è stata effettuata sulla base della seguente normativa regionale:

1. Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, adottato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 88 del 17.11.2010;
2. Regole di gestione del Servizio SSR per l'esercizio 2013 (D.G.R. del 26/10/2012 n. 4334, circolare della Direzione Generale Sanità del 17/12/2012 prot. H1.2012.0036178);
3. Piano attuativo anno 2013 del Progetto Regionale CRS-SISS;
4. Obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati al Direttore Generale per l'anno 2013 (con D.G.R. X/63 del 24/04/2013 e successive circolari esplicative della Direzione Generale Sanità);
5. Contratti integrativi anno 2013 tra A.O. Istituti Ospitalieri di Cremona e ASL della Provincia di Cremona per l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e per l'attività di psichiatria e di neuropsichiatria infantile e relativi obiettivi progetti allegati;
6. Finanziamento del Bilancio Economico Preventivo Aziendale approvato con delibera del Direttore Generale n. 34 del 07/02/2013.

L'Azienda ha sostanzialmente **raggiunto tutti gli obiettivi aziendali di interesse regionale dell'anno 2013**, elencati con gli indicatori di risultato nell'Allegato A e brevemente sviluppati nei paragrafi successivi:

1. **equilibrio economico del bilancio**, con il rispetto dei tempi di pagamento e di rendicontazione economico finanziaria e adesione alle politiche di acquisto secondo la logica delle aggregazioni di domanda del sistema sanitario regionale;
2. **attuazione delle politiche sanitarie regionali** mediante partecipazione ai progetti di sviluppo, tra cui: le reti di patologia, gli specifici obiettivi definiti dal Sistema Informativo Socio Sanitario regionale e indicati nel Piano annuale SISS 2013 adottato dall'Azienda, gli obiettivi elencati in appendice al Contratto stipulato con l'ASL di Cremona il 30/04/2013 tra cui la partecipazione alle attività di screening;
3. risposta ai bisogni di salute con l'**erogazione dei volumi programmati** di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura nel **rispetto dei tempi di attesa** e degli obiettivi di rendicontazione dei flussi di dati di attività;
4. gestione del rischio clinico e della qualità dei processi e delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori, mediante sistemi di autocontrollo e di certificazione esterna (tra cui JCI e certificazione ISO 9001);
5. attuazione degli investimenti nel rispetto dei crono programmi, dei costi e dei quadri tecnico-economici.

3.1 *Gli obiettivi di efficienza ed economicità della gestione*

Il bilancio di esercizio 2013 dell'Azienda, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 158 del 29/05/2014 in corso di approvazione da parte di Regione Lombardia, evidenzia un

risultato in pareggio conseguito nonostante le gravose misure finanziarie nazionali e regionali (aumento IVA, riduzione finanziamento, ecc.) e l'incremento dei servizi erogati.

L'esigenza di contribuire all'attuazione delle politiche di contenimento dei costi, ha indotto l'Azienda ad una revisione sia dei processi sanitari, attraverso la continua ricerca di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni a parità della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti, sia dei processi amministrativi, in particolare attraverso l'adesione alle procedure di acquisto centralizzate e la progressiva informatizzazione delle procedure amministrative di supporto all'erogazione dell'attività sanitaria.

Tali risparmi sono stati possibili attraverso una revisione dell'organizzazione dei servizi orientata a razionalizzare l'utilizzo delle risorse mantenendo i livelli qualitativi e quantitativi delle attività.

Quanto ai rapporti con i fornitori, nel corso del 2013 è stato ridotto ulteriormente il valore dei contenziosi e si è provveduto al rispetto dei tempi di pagamento fissati in 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura.

Si riporta, di seguito, il prospetto riepilogativo dei principali indicatori economici ed il confronto con le risultanze del periodo 2010-2013:

Economico gestionale	Indicatore	Formula	2010	2011	2012	2013
	Incidenza costo del personale	Costo del personale/Ricavi gestione caratteristica	% 51,85%	51,35%	49,67%	49,90%
	Indicenza costi diretti sanitari	Costi per beni e servizi/Ricavi gestione caratteristica	% 36,37%	36,71%	40,24%	40,44%
		Farmaci ed emoderivati/Ricavi gestione caratteristica	% 8,17%	8,89%	8,69%	10,12%
		Presidi chirurgici, materiali sanitari/Ricavi gestione caratteristica	% 4,04%	3,91%	3,91%	3,72%
		Materiali protesici/Ricavi gestione caratteristica	% 2,20%	2,22%	2,05%	2,17%
	Indicenza costi diretti non sanitari	Acquisto beni non sanitari/Ricavi gestione caratteristica	% 1,21%	1,15%	1,08%	1,00%
		Servizi non sanitari/Ricavi gestione caratteristica	% 9,48%	8,95%	9,28%	8,95%
		Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)/Ricavi gestione caratteristica	% 2,76%	3,06%	3,20%	3,40%
		Godimento beni di terzi/Ricavi gestione caratteristica	% 0,52%	0,57%	0,65%	0,67%
		Costi caratteristici/Ricavi gestione caratteristica	% 97,15%	97,49%	96,32%	96,67%
		Costi caratteristici/Totale costi al netto amm.ti sterilizzati	% 98,77%	99,47%	101,30%	98,56%
	Ricavi Libera professione	Ricavi LP/Ricavi gestione caratteristica	% 1,69%	1,83%	1,96%	1,94%
Finanziari	Indicatore	Formula	2010	2011	2012	2013
	Indice secco di liquidità	Liquidità immediata/debiti a brevissimo termine	% 86,51%	21,38%	39,66%	19,04%
	Indice di liquidità	Attivo circolante meno scorte/Debiti a breve	% 74,12%	80,04%	78,94%	76,55%
Patrimoniali	Indicatore	Formula	2010	2011	2012	2013
	Elasticità dell'attivo	Attivo circolante/ totale attivo	% 60,97%	65,56%	67,21%	64,73%
	Indebitamento	Debiti/Fonti di finanziamento	% 80,80%	81,12%	83,78%	82,68%
	Durata media dei debiti	Debiti verso fornitori/Fatture d'acquisto	% 33,52%	29,95%	25,31%	26,99%
	Giacenza media delle scorte	Rimanenze finali/Fatture di vendita	% 3,86%	3,62%	4,01%	4,43%
	Durata media dei crediti	Crediti verso clienti/Fatture di vendita	% 19,66%	11,15%	9,09%	8,55%

3.1.1 Le risorse umane

Il fabbisogno di risorse umane autorizzato da Regione Lombardia ha consentito il completamento del piano assunzioni anno 2012, approvato con la delibera di Giunta Regionale 4395 del 14.11.2012 e l'attuazione del piano assunzioni 2013, approvato con delibera di Giunta Regionale n. 312 del 27.6.2013, evidenziando che la maggioranza delle assunzioni a tempo indeterminato relative ad entrambi i piani assunzione riguardano personale già in servizio a tempo determinato.

Complessivamente, nell'anno 2013, il costo del personale ammonta ad € 119.391.000 e rispetto al Bilancio Consuntivo 2012 (€ 120.660.000) evidenzia una riduzione del costo complessivo del personale dipendente per un valore pari ad € 1.269.000 (compresi oneri ed esclusa Irap), tendenza già evidenziata nell'ambito certificazioni trimestrali 2013 e dovuta all'effetto delle politiche di contenimento della spesa derivanti anche da riorganizzazioni di servizi che hanno portato ad una razionalizzazione dei costi del personale.

In conformità alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 150/2009, nel sito web aziendale sono pubblicate le retribuzioni dei dirigenti nell'anno 2013.

3.1.2 L'attività didattica e formativa: la formazione continua in medicina

In coerenza con la politica dell'Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona, la finalità della formazione continua è di assicurare al cittadino ed alla comunità una risposta ai bisogni di salute appropriata, competente ed efficace nel rispetto dei valori della persona assistita.

Per perseguire questa finalità oltre che agevolare la partecipazione del proprio personale ai corsi organizzati a livello regionale, l'Azienda si avvale dell'Ufficio Formazione che svolge il ruolo di Provider per l'accreditamento di iniziative formative secondo il Sistema ECM Nazionale e di Educazione Continua in Medicina ECM-CPD Regione Lombardia.

L'Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri è una delle sedi identificate per il corso triennale di formazione specifica in Scienze Infermieristiche dell'Università di Brescia.

Il Servizio Formazione, nel corso del 2013 (primo anno del triennio 2013/2015) ha incrementato rispetto all'anno precedente gli eventi formativi (+36) i partecipanti totali (+448) ed i crediti formativi (+458).

Anno 2010:

eventi formativi	205	edizioni	428	partecipanti totali	8.656	crediti formativi	41.982
------------------	-----	----------	-----	---------------------	-------	-------------------	--------

Anno 2011:

eventi formativi	238	edizioni	487	partecipanti totali	9.450	crediti formativi	54.111
------------------	-----	----------	-----	---------------------	-------	-------------------	--------

Anno 2012:

eventi formativi	206	edizioni	578	partecipanti totali	11.347	crediti formativi	55.634
------------------	-----	----------	-----	---------------------	--------	-------------------	--------

Anno 2013

eventi formativi	242	edizioni	514	partecipanti totali	11.795	crediti formativi	56.092
------------------	-----	----------	-----	---------------------	--------	-------------------	--------

3.1.3 Gli investimenti

Le risorse a disposizione per gli investimenti effettuati nel 2013 possono essere così riepilogate:

-Proventi derivanti da alienazioni patrimoniali pari a € 2.800.000 per la vendita del Podere Caselli, sito nel Comune di Spinadesco, avvenuta con rogito del 22/09/2011;

-Parte residuo mutuo € 405.000;

-Proventi ricevuti con DGR n. X/388 del 12/07/2013 per un importo di € 1.727.630;

-Proventi ricevuti con DGR n. X/821 del 25/10/2013 per un importo di € 1.683.000;

Con parte delle alienazioni, il residuo del mutuo, parte delle DGR n. X/388 del 12/07/2013 e DGR n. X/821 del 25/10/2013 sono stati realizzati vari interventi di edilizia sanitaria (rifacimento balconi, rifacimento servizi igienici poliambulatorio corpo A piano terra POC, rifacimento copertura ex forno inceneritore, realizzazione di n. 3 ambulatori odontoiatrici e n. 5 nuove postazioni per terapia inalatoria al piano 5° corpo C del POC, ristrutturazione 2° e 3° piano corpo D e 3° piano corpo A del monoblocco ospedaliero di Cremona per favorire il trasferimento dell'Ortopedia, ristrutturazione locali piano T corpo M per trasferimento servizio di Citogenetica, acquisizione di un fluorangiografo, acquisti attrezzature varie).

3.2 Piani e Programmi di sviluppo

Obiettivo prioritario aziendale è l'attuazione delle politiche sanitarie regionali, anche attraverso l'adesione ai piani e ai programmi di sviluppo definiti per il Sistema Sanitario Lombardo.

In particolare, nel 2013 l'Azienda ha partecipato ai vari progetti inerenti alle Reti di Patologia (es. Rete Nefrologica Lombarda, Rete Ematologica Lombarda, Rete Oncologica Lombarda), alla Medicina della Donazione (segnalazione di donatori, prelievo di organi e tessuti, formazione agli operatori), ai Piani di sviluppo (es. Piano Cerebrovascolare, Piano Sangue).

Inoltre, l'Azienda partecipa, per il tramite dei propri professionisti, a Gruppi di approfondimento costituiti a livello regionale su alcune tematiche di rilievo (es. Sepsis e infezioni ospedaliere, diabete).

Nel 2012 l'Azienda ha avviato il percorso di adeguamento dei regimi di assistenza di alcune prestazioni, acquisendo nel 2011 l'accreditamento di n. 32 posti letto tecnici per macroattività ambulatoriale complessa, nuovo regime assistenziale attivo dal 2012, e trasformando alcuni posti letto di degenza ordinaria in letti per cure subacute. Nell'anno 2013 si è proceduto ad un'importante riorganizzazione del Presidio Oglio Po' (vedasi allegato 3).

3.3 Gli obiettivi di produzione

Il valore indicato nel contratto sottoscritto con l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona per DRG relativi ad assistiti lombardi è stato di € 92.832.000.

Inoltre, sono stati riconosciuti € 7.784.974 relativi a prestazioni di ricovero effettuate a pazienti extra regione ed € 418.400 per prestazioni a favore di cittadini stranieri.

La valorizzazione della produzione effettiva risulta essere stata pari a € 100.741.234.

La progressiva riduzione della produzione in regime di ricovero a favore della specialistica ambulatoriale è avvenuta a seguito di indicazioni di Regione Lombardia al fine di una maggiore ottimizzazione delle risorse umane e finanziarie a disposizione dell'Azienda Ospedaliera, nonché in risposta ad una maggiore aderenza ai bisogni di cura dei pazienti. Le diverse modalità con le

quali si usufruisce delle strutture di ricovero per acuti in termini di minore degenza consentono indiscutibili vantaggi in primis per i pazienti.

Le prestazioni ambulatoriali pari ad € 45.145.307 sono così suddivise:

- prestazioni ambulatoriali per lombardi: € 41.520.493;
- prestazioni ambulatoriali relative a pazienti extra regione e stranieri: € 3.624.814.

Parallelamente si assiste, dunque ad una conseguente crescita consistente di prestazioni ambulatoriali, a fronte della diversa classificazione sopra indicata rispetto agli anni precedenti.

Nell'arco del periodo 2010/2013, si è assistito non solo ad una progressiva e continua crescita dei volumi di attività assistenziali, ma soprattutto al contestuale orientamento delle attività verso percorsi di maggior appropriatezza, anche a seguito del trasferimento di alcune prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (in particolare le prestazioni di Macroattività di chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale di cui all'Allegato A della D.G.R. 10804/2009 e di Macroattività Ambulatoriale Complessa di cui alla D.G.R. 2633/2011).

Le prestazioni di screening di 1° livello sono state pari ad € 276.573.

I ricavi per l'attività di Neuropsichiatria infantile sono stati pari ad € 1.128.740 comprensivi di € 38.883 riferiti a prestazioni a pazienti extraregione. Come previsto nel contratto sottoscritto sono stati conteggiati nel valore complessivo € 167.793 per progetti 2013 relativi alla neuropsichiatria infantile nel territorio della Provincia di Cremona.

Per le prestazioni relative alla attività di psichiatria, i ricavi relativi al 2013 a favore di pazienti lombardi sono pari ad € 4.958.175.

Si riporta, nella tabella seguente, una sintesi dei principali indicatori di attività rilevata a consuntivo nel periodo 2012-2013:

Struttura	Indicatore	Formula	2012	2013
Gestione letti	N° posti letto Ricovero Ordinario accreditati		938	925
	N° posti letto saturati (ordinari+DH)		730	747
	N° posti letto Day Hospital/Day Hospital accreditati	%	84%	94%
	N° posti letto Tecnici accreditati		182	195
Indice Rotazione	Indice rotazione aziendale	%	43,1	40,7
Tasso occupazione posti letto	Tasso occupazione posti letto aziendale	%	75,1%	72,7%

3.3.1 I tempi di attesa

L'Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona ha sempre dimostrato una particolare attenzione al governo dei tempi di attesa non solo nel rispetto degli obiettivi posti da Regione Lombardia, ma anche nella trasparenza dell'informazione, disponibile ai cittadini che accedono alle strutture aziendali.

Il rispetto dei tempi di attesa è un risultato assolutamente eccezionale se si considera la complessità del fenomeno, influenzato da numerose variabili interdipendenti quali la qualità delle prestazioni erogate, l'offerta di servizi analoghi (pubblici e privati) disponibili nel

territorio, l'efficacia delle prestazioni, l'appropriatezza delle richieste, la disponibilità complessiva di risorse e l'efficienza con cui sono impiegate.

Il costante incremento dei volumi di attività registrato negli ultimi anni è stato conseguito per rispondere al meglio ad una crescente domanda, derivante dall'attrattiva delle strutture aziendali, attraverso l'investimento in ulteriori risorse tecnologiche e umane necessarie a mantenere gli elevati livelli quali-quantitativi delle stesse.

Si segnala, inoltre, che sono stati contrattati con l'ASL della Provincia di Cremona ulteriori prestazioni oltre a quelle normalmente erogate, le quali pur comportando un notevole sforzo organizzativo, hanno consentito di abbattere ulteriormente i tempi di attesa e rispondere, dunque, tempestivamente al bisogno di salute della popolazione.

3.3.2 La gestione della qualità e del rischio clinico

L'Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona ha investito e continua ad investire nella Qualità, nella costante ricerca di **migliorare la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti e degli operatori**, attraverso il miglioramento continuo dei processi assistenziali (*output*) e dei risultati (*outcome*).

Anche per il 2013 è stata confermata dall'Ente certificatore la certificazione volontaria ISO9001:2008 delle Unità operative coinvolte nei processi di certificazione stessi ed è stata data piena attuazione al Piano annuale di Risk Management, aderendo a tutte le iniziative regionali. Le strutture aziendali sono state, inoltre, coinvolte nella partecipazione ai programmi triennali di valutazione delle Aziende Sanitarie pubbliche e private lombarde con il supporto tecnico di Joint Commission International (JCI), nei progetti regionali di assicurazione e gestione del rischio e nel progetto regionale di monitoraggio periodico degli esiti condotto dal CRISP, avviato da diversi anni.

Ricordiamo che il Presidio Ospedalieri Oglio Po' è una struttura interamente certificata Joint Commission International.

3.3.3 La customer satisfaction.....dicono di noi

L'azienda Ospedaliera rileva il grado di soddisfazione delle persone che utilizzano i suoi servizi. Tale processo di ascolto è definito Customer Satisfaction e consente all'Azienda Ospedaliera di relazionarsi con i propri utenti, di conoscere e comprendere i bisogni e le aspettative dei destinatari della propria attività, di cogliere la qualità percepita e, di conseguenza, di attivare interventi per migliorare i servizi offerti.

La rilevazione è realizzata grazie alla collaborazione tra l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico-URP e le strutture di degenza, day hospital e ambulatoriali.

Di seguito una breve sintesi delle rilevazioni effettuate nell'anno 2013 sui servizi di ricovero e ambulatoriali.

Indicatore	Formula		2010	2011	2012	2013
Segnalazione e reclami	N° suggerimenti e reclami / N° accessi (per ricoveri)	%	166	153	216	128
	N° suggerimenti e reclami / N° accessi (ambulatoriali)	%	103	259	93	157
Encomi	N° encomi / N° accessi (per ricoveri)		478	520	402	495
	N° encomi / N° accessi (ambulatoriali)	%	106	475	269	126
Richiesta di risarcimento per atto medico	N° contenziosi risolti entro l'anno di riferimento / Tot contenziosi aperti nell'anno di riferimento aperti nell'anno (solo casi di risarcimento)	%	10,82%	2,82%	20,00%	10,00%
	N° risarcimenti relativi a sinistri aperti nell'anno di riferimento/ Tot. Sinistri riservati nell'anno di riferimento	%	98,00%	98,00%	98,00%	98,00%
	N° contenzioni risolte nell'anno di riferimento / Tot contenziosi complessivamente trattati nei CVS (nell'anno di riferimento ed in quello immediatamente precedente)	%	47,16%	29,21%	65,56%	108,00%
Customer Satisfaction	N° giudizi positivi area degenza (> a media 5,5) scala di soddisfazione 1 a 7 di n.16 Item	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	N° giudizi negativi area degenza (= o < a media 5,5) scala di soddisfazione 1 a 7 di n.16 Item	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	N° giudizi Positivi area ambulatoriale (> a media 5,5) scala da 1 a 7 di n. 12 Item)	%	66,60%	66,60%	75,00%	83,30%
	N° giudizi negativi area ambulatoriale (= o < a media 5,5) scala di soddisfazione 1 a 7 di n. 12 Item	%	33,30%	33,30%	25,00%	16,70%
	mediana di soddisfazione rilevata area degenza (calcolata con le mediane di n.16 Item)	n.	650,00%	700,00%	700,00%	600,00%
	mediana di soddisfazione rilevata area ambulatoriale (calcolata con le mediane di n. 12 item)	n.	600,00%	600,00%	600,00%	600,00%

3.3.4 Le associazioni di volontariato

Da sempre il terzo settore è molto vicino all'ospedale Istituti Ospitalieri di Cremona. Numerose sono le realtà associative che operano all'interno del nosocomio dove alcune hanno anche la loro sede; Associazioni che svolgono attività di sostegno ai familiari, ai malati ed anche agli stessi operatori sanitari, anche attraverso la raccolta fondi per l'acquisto di macchinari, per promuovere ricerche o per finanziare borse di studio. In materia di volontariato l'AO di Cremona vanta una tradizione consolidata e collabora in modo costante e sinergico con più di 40 Associazioni radicate in città e sul territorio (l'elenco completo è pubblicato sul sito www.ospedale.cremona.it).

La collaborazione si articola su diversi livelli di intervento che possono essere così riassunti:

- presenza presso i servizi e le UO aziendali;
- sostegno concreto ai pazienti;
- donazioni di apparecchiature o altro;
- organizzazione di iniziative di sensibilizzazione (convegni, vendite benefiche, incontri divulgativi, ecc);
- contributo logistico ed economico finalizzato alla realizzazione di Open Day aziendali - aperti al pubblico (giornate di prevenzione, consulenze gratuite, ecc). Da sempre la Direzione strategica ha rapporti periodici di scambio proficuo e interazione con le diverse associazioni considerate una autentica risorsa per l'ospedale.

Fra le iniziative più significative del 2013 organizzate da AO di Cremona e mondo del volontariato si segnalano:

- **Revisione e redistribuzione degli spazi informativi** dedicati alle associazioni di volontariato presso i corridoi dell'ingresso principale del Presidio Ospedaliero di Cremona. Lo scopo di tale iniziativa è stato quello di rafforzare la collaborazione già esistente e consentire equa visibilità a tutti i volontari.
- **Gestione calendario** presenza periodica delle associazioni di volontariato presso l'atrio dell'Ospedale di Cremona e Oglio Po finalizzata alla promozione, informazione e talvolta raccolta fondi.
- **8 Marzo – Open Day, La salute in evidenza.** L'iniziativa è stata patrocinata da Comune di Cremona, Provincia di Cremona, Asl della provincia di Cremona, Comune di Casalmaggiore, Comune di Pizzighettone, Ufficio Consigliera di Parità della Provincia di Cremona. La salute in evidenza è uno slogan che rappresenta lo spirito dell'Open Day organizzato dall'Azienda Ospedaliera di Cremona in collaborazione con Fondazione Opera Pia Luigi Mazza Apom, Aipa, Amici dell'Ospedale, Croce Rossa Italiana, Andos, Amici dell'Oglio Po, Aida, Donne Senza Frontiere.
- **14 marzo – Open Day Giornata mondiale del rene,** Piazza Roma, Cremona. L'iniziativa si è svolta anche grazie al contributo dell'associazione "Volontari Robecco d'Oglio" che si sono occupati della logistica.
- **25 maggio – Giornata Nazionale del Sollievo.** Tavola rotonda dal titolo "Come prevenire, riconoscere e combattere il dolore, organizzata presso Spazio Comune (Comune di Cremona) in collaborazione con ACCD.
- **14 marzo – Settimana del glaucoma.** Visite gratuite realizzate dagli oculisti dell'AO di Cremona presso il Camper dell'Unione Italiana Ciechi.
- **10 giugno – 100 passi insieme – Camminata a favore dei pazienti oncologici –**
- **9 novembre – Open Day "IO al diabete non gliela do vinta".** Giornata Mondiale del Diabete (consulenze e proiezioni di video informativi) realizzata in collaborazione con l'Associazione Diabetici Cremonesi.
- **5 dicembre – Tavola rotonda "La cultura autobiografica, medicina narrativa, famiglie e salute mentale".** Realizzata in collaborazione con Centro Psico Sociale di Cremona con il contributo di DIDIAPSI /Associazione Diritti Malati Psicici).
- **Convegno 20 settembre, "Tromboembolismo venoso, prevenire è curare"** realizzato in collaborazione con AIPA (Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati).
- **Convegno 15 novembre, "La malattia di Parkinson e i parkinsonismi: diagnosi, terapia e problematiche assistenziali.** Realizzato in collaborazione con La Tartaruga Onlus.
- **Convegno 25 novembre, "Comunicare la violenza per vincerla".** Iniziativa contro la violenza sulle donne realizzata in collaborazione con Zonta Club Cremona e AIDA.
- **Donazione di Organi,** promozione nelle scuole cittadine ad opera di Terapia Intensiva dell'Ospedale di Cremona in collaborazione con AIDO (Associazione Italiana Donatori Organi).

- Presentazione **nuova sede Servizio di Medicina Trasfusionale** AO di Cremona in collaborazione con AVIS.
- Collaborazione con **SIAMO NOI** associazione di volontari che presta servizio di supporto e sostegno ai pazienti in Pronto Soccorso.
- **Fotolaboratorio "La cura in un gesto. La dimensione estetica del dolore"**. Progetto di comunicazione e formazione curato da Ufficio Stampa/Comunicazione e caratterizzato da 8 incontri dedicati agli operatori dell'area oncologica e dell'UO di Cure Palliative con Hospice. Il progetto è stato realizzato grazie alla collaborazione e al contributo economico di ACCD Onlus (Associazione Cremonese Cura del Dolore).

Di seguito un breve riepilogo degli indicatori rilevati per quest'area nel triennio 2011/2013.

Indicatore	Formula		2011	2012	2013
Rapporti con volontari	Protocollo aziendale gestione rapporti con volontariato	si/no	no	si	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	€	52.595	10.781	136.319
Lasciti testamentari	Importo lasciti	€	0	0	0

4. La performance organizzativa delle strutture aziendali

Il processo di programmazione aziendale, nel recepire le direttive regionali che costituiscono obiettivi prioritari per l'Azienda, ne prevede la declinazione con l'assegnazione di obiettivi alle strutture in cui è articolata l'Azienda stessa attraverso lo strumento del budget che evidenzia, per ciascuna unità, le risorse assegnate e i risultati attesi.

Gli obiettivi sono correlati ad un idoneo **sistema di indicatori** rilevati nei sistemi informativi aziendali, in modo da garantire la reale fruibilità delle informazioni utili al processo decisionale attraverso la reportistica aziendale che prevede un aggiornamento mensile.

Ciascuna delle aree inserita nell'ambito della programmazione ai diversi livelli, coerentemente con i propri indicatori, garantisce un migliore apprezzamento degli outcomes dell'azienda, in termini di valutazione degli impatti prodotti. Ove necessario, al fine di promuovere il raggiungimento dei risultati assegnati, verranno, così, definite opportune misure correttive.

La valutazione si basa, infatti, sulla misurazione tempestiva e chiara degli indicatori ma tiene anche conto della contestualizzazione dei risultati in modo da evidenziare eventuali situazioni di criticità nel perseguimento degli obiettivi stessi.

Da questo punto di vista, preme rilevare, che gli indicatori sono il punto di arrivo di un processo di orientamento dei comportamenti.

La scelta degli indicatori fornisce indicazioni ed orientamenti sugli obiettivi dell'organizzazione e sulle modalità che devono essere utilizzate per la valutazione delle performance, anche in termini multidimensionali.

In tale scelta si è cercato di privilegiare quegli indicatori che possiedono le seguenti caratteristiche: rilevanza, focus, standardizzabilità e comprensibilità, supportando con approfondimenti successivi la possibilità, una volta visualizzato il dato di sintesi relativo ad una dimensione di analisi, di esplorare la gerarchia dei fenomeni sottostanti.

La necessaria evoluzione del sistema informativo, così costruito, oltre al consolidamento di un reale strumento di supporto all'assunzione delle decisioni strategiche, capace al tempo stesso di fornire una visione sistemica e di insieme degli ambiti rilevati di valutazione, oltre che di promuovere un orientamento al medio termine delle scelte di governo aziendale, sarà quella di favorire una selezione di informazioni e di indicatori rilevanti, superando il rischio di sovra-accumulo di dati tipico dei sistemi orientati alla gestione dell'operatività e di focalizzarsi sugli aspetti capaci di determinare i risultati di lungo periodo, la crescita qualitativa e la solidità dell'azienda.

Si dovranno fornire le basi per l'attivazione di confronti mirati, sugli aspetti ritenuti più significativi, con realtà simili definendo un vero e proprio Cruscotto direzionale multidimensionale.

4.1 I risultati della performance organizzativa del 2013

Alla chiusura dell'esercizio di budget si è proceduto alla misurazione della performance organizzativa ovvero alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati alle strutture aziendali.

Risorse umane	Indicatore	Formula		2011	2012	2013
Produttività personale	N° Ricoveri x Dirigente Medico (DO+DH)	n°		84,06	81,55	79,02
	N° prestazioni Ambulatoriali x Dirigente Medico	n°		7945	8131,19	8421,29
	N° Visite (prime visite+ Controlli) per Dirigente Medico	n°		868,94	998,53	1000,74
	PL accreditati per Dirigente Medico	n°		2,39	2,62	2,60
	PL accreditati per Personale del Comparto	n°		0,72	0,81	0,79
	Ricavi attività Propria per Dirigente Medico	€		368539	382503	381449
Attività Sanitaria	Indicatore	Formula		2011	2012	2013
Complessità case mix	Peso medio aziendale			0,85	1,12	1,12
Semplificazione	Esistenza sistema di gestione documentale	si/no		si	si	si
Digitalizzazione	N° referti SISS/totale referti ambulatoriali	%		23,3	21,04	22,11
Digitalizzazione	N° referti SISS/totale referti radiologia	%		95,37	86,59	88,63
Laboratorio analisi	N° referti SISS/totale referti laboratorio analisi	%		64,67	94,73	95,52
Lettere di dimissione	N° referti SISS/totale lettere di dimissione	%		76,29	81,5	80,37

Di seguito sintesi dei principali indicatori considerati per ciascuna Unità Operativa dei due presidi ospedalieri:

UU.OO. POC	PL MEDI ORD 2013	DIMESSI R.O. 2013	GG DEG R.O. 2013	PL MEDI DH 2013	DIMESSI DH 2013	NUMERO ACCESSI DH 2013	PA EST
INFETTIVI	11,96	327	4.260	1	0	0	3.440
MEDICINA INTERNA	56	2.143	17.660	1	0	0	40.884
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	0	107	396	0	31	43	7.330
EMATOLOGIA	10	265	3.205	1	6	19	22.480
ONCOLOGIA	22,63	947	6.594	2,75	14	54	17.105
CURE PALLIATIVE	14	303	4.572	1	0	0	523
BREAST UNIT	7,54	319	1.561	2	425	434	20.240
CHIRURGIA GENERALE	41,44	1.284	10.584	3	471	482	3.360
CHIRURGIA VASCOLARE	7,56	388	2.727	2	8	8	6.028
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	33	1.937	7.925	3	475	476	14.784
NIDO	15	863	2.943	0	0	0	0
PEDIATRIA	15	959	3.543	1	80	90	3.276
TERAPIA INT.NEONATALE	5	10	130	0	0	0	0
NEONATOLOGIA E PAT.NEONATALE	10	416	4.145	1	128	130	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	29,75	1.437	8.321	2,02	265	344	14.277
OCULISTICA	0	385	527	1	132	133	23.974
OTORINOLARINGOIATRIA	14,56	926	3.714	1,92	127	127	11.139
UROLOGIA	10,63	516	2.537	1	319	319	3.796
NEFROLOGIA	20,83	614	6.473	1	31	152	59.955
NEUROLOGIA	31,64	861	7.341	1	14	65	11.236
NEUROCHIRURGIA	21,67	918	7.194	1	7	7	4.121
DERMATOLOGIA	0	8	50	0	380	555	25.263
PNEUMOLOGIA	28,5	1.081	9.662	1	6	7	20.185
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	29,1	419	11.276	0	0	0	63.720
RIABILITAZIONE GENERALE E GERIATRICA	10,1	66	1.782	0	0	0	0
CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	4	98	1.131	0	0	0	0
RADIOTERAPIA	23	461	6.704	1	69	69	34.661
TERAPIA INTENSIVA	8	173	1.321	0	0	0	0
CARDIOLOGIA	29	1.504	9.606	1	129	130	17.263
UNITA' CORONARICA	8	101	466	0	0	0	0
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	0	0	1	7	7	32.164
PSICHIATRIA	15	476	4.754	0	0	0	682
CURE SUB ACUTE	7,05	119	2.311	0	0	0	0
MEDICINA DEL LAVORO							172
RADIOLOGIA POC							100.200
LABORATORIO POC							1.658.653
TRASFUSIONALE							79.746
CITOGENETICA							8.900
ANATOMIA PATOLOGICA							22.129
PRONTO SOCCORSO POC							113.338
PSICOLOGIA CLINICA							7.923
DIREZIONE MEDICA POC							11.979
		20.431	155.415		3.124	3.651	2.464.926

UU.OO. POOP	PL MEDI ORD 2013	DIMESSI R.O. 2013	GG DEG R.O. 2013	PL MEDI DH 2013	DIMESSI DH 2013	NUMERO ACCESSI DH 2013	PA EST
CARDIOLOGIA	14	741	4.916	0	0	0	15.764
CHIRURGIA GENERALE	15,7	643	4.043	3	277	277	9.706
MEDICINA GENERALE	45	1.793	17.040	1	0	0	14.929
NIDO	10	306	1.029	0	0	0	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	19,12	646	4.610	1	143	247	7.046
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20	741	2.551	2	267	267	3.609
PEDIATRIA	12	626	2.715	1	2	2	607
PSICHIATRIA	10	253	3.074	0	0	0	284
TER.INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	51	589	0	0	0	0
UNITA' CORONARICA	4	88	257	0	0	0	0
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	4	45	744	0	0	0	0
CURE SUB ACUTE	8	57	714	0	0	0	0
TERAPIA ANTALGICA	2	132	479	0	128	129	2.388
RADIOLOGIA POOP							47.342
LABORATORIO POOP							608.074
PRONTO SOCCORSO POOP							63.714
DIREZIONE MEDICA POOP							3.740
		6.122	42.761		817	922	777.203

4.2 Gli obiettivi RAR 2013 – Risorse aggiuntive regionali

Il ciclo della performance contempla, inoltre, gli obiettivi individuati dalla Regione e collegati alle risorse aggiuntive regionali per il biennio 2013/2014.

Nel corso del 2013 i progetti RAR sono stati oggetto di valutazione secondo il cronoprogramma regionale che prevedeva, per la prima annualità, la formulazione dei progetti e l'avvio delle attività. Lo stato avanzamento degli obiettivi è stato certificato dal Nucleo di Valutazione della Performance.

Gli obiettivi regionali sono articolati in quattro aree dai quali sono state declinate le linee di indirizzo aziendale nelle quali hanno trovato attuazione i progetti RAR definiti per ciascuna articolazione aziendale:

Nr	Descrizione progetto	Indicatore al 31/12/2013	Personale coinvolto	Stato Ragg.	Note
1	Igiene delle mani per la prevenzione delle infezioni ospedaliere: valutazione prospettica ed intervento formativo con audit e feed-back dei dati	Produzione di reportistica di verifica delle conoscenze sull'igiene delle mani. Adesione all'igiene delle mani (metodo WHO9: percentuale delle occasioni in cui vi era indicazione all'IdM sul totale delle opportunità di IdM. Livello di adesione IdM>65%= Obiettivo Raggiunto. Livello di adesione 50%<IdM<65% >= Obiettivo Parzialmente Raggiunto . Livello di adesione IdM <50% = Obiettivo non raggiunto	COMPARTO/DIRIGENZA delle uu.oo. di degenza e dei servizi e delle direzioni mediche di presidio poc e poop	Raggiunto: livello adesione IdM del 65% per tutte le UU.OO./servizi coinvolti	Raggiungimento certificato dai direttori medici di presidio e dal dirigente SITRA
2	Attuazione piano delle performance	Aggiornamento e pubblicazione del piano delle performance relativo all'anno 2013	COMPARTO/DIRIGENZA afferente al controllo di gestione	Raggiunto: completato aggiornamento e pubblicazione entro il 2013	Raggiungimento certificato dal responsabile Controllo di Gestione
2	Implementazione e aggiornamento del sito internet aziendale	Avvio dei progetti concordati. Produzione di eventuale raccolta di segnalazioni di correzioni/revisioni da parte degli	COMPARTO/DIRIGENZA afferente alla direzione amministrativa poc e poop, al cup, all'urp, all'ufficio stampa e all'ufficio formazione	Raggiunto. Non pervenute segnalazioni di rilievo	Raggiungimento certificato dal resp. Ufficio Stampa

		operatori di front office			
3	Attivazione intervento finalizzato al consolidamento delle conoscenze in materia di sicurezza e all'utilizzo dei mezzi di protezione personale	Produzione di verbale conseguente al processo di audit relativo a tutto il 2013	COMPARTO/DIRIGENZA afferente all'ufficio tecnico. Tutti gli operatori tecnici (portieri centralinisti, guardie giurate, operatori di cucina, operatori del magazzino economato, squadra trasporti poc e poop)	Raggiunto. Completata la fase di verifica delle conoscenze e formazione, sulla base delle criticità riscontrate	Raggiungimento certificato dal responsabile dell'Ufficio Tecnico Patrimoniale
4	Distribuzione via intranet delle liste di lavoro ambulatoriali e di libera professione	Formazione del personale ed avvio del progetto	COMPARTO/DIRIGENZA afferente al CUP e operatori SIA	Raggiunto: completata integrazione tra Camelia e Webref da parte del SIA. Le liste sono disponibili agli utilizzatori dei reparti interessati	Raggiungimento certificato dal responsabile SIA e dal responsabile direzione amm.va di presidio POC
4	Portale del dipendente accessibile via WEB	Formazione del personale ed avvio del progetto	COMPARTO/DIRIGENZA afferente al SIA e all'ufficio rilevazione presenze	Raggiunto: pubblicato su MyAliseo manuale operativo per l'accesso da remoto al portale	Obiettivo certificato dal resp. SIA
4	Attivazione firma digitale dei documenti amministrativi relativi ai rapporti con i fornitori e invio con utilizzo PEC	Formazione del personale ed avvio almento presso la U.O. Economato Provveditorato	COMPARTO/DIRIGENZA del ruolo amministrativo degli affari generali e legali, economato e operatori SIA	Raggiunto: Responsabile e Vice responsabile U.O. Economato sono abilitati all'utilizzo PEC per rapporti con fornitori	Obiettivo certificato dal resp. SIA
4	Digitalizzazione e distribuzione cartella clinica su supporto digitale (CD)	Sostituzione della copia della cartella cartacea con copia digitale	COMPARTO/DIRIGENZA personale ufficio cartelle cliniche, distribuzione referti e operatori SIA	Raggiunto: Dal 1 gennaio 2014 è possibile, su richiesta degli utenti, fornire copia della cartella clinica su CD	Obiettivo certificato dal responsabile SIA e dal resp. Direzione amministrativa di presidio POC

4	Gestione documenti qualità e sicurezza firmati digitalmente sulla intranet aziendale	Formazione ed avvio di un servizio pilota (tecnologie biomedicali)	COMPARTO/DIRIGENZA personale ammvo , sanitario, tecnico del SIA, ufficio qualità e tecnologie biomedicali	Raggiunto:eseguito avvio archiviazione documenti relativi alla qualità ed alla sicurezza aziendale firmati digitalmente all'interno della intranet aziendale. Partenza con servizio pilota (tecnologie biomedicali)	Obiettivo certificato dal responsabile SIA e dal responsabile Ufficio Qualità
4	Predisposizione regolamento sul trattamento di missione e studio di fattibilità sulla dematerializzazione della modulistica relativa	Applicazione a regime della modulistica informatizzata	COMPARTO/DIRIGENZA personale afferente alle risorse umane	Raggiunto:in corso di approvazione documento "regolamentazione del trattamento di missione". Modulo informatico testato a breve reso disponibile su MyAliseo	Obiettivo certificato dal responsabile SIA e dal responsabile risorse umane
4	Dematerializzazione del ciclo passivo	Avvio a regime del progetto	COMPARTO/DIRIGENZA personale afferente alla funzione economico finanziaria, all'economato, all'ufficio tecnico, alla farmacia, tecnologie biomedicali, SIA	Raggiunto:Automazione invio ordini telematici e ricezione fatture per fornitori che aderiscono al progetto. Archiviazione copia bolla cartacea su supporto informatico. Per fornitori non dotati di strumenti di integrazione verrà proposto l'utilizzo di un portale sul quale pubblicare i propri documenti in formato pdf.	Obiettivo certificato dal responsabile SIA e dal responsabile FEF

5. La performance individuale

Il Ciclo della performance si chiude con la valutazione individuale del personale dipendente, appartenente alla dirigenza e al comparto, effettuato, sulla base del sistema di valutazione adottato dall'Azienda, dai valutatori di prima istanza, ovvero dai Responsabili delle unità operative aziendali.

La valutazione viene effettuata sulla base di obiettivi e competenze mediante compilazione, in contraddittorio, di una scheda di valutazione a tal fine predisposta nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale.

La valutazione tiene conto sia della qualità della prestazione resa dal dipendente, sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

Alla valutazione individuale è collegata la retribuzione accessoria di cui al Fondo di Risultato della dirigenza e al Fondo per la Produttività Collettiva del comparto.

La valutazione del personale è stata mediamente elevata, raggiungendo la piena valutazione per la quasi totalità del personale dirigente.

Punteggio pieno anche per la maggior parte del personale del comparto con posizione organizzativa (87.91% circa), mentre il restante personale del comparto è stato valutato a pieni voti per una media del 68,61%.

Benessere	Indicatore	Formula		2011	2012	2013
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%
	Personale in servizio al 31/12 al netto delle lunghe malattie (>30gg)/ Personale da dotazione organica al 31/12		%	94,28%	93,88%	98,93%
Assenteismo	Tasso aziendale di assenteismo		%	1,75%	1,85%	1,59%
Pari opportunità	Indicatore	Formula		2011	2012	2013
Indicatore di genere	N° dipendenti donne tp media anno/N° dipendenti tot ric tp media anno		%	72,19%	73,17%	71,00%
	N° DSC donne/N° DSC coperti		%	11,76%	18,18%	28,00%
Comitato unico di garanzia Personale con limitazioni	Presenza del Comitato		si/no	no	no	si
	N° personale con limitazioni/Personale totale		%	4,03%	4,83%	8,62%

6 . Pubblicità

La Relazione della Performance 2013, verificata dal Nucleo di Valutazione Aziendale, è adottata secondo i criteri di massima trasparenza dei processi attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, nella sezione denominata: «Trasparenza, valutazione e merito» presente in home page.

7 . Allegati alla Relazione della Performance 2013

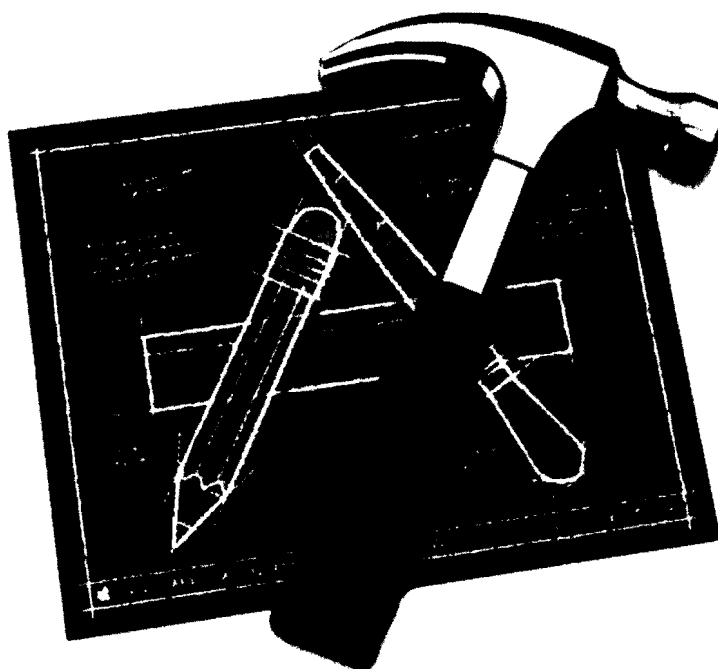
Allegato 1: elenco degli obiettivi aziendali di interesse regionale 2013

Allegato 2: risultati della performance organizzativa del personale appartenente alla dirigenza medica amministrativa e di staff

Allegato 3: Progetto di riorganizzazione per intensità di cura. Presidio Ospedaliero Oglio Po'



Azienda Ospedaliera
"ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA"
P.O. OGLIO-PO



**RIPROGETTIAMO L'OSPEDALE:
L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA**

Dr. Rosario **CANINO** - Dr. Alberto **SILLA**



Perché riprogettare

In un contesto sociale, demografico ed epidemiologico in continua evoluzione, l'ospedale deve riconfigurarsi, dando risposte adeguate ai nuovi assetti in un processo di cambiamento reale. Inoltre, la recente congiuntura economica impone serie riflessioni sull'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, ricercando modelli organizzativi che a *parità di livelli qualitativi assistenziali ottimizzino al meglio le risorse disponibili*.

L'ospedale per intensità di cura è un modello organizzativo che si colloca in continuità con questi cambiamenti, volto a caratterizzare le risposte assistenziali diversificate per intensità di cura e come tale con aree di degenza per acuti e post acuti multispecialistiche. Per comprendere le implicazioni della riorganizzazione per intensità di cura è necessario adottare una prospettiva di analisi ampia, tenendo conto di:

- assetto organizzativo e strutturale dell'ospedale
- modello di presa in carico e meccanismi operativi condivisi attuali e futuri,
- livello di integrazione interdisciplinare raggiunto
- interazione tra cure ospedaliere e continuità di cura territoriale.

Presupposto fondamentale del modello organizzativo proposto risulta essere:

- la valutazione dell'instabilità clinica dei pazienti
- la definizione della complessità assistenziale medica ed infermieristica richiesta dal processo di cura del paziente.

La cultura prevalente del contesto ospedaliero dell'Oglio-Po è già orientata a queste innovazioni organizzative/assistenziali.

Infatti, il Presidio Ospedaliero ha visto, nell'ottobre 2006, il conseguimento dell'accreditamento all'eccellenza secondo gli standard della Joint Commission International (JCI), e nell'ottobre 2009, ha ottenuto il ri-accreditamento.

L'implementazione di questa vasta impalcatura progettuale ha comportato una regolamentazione quali-quantitativa dei molteplici processi organizzativo-gestionali. Tra questi, il più importante è stato, indubbiamente, la revisione, l'integrazione e la standardizzazione della documentazione clinico-assistenziale che sicuramente favorirà il processo di integrazione interprofessionale e multidisciplinare.



Indicatori di attività ospedaliera

La tabella 1 riporta i classici indicatori di attività ospedaliera, che evidenziano un tasso di saturazione totale dei p.l. >75%. In alcune UU.OO., specialmente dell'area chirurgica, i tassi di saturazione sono più bassi per effetto della trasformazione di notevoli volumi di attività in regime di day-surgery/ambulatoriale.

La riduzione della degenza media dei reparti chirurgici impone inoltre una seria riflessione sulla redistribuzione dei p.l. in funzione anche della possibile articolazione organizzativa delle strutture sviluppata su base settimanale con apertura dei p.l. massimo per 5 giorni.

Alla luce di queste macro considerazioni si ritiene metodologicamente corretto analizzare nel dettaglio la distribuzione di frequenza della durata della degenza dei ricoveri (suddivisi per tipo di DRG Medico e Chirurgico) delle UU.OO. potenzialmente individuate per un percorso di riprogettazione.

Tabella 1 - Indicatori di attività ospedaliera –Anno 2011

	Degenza Media	% Saturazione p.l.	Indice di Rotazione	Intervallo di Turn-over
Cardiologia	5	82,5%	60,4	1,1
UCC	10,9	66,2%	22,3	5,5
Chirurgia	6	74,1%	44,7	2,1
Medicina	10,3	93,1%	32,9	0,8
Ortopedia	7	67,2%	34,9	3,4
Ostetricia-Ginecologia	3,4	41,1%	43,9	4,9
Pediatria	4,2	78,8%	68,3	1,1
Terapia Intensiva	13	57%	16	9,8
Terapia Antalgica	3,9	56,4%	53,5	3
Psichiatria	11	74,9%	24,9	3,7
Riabilitazione Sp.	20,9	98,7%	17,3	0,3
Totale	6,9	78,9%	41,6	1,9

La distribuzione di frequenza della durata di degenza dei ricoveri ordinari evidenzia:

- nel presidio il numero di ricoveri inferiori a 5 giorni di degenza, e quindi allocabili in un modello organizzativo tipo week-hospital, risulta essere del 56%;
- di questi, i ricoveri medici rappresentano il 69%; i ricoveri chirurgici sono il 31%;
- i ricoveri di tipo chirurgico sono in gran parte programmabili e pertanto eleggibili in un percorso di ricovero di week hospital;
- i ricoveri di tipo medico al contrario risultano di difficile programmazione in quanto connotati dalla caratteristica di urgenza;

La medesima modalità di analisi (Grafici dal 2 al 5) è stata applicata alle singole unità operative coinvolte maggiormente nella riprogettazione.

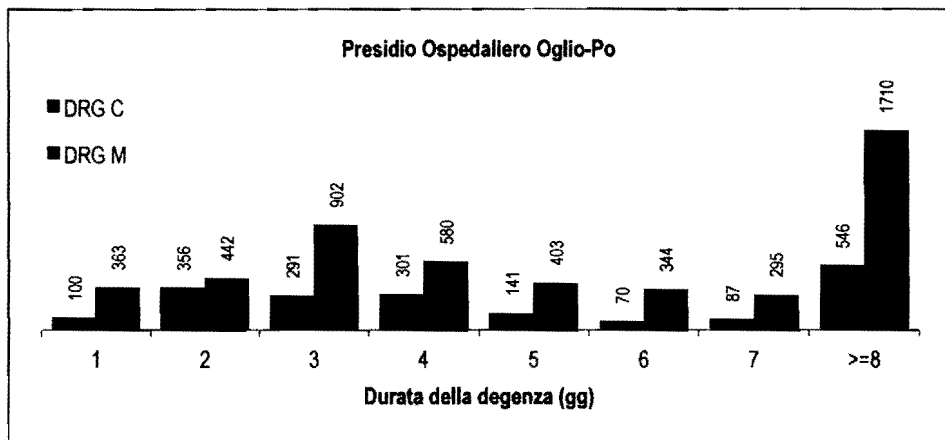


Grafico 1 – Distribuzione di frequenza delle dimissioni (anno 2011) del P.O. Oglio-Po secondo la durata della degenza.

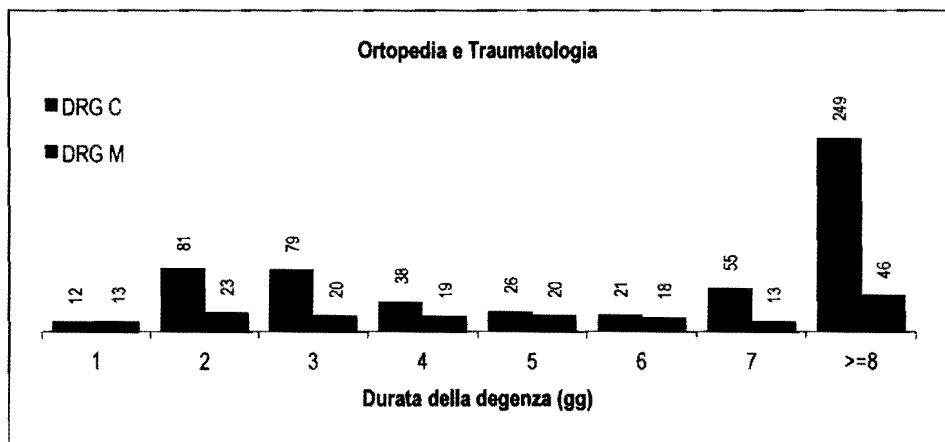


Grafico 2 - Distribuzione di frequenza delle dimissioni (anno 2011) dell'U.O. Ortopedia e Traumatologia secondo la durata della degenza.

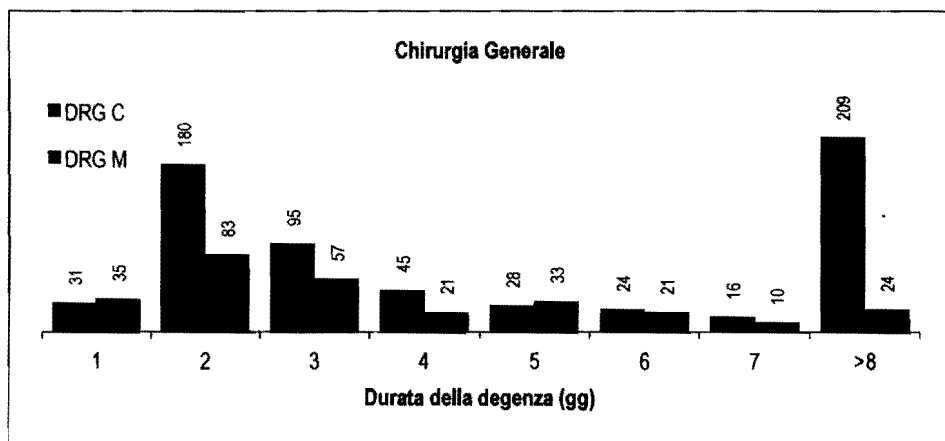


Grafico 3 - Distribuzione di frequenza delle dimissioni (anno 2011) dell'U.O. di Chirurgia Generale secondo la durata della degenza.

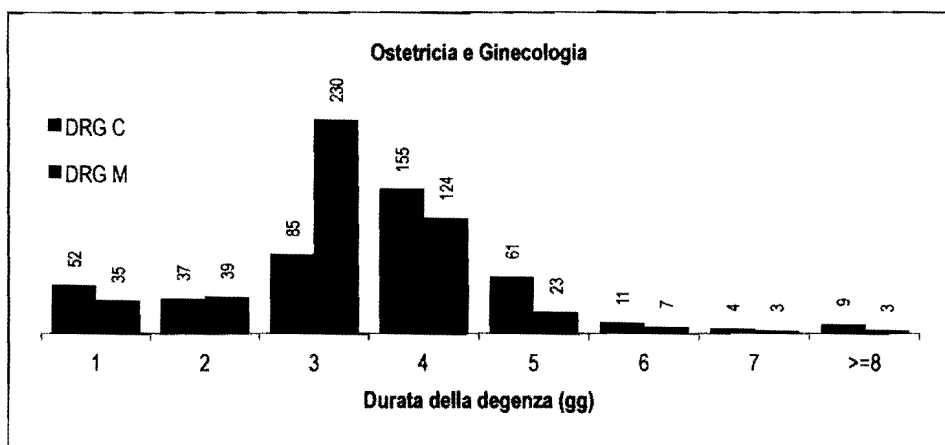


Grafico 4 - Distribuzione di frequenza delle dimissioni (anno 2011) dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia secondo la durata della degenza.

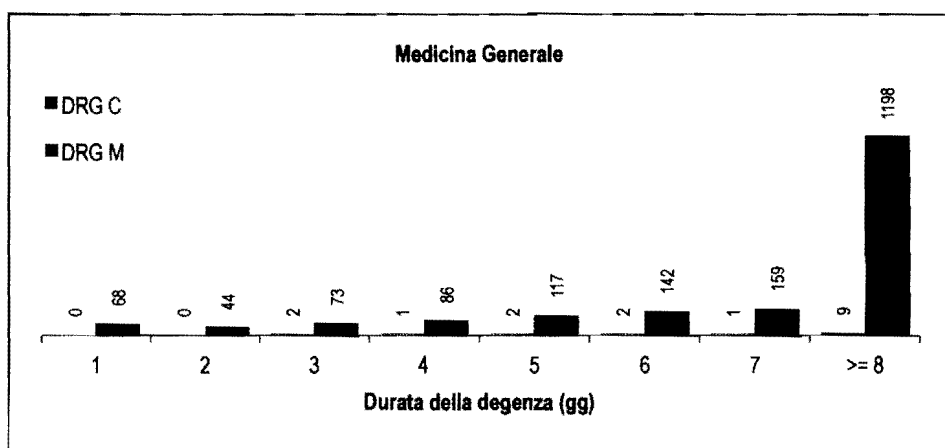


Grafico 5 - Distribuzione di frequenza delle dimissioni (anno 2011) dell'U.O. di Medicina Generale secondo la durata della degenza.



Attuali Risorse Assistenziali

Nella tabella 2 sono indicati gli organici del personale infermieristico e degli OSS attualmente assegnati all'UU.OO. maggiormente coinvolte nel progetto di riorganizzazione (dotazione organica aggiornata al 1/8/2012).

Tabella 2- Organici di personale infermieristico e OSS assegnati alle UU.OO. coinvolte nel progetto di riorganizzazione (al 1/8/2012)

	Teste Assegnate		Teste Equivalenti		Teste Necessarie	
	Inf./Ost	OSS/Aut	Inf./Ost	OSS/Aut	Inf./Ost	OSS/Aut
Chirurgia	16	2	14,5	1,9	13	4
Ortopedia	20	7	16,4	6,8	14,5	9,5
Ostetricia & Ginecologia	10+8		8,5+6,5		19	1
Pre-ricovero/Day-Surgery/Terapia Antalgica	10		9,7		10	
Medicina + DH	36	22	27,3*	21,4	29,5	24,5
Pediatria-Nido	22		17,5		19	
Pronto Soccorso	22	4+8	19	4+8*	23	12
TOTALI	144	43	119,4	42,1	128	51

Al fine di facilitare l'interpretazione dei valori numerici riferiti alla dotazione organica del personale infermieristico, nella tabella 3 si specificano le definizioni di teste assegnate, teste equivalenti, teste necessarie.

Tabella 3 – Definizioni

	Definizione
Teste Assegnate	Riferito all'unità (intera) di personale incaricato a TD/TI alla data odierna.
Teste equivalenti	N° reale/disponibile di unità al netto di assenze a vario titolo, part-time, legge 104, gravidanze, etc.
Teste Necessarie (Organico complessivo)	N° di operatori necessari all'organizzazione delle turnistiche e alla gestione delle assenze per congedi ordinari, malattie brevi
Organico di base	Fabbisogno di operatori nei turni MPN

Dalla tabella 2 si evidenzia (riga Totali) che il mantenimento dell'attuale modello organizzativo, per le UU.OO. coinvolte, richiederebbe l'inserimento di almeno 8-10 infermieri e 6-8 OSS.



Il nuovo modello

Nella consapevolezza che non esiste un unico modello organizzativo per trasformare le attuali organizzazioni ospedaliere in nuovi modelli di cura centrati sul paziente, sono stati individuati variabili ad hoc che hanno tenuto in considerazione la cultura prevalente, il livello di integrazione raggiunto e la realtà del contesto organizzativo.

La progettazione del nuovo modello si basa su 4 criteri cardine:

Criterio 1: Organizzazione dell'ospedale per aree omogenee:

1. Area chirurgica,
2. Area medica.
3. Area critica e dell'emergenza,
4. Area materno-infantile,
5. Area della salute mentale
6. Area dei Servizi

Criterio 2: superamento in alcune aree dell'articolazione per UU.OO. differenziate secondo la disciplina specialistica.

Criterio 3: identificazione nelle aree di distinti livelli di cura e assistenza in funzione della seguente complessità:

1. Alta complessità clinico assistenziale,
2. Bassa/media complessità clinico-assistenziale

Criterio 4: assegnazione dei pazienti nelle aree di degenza in funzione dei seguenti criteri:

1. Complessità clinica,
2. Complessità assistenziale,
3. Durata della degenza stimata



1. Area Chirurgica

Nella nuova area chirurgica confluiscono le attuali strutture organizzative/attività:

- Chirurgia Generale
- Ortopedia e Traumatologia - Riabilitazione
- Ginecologia
- Terapia Antalgica
- Oculistica
- Day-Surgery
- Attività chirurgica ambulatoriale a bassa complessità
- Pre ricovero chirurgico

Nell'ambito di questa area in base al criterio 3 si identificano due livelli di cura e di assistenza:

1. **Area chirurgica A:** Alta complessità
2. **Area chirurgica B:** Bassa/media complessità

Inoltre, in base alla durata della degenza si individuano due percorsi di ricovero:

1. durata della degenza ≤ 5 gg (week-surgery)
2. durata della degenza > 5 gg (degenza ordinaria)

Dimensionamento delle due aree chirurgiche

Al fine di dimensionare il fabbisogno di p.l. nei due livelli di cura dell'area chirurgica, sono state considerate le dimissioni dei DRG chirurgici riferite all'anno 2011 in base ai due percorsi di ricovero (≤ 5 gg, >5 gg).

Tenuto conto che nell'area week-surgery confluirà anche la day-surgery e l'attività chirurgica ambulatoriale, alle dimissioni con durata di degenza ≤ 5 gg sono state sommate le dimissioni in day-surgery ed in regime ambulatoriale (Tabella 4 e 5), ottenendo una produzione di 4.168 gg.

Tenuto conto che questa area lavorerà su 5 giorni settimanali, il rapporto tra le giornate di degenza complessive e i 250 gg annui di apertura del servizio, ha come risultante un fabbisogno di 16,5 p.l..

Al fine di garantire sufficiente flessibilità nella gestione delle seguenti variabili: sesso, specialità, tipologia di intervento, etc., si ritiene opportuno dimensionare l'**Area Chirurgica B** a 20 p.l..

Tabella 4 – N° di dimissioni ordinarie con DRG C nelle varie UU.OO. Chirurgiche con durata della degenza ≤ 5 gg e relative giornate di degenza (* comprensivo dei ricoveri effettuati dalla Terapia Antalgica).

Durata degenza	Ortopedia	Chirurgia*	Ginecologia	Totale	gg. di degenza
0-1 gg	12	31	52	95	95
2 gg	81	180	37	298	596
3gg	79	95	85	259	777
4 gg	38	45	50	133	532
5 gg	26	28		54	270
Totale	236	379	224	839	2.270



Tabella 5 – N° di dimissioni in day-surgery ed ambulatoriali nelle varie UU.OO. chirurgiche

	Ortopedia	Chirurgia	Ginecologia	Oculistica	Terapia Antalgica	Totale
Day-Surgery	150	272	294	-	191	907
BOCA	414	126	174	277	-	991
Totale	564	398	468	277	191	1.898

Per quanto riguarda il dimensionamento dell'area chirurgica con durata della degenza >5 gg e media/alta complessità clinico/assistenziale, il fabbisogno di p.l. è stato calcolato nel medesimo modo: gg complessive 7.280, giorni di apertura del servizio 365 gg, fabbisogno di p.l. 20 (Tabella 6). Per gli stessi motivi (sesso, specialità, tipologia di intervento, etc.) dell'Area Chirurgica B sono stati aumentati del 20%, ottenendo un dimensionamento per l'Area Chirurgica A di 24 p.l..

Tabella 6 - N° di dimissioni ordinarie con DRG C nelle varie UU.OO. Chirurgiche con durata della degenza > 5 gg e relative giornate di degenza.

Durata degenza	Ortopedia	Chirurgia	Ginecologia	Totale	gg di degenza
6 gg	21	24	11	56	336
7 gg	55	16	4	75	525
8 gg	53	26	3	82	656
9 gg	39	15	2	56	506
>=10 gg	157	168	4	329	5.257
Totale	325	249	24	598	7.280

Logistica

Nelle due cartine seguenti è illustrata la dislocazione attuale dei p.l. e quella della nuova area chirurgica.

Negli attuali spazi occupati dall'Ortopedia verrà dislocata l'area chirurgia B (week-hospital) comprendente tutti i ricoveri chirurgici ordinari con durata della degenza ≤ 5 gg, day-surgery, la chirurgia ambulatoriale, la sala gessi e i 4 p.l. di Riabilitazione.

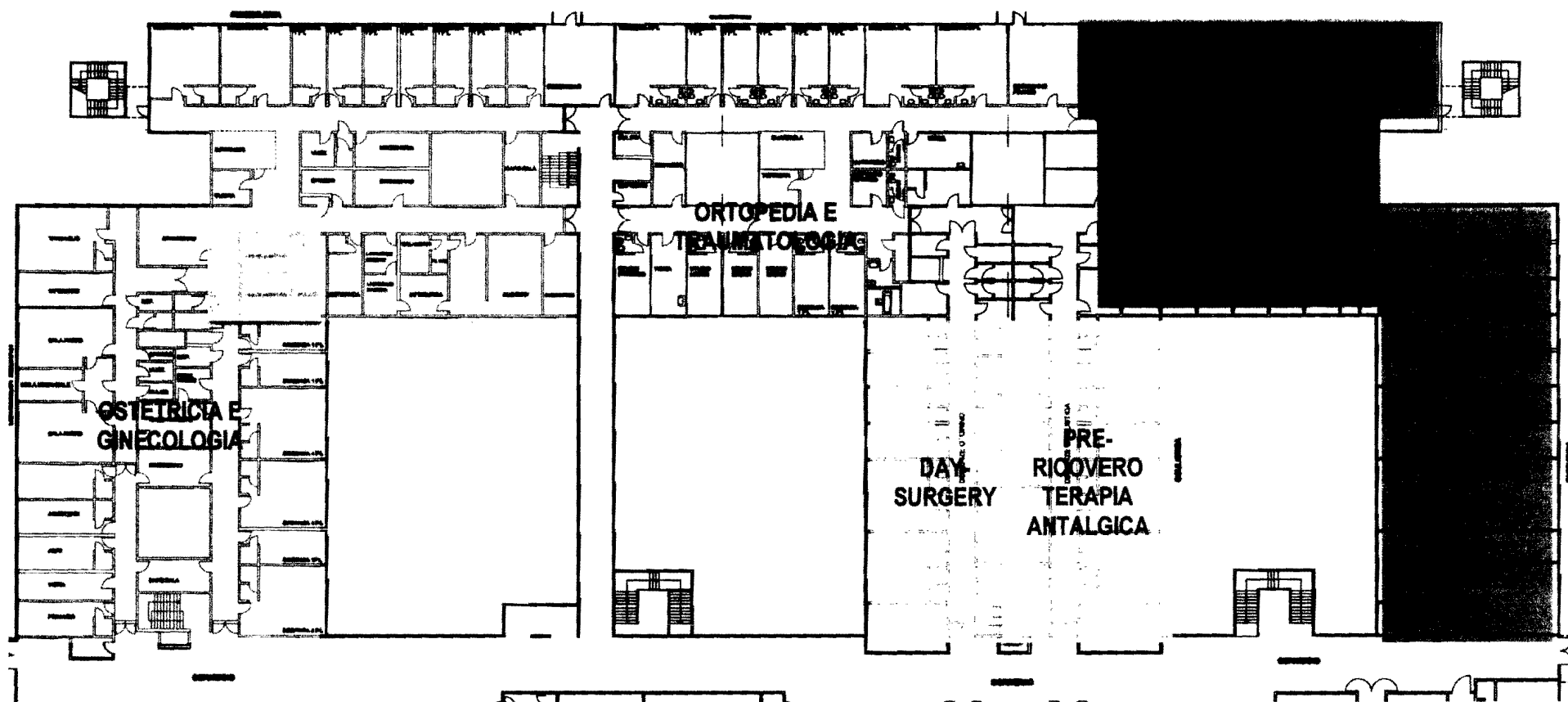
Gli spazi attualmente occupati dalla Chirurgia Generale saranno occupati dall'Area Chirurgica ad alta/media intensità.

Rimangono immutati gli spazi attualmente riservati al pre-ricovero chirurgico e Terapia Antalgica.



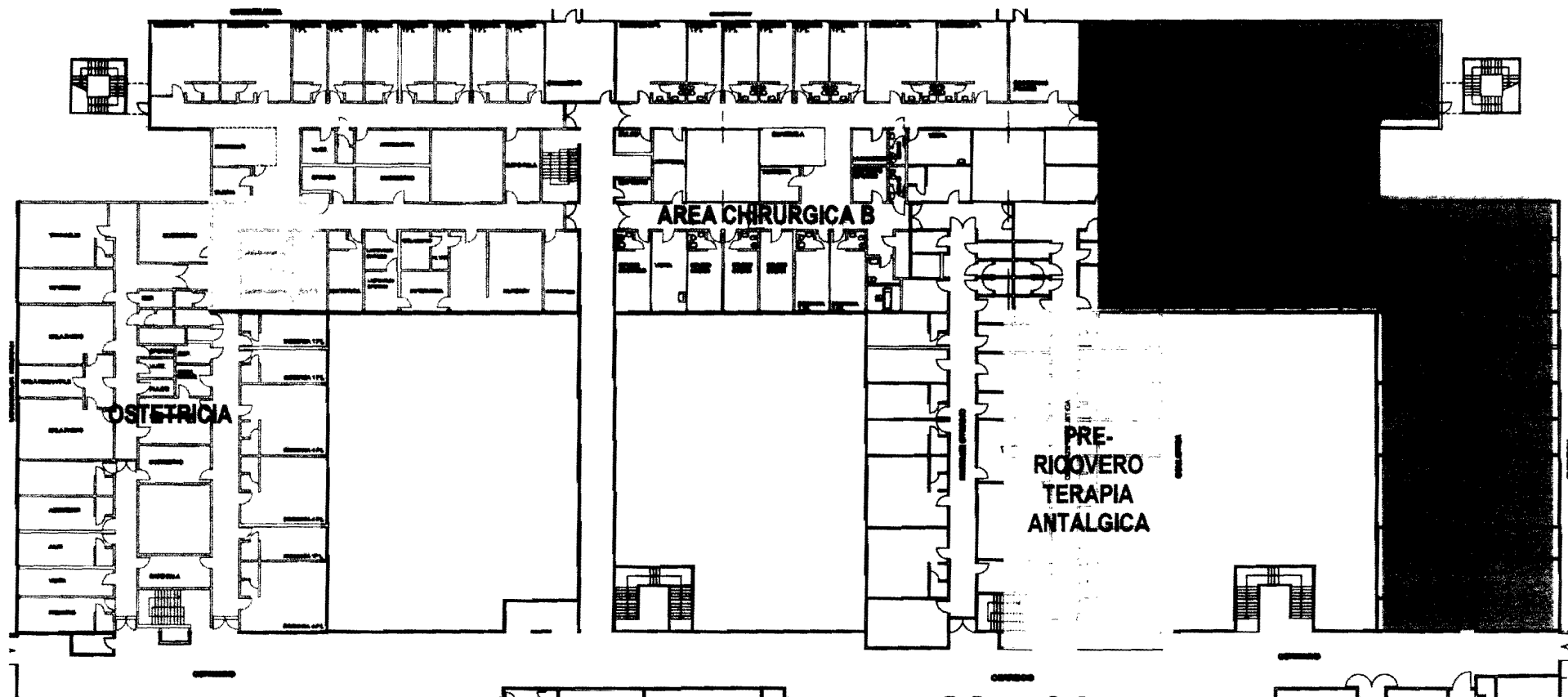
Riprogettiamo l'ospedale: l'ospedale per intensità di cura.

STATO ATTUALE DELL'AREA CHIRURGICA





NUOVA ORGANIZZAZIONE DELL'AREA CHIRURGICA





Risorse Assistenziali

Nella tabella 7 è rappresentata la dotazione organica dell'attuale organizzazione.

Nella tabella 8 invece si può vedere il fabbisogno di risorse infermieristiche stimato nel nuovo modello dell'area chirurgica.

La riorganizzazione permette il recupero di 6 Infermieri (al netto dei due infermieri generici che verranno recuperati nel gruppo OSS), pertanto risulta carente di 2 OSS.

Tabella 7 – Risorse infermieristiche attualmente assegnate ai reparti dell'area chirurgica in parentesi le teste assegnate

	Chirurgia	Ortopedia Sala Gessi	Ostetricia & Ginecologia	Day-Surgery Prericovery T. Antalgica	TOTALE
Infermieri	14,5 (16)	16,4 (20)	8,5 (10)	9,7 (10)	49,1 (56)
OSS	1,9 (2)	6,8 (7)			8,7 (9)
Ostetriche			6,5 (8)		6,5 (8)

Tabella 8 – Risorse infermieristiche necessarie nella nuova area chirurgica.

	Area CH B Week-Surgery Day-Surgery Sala Gessi	Area CH A Alta/media Intensità Ch Sala Gessi	Ostetricia	Prericovery e Terapia Antalgica	Totale
Infermieri	12	17	6	6	41
OSS	4	9			13
Ostetriche			6,5		6,5

Tabella 9 – Organizzazione della presenza giornaliera nelle varie linee produttive

Linee Produttive Area Chirurgica	Turno	Lunedì-Venerdì		Sabato-Domenica		
		Infermiere	OSS	Turno	Infermiere	OSS
AREA B	M	2	2	M	-	-
	P	2	1	P	-	-
	N	1	-	N	-	-
Ambulatori di Sala gessi	M	3				
	P	1				
AREA A	M	3+1	2	M	3+1	2
	P	3	2	P	3	2
	N	2	1	N	2	1
PRE-RICOVERO	8-15:42	2	-	-	-	-
TERAPIA ANTALGICA	M	2	-	M	-	-
	P	1	-	P	-	-
OSTETRICIA		Infermiere	Ostetrica		Infermiere	Ostetrica
	M	1	1+1	M	1	1
	P	1	1	P	1	1
	N	1	1	N	1	1



Le risorse assegnate alle linee produttive dell'area costituiranno un pool unico di operatori con rotazione fra i livelli assistenziali al termine di un percorso di sviluppo delle competenze trasversali.

Per la particolare complessità organizzativa dell'area connotata da attività multispecialistiche e percorsi diversi (ambulatoriale, prericovero, day-surgery, week-surgery e degenza ordinaria), si prevedono le seguenti funzioni di coordinamento:

1 coordinamento per l'area ad alta complessità

1 coordinamento per l'area a bassa/media complessità

1 coordinamento di gestione dei flussi operativi (gestione del prericovero chirurgico, programmazione ricoveri nei vari setting chirurgici).



2. Area Medica

Nella area medica confluiscono le attuali strutture organizzative/attività:

- Medicina Generale
- Subacuti
- Day-Hospital

Nell'ambito di questa area in base al criterio 3 sono stati individuati due livelli di cura e di assistenza:

1. **Area medica A:** Alta complessità e cure subacute
2. **Area medica B:** Bassa/media complessità

Inoltre, in base alla durata della degenza sono stati individuati due percorsi di ricovero:

1. durata della degenza ≤ 5 gg (week-hospital)
2. durata della degenza > 5 gg (degenza ordinaria)

Dimensionamento dell'area medica

Al fine di dimensionare i p.l. nei due livelli di cura dell'area medica i ricoveri riferiti all'anno 2011 sono stati suddivisi in base ai due percorsi di ricovero (≤ 5 gg, >5 gg).

Il 20% dei ricoveri ha una durata ≤ 5 gg di ricovero, mentre l'80% è superiore alle 5 giornate.

L'analisi dei dati ha portato a definire la seguente dimensione organizzativa:

Area Medica A 40 p.l. (8 di cure subacute)

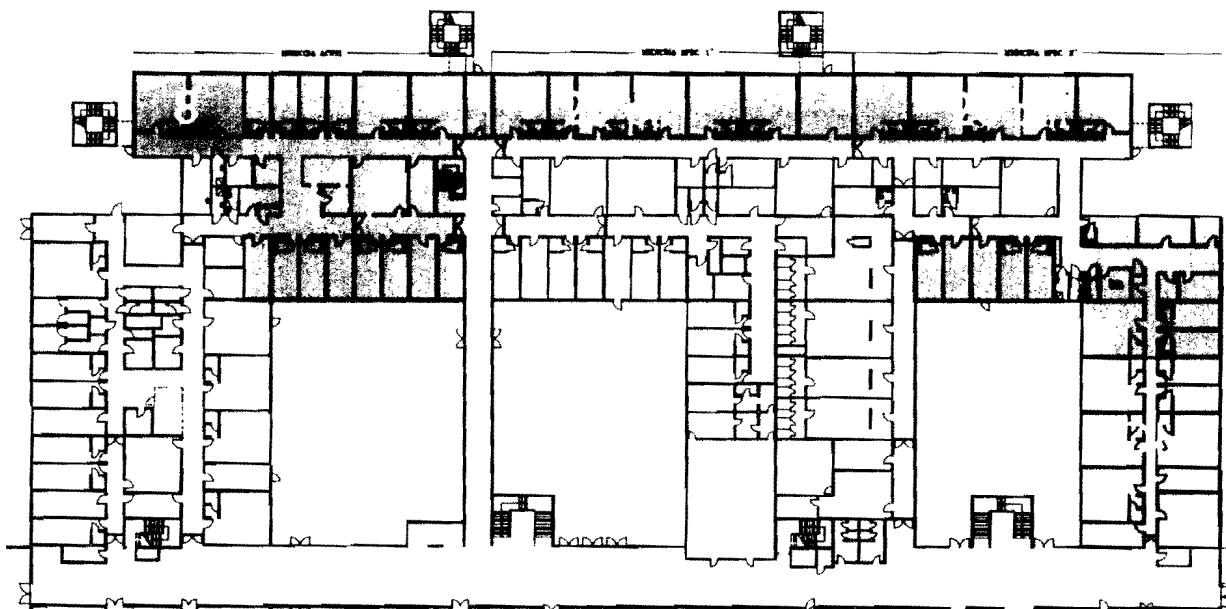
Area Medica B 20 p.l. (di cui 12 gestiti in week-hospital)

La dimensione a 60 p.l. è giustificata anche dalla riallocazione di alcuni ricoveri di tipo medico oggi impropriamente presenti nei reparti chirurgici.

Logistica

Nell'U.O. di Medicina Generale non sono previste modifiche dell'attuale logistica.

I letti di week-hospital (12) sono individuati nella sezione specialistica 2.





Risorse Assistenziali

La riorganizzazione avviene isorisorse, in quanto gli organici complessivi (Tabella 10) sono stati definiti tenendo presente la riduzione dei p.l. nel periodo estivo e la conseguente riorganizzazione delle turnistiche.

La nuova presenza giornaliera è rappresentata nella Tabella 11.

Tabella 10 – Risorse infermieristiche attualmente assegnate alla U.O. di Medicina generale

	Teste assegnate	Teste equivalenti
Infermieri	36	27,3
OSS	22	21,4

Tabella 11 – Organizzazione delle presenze giornaliere nel nuovo modello dell'U.O. di Medicina

	Lunedì-Venerdì			Sabato-Domenica		
	Turno	Infermiere	OSS	Turno	Infermiere	OSS
MEDICINA GENERALE	M	6	6	M	5	5
	P	5	6	P	5	5
	N	3	1	N	3	1
Day-Hospital	M	3	1			



3. Area Critica e dell'Emergenza

Nella area critica confluiscono le attuali strutture organizzative/attività:

- Pronto Soccorso
- Terapia Intensiva
- Unità Coronarica/Cardiologia

L'elemento qualificante dell'area critica e dell'emergenza è l'istituzione di 6 p.l. di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) presso il Pronto Soccorso.

Per le altre strutture afferenti a questa area non sono previste modifiche organizzative, di risorse e di logistica.

Osservazione Breve

L'osservazione Breve è una funzione dell'area critica e dell'emergenza con i seguenti obiettivi organizzativi e assistenziali:

• **Obiettivo organizzativo:**

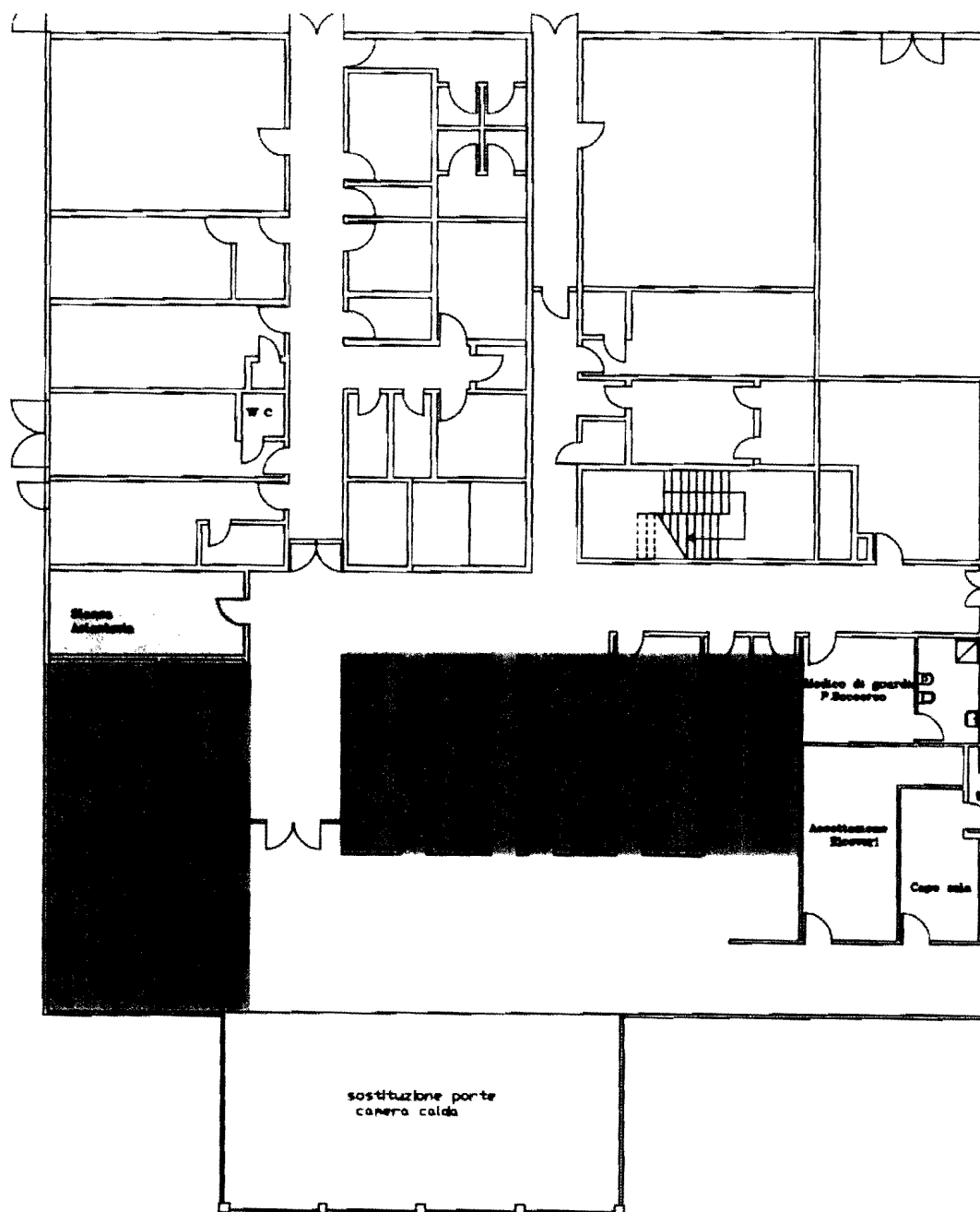
1. Migliorare l'appropriatezza di ammissione/dimissione dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso, che presentano quadri clinici non ancora definiti, riducendo il numero totale di ammissioni in Ricovero Ordinario .

• **Obiettivi assistenziali:**

1. assicurare una valutazione protratta ai pazienti che presentano quadri clinici non diagnostici dopo la prima valutazione clinica e strumentale in Pronto Soccorso;
2. assicurare una valutazione longitudinale di patologie a bassa probabilità ed elevato rischio evolutivo (per esempio dolore toracico);
3. assicurare una osservazione prolungata e un approfondimento diagnostico per le patologie a probabilità intermedia e rischio intermedio (dolore addominale - politrauma senza segni di compromissione sistemica all'ingresso);
4. osservazione prolungata per patologie ad elevata probabilità e basso rischio (colica renale);
5. trattamento iniziale ospedaliero di patologie a basso rischio e rapida risoluzione (idratazione ev, dolore acuto);
6. terapia e assistenza temporanea di pazienti con problematiche assistenziali complesse in attesa di trasferimento presso struttura periferica;

Logistica

Attualmente presso il P.S. la stanza dell'astanteria colorata in verde (vedi cartina) è utilizzato come ambulatorio del P.S. pediatrico. Spostando il Pronto Soccorso all'interno dell'U.O. di Pediatria, è possibile ottenere lo spazio per 6 p.l. di OBI con un modico adeguamento strutturale.





Risorse Assistenziali del Pronto Soccorso

Le risorse assistenziali necessarie alla nuova organizzazione del Pronto Soccorso (Tabella 12) verranno garantite attraverso la ricollocazione di personale infermieristico proveniente dall'area chirurgica.

Gli infermieri generici garantiranno a rotazione la gestione della camera mortuaria.

Tabella 12 – Risorse infermieristiche attualmente assegnate al Pronto Soccorso e risorse necessarie per la nuova organizzazione

	Teste assegnate	Teste equivalenti	Teste Necessarie
Infermieri	20		
Infermieri G.	2	19	24
Autisti	8		
OSS	4	12	13

Tabella 13 – Organizzazione delle presenze giornaliere nel nuovo modello di Pronto Soccorso

	Turno	Infermiere	Autista/OSS
Equipaggio 118	M	1	1
	P	1	1
	N	1	1
Triage	M	1	-
	P	1	-
	N	-	-
Ambulatori	M	1	1
	P	1	1
	N	1	1
O.B.I.	M	1	
	P	1	1 (8-16 Lun-Ven)
Trasporti secondari programmati	M		
	P	1 (Lunedì-Venerdì)	
Camera Mortuaria	8-16	1 (Lunedì- Venerdì)	



7. Area Materno-Infantile

Nella area materno-infantile confluiscono le attuali strutture organizzative/attività:

- Ostetricia
- Pediatria
- Nido
- Pronto Soccorso Pediatrico
- Osservazione Brevi Intensiva Pediatrica

Elementi qualificanti della nuova area sono:

- I nuovi spazi disponibili in Ostetricia, infatti la dislocazione della Ginecologia all'interno delle due aree chirurgiche consente una maggiore disponibilità di spazi per l'ostetricia.
Senza nessuna opera muraria si otterrebbero 15 stanze singole, garantendo alle puerpere una maggiore privacy ed un comfort alberghiero ottimale, inoltre 5 stanze grandi potrebbero essere arredate per consentire il travaglio ed il parto in camera, e permettere, su richiesta, di ospitare il compagno della partoriente (richiesta spesso avanzata nei questionari customer).
- Secondo elemento qualificante è costituito dal trasferimento del Pronto Soccorso Pediatrico e dell'Osservazione Breve Intensiva Pediatrica nei locali della Pediatria.

N.B.: la riorganizzazione logistica dell'area materno-infantile dovrebbe essere uno degli elementi per aumentare l'attrattività del punto nascita. Pertanto andrà supportata da una vasta e capillare campagna di comunicazione alle utenti.

Logistica

Vedi area emergenza

Risorse Assistenziali

In fase di avvio della presente progettazione si ritengono sufficienti le attuali risorse assegnate ai reparti dell'area materno-infantile, con riserva di valutare in futuro eventuali e necessari potenziamenti (percorso pediatrico di Pronto Soccorso).



8. Area Salute Mentale

Nell'area della Salute Mentale confluiscono le Strutture afferenti all'UOP 25 e la UONPIA. Non si prevede nessuna modifica organizzativa.

9. Area dei Servizi Sanitari

Nella area dei Servizi Sanitari confluiscono le attuali strutture organizzative/attività:

- Servizio di Patologia Clinica
- AOD Trasfusionale
- Servizio di Diagnostica per Immagini
- Servizio Poliambulatoriale Multispecialistico
- Emodialisi CAL
- Comparto Operatorio
- Centrale di Sterilizzazione
- Servizio di Riabilitazione Fisica
- Servizio di Farmacia

Non si prevedono al momento modifiche strutturali, risorsuali ed organizzative.



Riepilogo risorse

E' evidente, dall'analisi delle tabelle 15 e 16, che la riorganizzazione per intensità di cura dell'Ospedale consentirà di uscire per alcune aree dall'ormai cronica spirale di insufficiente dotazione organica di personale d'assistenza garantendo la stessa dimensione organizzativa del Presidio Ospedaliero.

Tabella 14 – Riepilogo risorse assistenziali necessarie al nuovo modello organizzativo

	Teste Necessarie	
	Inf./Ost	OSS/Aut
Area Chirurgica	35	13
Ostetricia	6+6,5	
Medicina + DH	27,3	21,4
Pediatria-Nido	17,5	
Pronto Soccorso	24	13
TOTALI	116,3	47,4

Infatti, l'adeguamento delle risorse assistenziali senza interventi riorganizzativi ammonterebbe a circa 700.000 euro (Tabella 15), un costo difficilmente sostenibile di questi tempi.

Tabella 15 – Fabbisogno di risorse assistenziali per l'attuale modello con relativo costo medio aziendale

	Risorse Disponibili	Fabbisogno attuale modello	Δ	Costo medio Aziendale €
Infermieri	119,4	128	-8,6	365.500
OSS	42,1	51	-8,9	311.500
TOTALE	161,5	179	-17,5	677.000

Tabella 16 – Fabbisogno di risorse assistenziali per il nuovo modello ad intensità di cura

	Risorse Disponibili	Fabbisogno intensità	Δ
Infermieri	119,4	116,3	+3,1
OSS	42,1	47,4	-5,3
TOTALE	161,5	163,7	-2,2

La sola riorganizzazione dell'area chirurgica nella logica dell'intensità di cura consentirà il recupero di 6 infermieri che verranno collocati, definiti i criteri con le organizzazioni sindacali, nell'area dell'emergenza al Servizio di Pronto Soccorso.

Questo permetterà l'attivazione dell'osservazione breve intensiva; funzione utile ad aumentare l'azione di filtro del Pronto Soccorso nonché funzionale all'ottimizzazione dell'appropriatezza dei ricoveri oltre che rappresentare uno dei nodi cruciali in questo modello organizzativo.

Il progetto non modifica le attuali dotazioni organiche dei dirigenti medici ad eccezione dei fabbisogni legati all'attivazione dell'OBI.

In sintesi, per la realizzazione del seguente progetto sono da prevedere costi per le



seguenti azioni:

- Adeguamento organico medico di Pronto Soccorso (attivazione guardia attiva h 12 per OBI),
- Assunzione di n° 4 OSS (il fabbisogno reale è di 5,5 unità, ma verranno impiegati 2 infermieri generici nelle turnistiche degli OSS),
- Costi per gli adeguamenti strutturali del Pronto Soccorso e della Pediatria,
- Riammodernamento dell'Ostetricia,
- Costi per gli adeguamenti della cartellonistica interna dei nuovi percorsi.



Indicatori per il monitoraggio

Clinici assistenziali:

- Incidenza infezioni correlate all'assistenza
- Incidenza delle Lesioni da Compressione (LdC) nei soggetti a rischio
- Incidenza cadute accidentali
- % reingressi medesima MDC
- Incidenza Eventi Avversi

Di Processo:

- Monitoraggio liste di attesa
- Monitoraggio programmazione ed uso spazi sale operatorie
- Monitoraggi paziente trasferiti dall'area chirurgica B all'area chirurgica A.

Monitoraggio OBI:

- Numero totale di accessi in Pronto Soccorso
- Numero e % di accessi in P.S. per i quali è stata attivata l'O.B.I.
- Numero e % di ricoveri dopo O.B.I.
- Numero e % di dimissioni dopo O.B.I.
- Numero e % di decessi in O.B.I.
- Numero e % di trasferiti in altri istituti dopo O.B.I.
- Numero e % di autodimissioni da O.B.I.
- Tempo medio di durata dell'O.B.I.
- N. di pazienti ritornati in PS dopo O.B.I. entro 48 ore
- N. di rientri in O.B.I. entro 48 ore

Customer

- Customer interna (dipendenti)
- Dati reclami URP



Tempi e modalità di realizzazione

Di seguito vengono elencate le azioni da intraprendere per la realizzazione del progetto.

Ogni fase è volutamente priva della tempistica, in quanto tenuto conto degli incastri operativi che si verificheranno, è più opportuno condividere con gli operatori la sequenza delle varie azioni:

1. Presentazione progetto agli operatori e alle OOSS e definizione dei criteri di recupero del personale.
2. Adeguamenti strutturali.
3. Inizio attività Gruppo di lavoro multidisciplinare per definire i contenuti organizzativi e tecnici degli accorpamenti (gruppo coordinato da Canino, Silla, Sartori)
4. Sviluppo delle competenze multidisciplinari infermieristiche ed OSS in previsione degli accorpamenti.
5. Gruppo di lavoro multidisciplinare dell'area chirurgica per definire i contenuti organizzativi e tecnici degli accorpamenti previsti con particolare riferimento ai percorsi dei pazienti.
6. Avvio dell'osservazione breve intensiva in Pronto Soccorso
7. Ri apertura della medicina generale a 60 p.l.
8. Avvio della nuova area chirurgica e di week surgery.

AZIENDA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

AREA SALUTE

PREVENZIONE PESO 6

OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31 DICEMBRE 2013
Attuazione della DGR 4334/2012, delle circolari applicative, di quanto contenuto nelle DGR contenenti le indicazioni per gli enti del sistema regionale e delle note attuative specifiche per ciascun ambito	Attuare interventi per la promozione di stili di vita sani al fine di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative e per la riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo.	Partecipazione della struttura sanitaria alla realizzazione di un programma integrato di promozione di corretta alimentazione, stile di vita attivo, ambiente libero dal fumo in accordo con la ASL competente per territorio. Evidenza della partecipazione da sistema BDPROSAL (inserimento a cura della ASL).	Iniziative organizzate dall'Azienda Ospedaliera: - Sono state recepite le proposte, concordate con l'ASL, e trasmesse formalmente dalla stessa con nota del 19.06.2013, relative al programma di azioni rivolte al personale aziendale dipendente, che hanno visto la partecipazione dell'Azienda Ospedaliera alla realizzazione, con l'ASL medesima, di un programma integrato di promozione di corretta alimentazione, stile di vita attivo, ambiente libero dal fumo. In particolare, con nota prot. n. 15572 del 25.06.2013, è stata formalizzata all'ASL l'accettazione dell'Azienda Ospedaliera al programma per la promozione dei corretti stili di vita, che ha comportato la trasmissione, a tutti i dipendenti (via e-mail o tramite l'area intranet aziendale) di messaggi e spot inerenti: l'offerta degli interventi relativi ai gruppi di auto aiuto per smettere di fumare; l'informativa in generale sui corretti stili di vita e i programmi di prevenzione (es. screening, vaccinazioni...). E' stato affisso, all'interno dei locali aziendali, in entrambi i presidi ospedalieri, un poster promozionale che invita a tenere corretti stili di vita (usare le scale per salire ai piani superiori, effettuare una camminata per almeno 30' tutti i giorni ect..). E' stata esposta, nelle sale mensa dei presidi ospedalieri, idonea cartellonistica recante indicazioni sul corretto uso del sale e dei condimenti. Sono state sviluppate n.2 iniziative strutturate per i dipendenti aziendali di lotta al tabagismo: la prima coordinata dall'UO di Pneumologia, che gestisce da diversi anni un vero e

			proprio centro antifumo; la seconda, promossa in collaborazione con l'ASL dal Servizio aziendale di Formazione e Aggiornamento, per la promozione e realizzazione di corsi rivolti ai dipendenti per smettere di fumare. Inoltre, è attivo in azienda, presso l'U.O. di Nefrologia e Dialisi, uno specifico ambulatorio dedicato ai disturbi dell'alimentazione. - Sono stati realizzati, in collaborazione con l'ASL di Cremona, n.6 incontri (6, 13 e 20 maggio, 22 e 31 ottobre, 4 novembre 2013) rivolti al personale sanitario operante presso la Casa Circondariale di Cremona, riguardanti la promozione di stili di vita per la riduzione dei fattori di rischio quali obesità, sedentarietà e tabagismo. Le attività sopra descritte sono state debitamente rendicontate all'ASL della Provincia di Cremona con nota prot. 29190 del 18.12.2013. Inoltre, come comunicato con nota dell'ASL medesima prot. n. 1344 del 10.01.2014, si è avuta evidenza dell'inserimento in BDPROSALUTE degli interventi realizzati dall'Azienda Ospedaliera, in coerenza con gli indirizzi regionali. Obiettivo raggiunto al 100%
	Garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte nell' offerta di screening oncologici	Produzione delle prestazioni di 1° e 2° livello necessarie a garantire gli obiettivi di estensione ed adesione degli screening oncologici, in linea con quanto contrattato di concerto con le ASL secondo le specifiche di cui alla nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012	Come da contrattazione con l'ASL, le unità operative aziendali coinvolte hanno partecipato attivamente alla produzione delle prestazioni comprese negli screening oncologici. Non sono state rilevate criticità.
	Attuazione della DGR n. IX/4489 del 13.12.2012 "Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (Intesa Stato Regioni 22 febbraio 2012)."	<u>Completezza delle segnalazioni</u> alle ASL di tutti i nuovi casi di patologia infettiva, la verifica sarà effettuata attraverso l'incrocio dei dati presenti nel sistema di registrazione di malattie infettive delle ASL (MAINF) e i dati di ricovero (SDO) <u>Tubercolosi:</u> Compliance terapeutica >80% : valutazione da	<u>Completezza delle segnalazioni:</u> si è provveduto all'invio all'ASL delle segnalazioni complete dei casi di patologia infettiva occorsi nel 2013. Inoltre, semestralmente, si invia al servizio aziendale di medicina del lavoro un apposito report, diviso per unità operativa, per l'aggiornamento del documento sui rischi per l'aspetto biologico. <u>Tubercolosi:</u> si è provveduto alla segnalazione di tutti i

		parte della ASL nel sistema MAINF attraverso le schede di inizio e di fine terapia <u>HIV/AIDS:</u> Segnalazione alle ASL di tutti i nuovi casi di sieropositività con completezza dei dati della scheda	nuovi casi di tubercolosi che, dal 1 gennaio sino al 31 dicembre 2013 sono stati complessivamente n.19. Le sedi di malattia erano così distribuite: 11 tubercolosi polmonari bacillifere, uno genito – urinario, 4 linfonodali, un caso di pleuro pericardite tubercolare, una cerebrale e una vertebrale. Obiettivo raggiunto al 100% <u>HIV /AIDS:</u> si è provveduto alla segnalazione di tutti i nuovi riscontri di infezione da HIV, che dal 01 gennaio 2013 al 31.12.2013 sono stati complessivamente n.20. Il metodo utilizzato è quello dell'identificazione di tutti i pazienti con recente riscontro di infezione da HIV prospetticamente presso l'ambulatorio di malattie infettive. Obiettivo raggiunto al 100%
	Attuazione della DGR n IX/4475 del 5 dicembre 2012 "Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 (Intesa Stato Regioni 22 febbraio 2012)" secondo le specifiche di cui alla nota H1.2012.0036178 del 17.12.2012	Evidenza del raccordo con la ASL competente per territorio finalizzato all'offerta delle vaccinazioni alle categorie a rischio	Si è proceduto, per il tramite del servizio aziendale di medicina del lavoro, a sensibilizzare il personale delle UU.OO. di pronto soccorso, ostetricia e ginecologia, e pediatria di entrambi i presidi ospedalieri aziendali e dell'U.O. di malattie infettive del presidio ospedaliero di Cremona all'effettuazione delle vaccinazioni per le patologie dell'infanzia nel caso di scoperture immunitarie. A tal fine, l'Azienda Ospedaliera ha pubblicizzato la messa a disposizione gratuita delle vaccinazioni presso l'ASL. Per altro, sin dal 2008, vengono già effettuate di default dall'Azienda Ospedaliera, nelle unità operative sopra citate, le analisi per il profilo immunitario. Obiettivo raggiunto al 100%
	Potenziare le attività integrate (direzioni sanitarie, sistema qualità, risk management) di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate alla assistenza	Invio entro il 31.12.2013 alla DGS di Relazione annuale (max 10 pagine) che descriva: 1) analisi epidemiologica di contesto contenente dati di monitoraggio per agenti sentinella, resistenze antibiotiche, batteriemie da stafilococco aureo da fonte sistema INFOSP, raccordati con dati SDO e di consumi	Al 31.12.2013, si certifica che è stato garantito costantemente, durante l'anno, il monitoraggio degli agenti sentinella e delle batteriemie da stafilococco aureo, raccordato con SDO e consumo farmaci. Le azioni intraprese sono state: la formazione del personale – che ha visto n. 1908 partecipanti per entrambi i presidi ospedalieri di Cremona e Casalmaggiore, per complessive n.22 giornate

	farmaci 2) criticità (rilevate in base ai dati al punto 1) e obiettivi prioritari di miglioramento 3) azioni intraprese con evidenza delle aree aziendali coinvolte nel processo (Direzione Sanitaria, Sistema Qualità, Risk Management, altro) 4) risultati raggiunti	formative – Aula magna e formazione specifica nei reparti - e il monitoraggio del lavaggio delle mani presso tutte le unità operative e servizi dell'azienda ospedaliera. I risultati complessivi dell'analisi con i dati al 31.12.2013, a chiusura d'anno, sono stati oggetto di relazione inviata alla DG Salute in gennaio 2014. Obiettivo raggiunto al 100%
Attività in materia REACH/CLP	Organizzazione del percorso per la gestione delle segnalazioni di ricadute sulla salute e di non conformità dei prodotti in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Condivisone da parte della UOOML e del CAV del protocollo operativo per la gestione di sospette non conformità ai regolamenti REACH e CLP, in collaborazione con la ASL.	Si sono svolti, nel primo semestre dell'anno 2013, degli incontri tra il Servizio aziendale di medicina del lavoro e l'ASL di Cremona per strutturare le attività 2013 e costituire il Gruppo di lavoro REACH-CLP, che ha successivamente lavorato sulla base delle normative regionali trasmesse. Dopo lo svolgimento di appositi incontri del Gruppo di lavoro per la definizione del Protocollo Operativo - che ha visto la partecipazione anche del responsabile del servizio di medicina del lavoro dell'Azienda Ospedaliera - il protocollo stesso è stato approvato dall'ASL con deliberazione n. 200 del 9.05.2013, inviato dall'ASL al CAV per la condivisione e recepito formalmente dall'Azienda Ospedaliera con provvedimento deliberativo aziendale n. 200 del 2.08.2013. In data 29.05.2013 è stato attivato per la prima volta, presso l'ASL di Cremona, il gruppo di lavoro REACH, con la trattazione di n.2 casi di presunta non conformità segnalati dal Direttore SPSAL. All'incontro hanno partecipato i componenti dell'Azienda Ospedaliera inseriti nel gruppo di lavoro. Il responsabile del servizio aziendale di medicina del lavoro ha, inoltre, partecipato, nei giorni 2,3 e 4 ottobre 2013 al Corso Eupolis "Il Regolamento (CE) n.1907/2006 REACH e il regolamento (CE) n.1272/2008 CLP (livello base)". Obiettivo raggiunto al 100%
Sistema informativo gestionale PERSON@	Utilizzo del sistema informativo Malattie Professionali e Infortuni Ma.P.I. secondo le	In data 8.10.2013 il responsabile e altro personale del servizio aziendale di medicina del lavoro hanno

		indicazioni della DGS. L'utilizzo di Ma.P.I., secondo indicazioni regionali, verrà direttamente monitorato dalla UO Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria. Alle UOOML compete l'approfondimento diagnostico a supporto dell'indagine di competenza della ASL	partecipato ad apposito incontro regionale, durante il quale sono state presentate le funzionalità dell'applicativo Ma.P.I. per la gestione delle indagini di malattia professionale e d'infortunio sul lavoro, parte del Sistema Informativo PERSON@.: l'evento ha avuto la finalità di dare avvio al processo di utilizzo dell'applicativo da parte delle UOML, in adesione alle regole 2013. Il rilascio della versione definitiva dell'applicativo, su piattaforma web, durante l'incontro del 8.10.2013 di presentazione, tenutosi presso la UO Governo della Prevenzione della Direzione Generale Salute, era stato ipotizzato per la fine del mese di novembre 2013. Al 31 dicembre 2013 non risulta ancora avvenuto. Per quanto di competenza dell'Azienda Ospedaliera, l'obiettivo è stato raggiunto al 100%
	Sistema informativo Socio Sanitario	Utilizzo della modalità di trasmissione informatica dei certificati medici di infortunio sul lavoro secondo le indicazioni regionali. (in attuazione di secondo specifico accordo tra Regione Lombardia e INAIL).	Già da alcuni anni l'Azienda si è adeguata ed invia informaticamente i certificati di infortunio all'INAIL. La trasmissione viene effettuata mediante caricamento dei certificati sul portale INAIL da parte del personale amministrativo delle Direzioni Amministrative di presidio. Al 31.12.2013, l'A.O. di Cremona non è ancora stata attivata, da parte di Lombardia Informatica, per l'adeguamento al progetto regionale di implementazione della nuova piattaforma informatica per l'invio dei certificati. Per quanto di competenza dell'Azienda Ospedaliera, l'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

PROGRAMMAZIONE PESO 15

Programmazio ne	Rispetto integrale di quanto previsto dalla dgr IX/4334 del 26.10.12, Allegato 1, "Programmazione e Sviluppo Piani"	1) Pronto Soccorso - Incremento dell'utilizzo degli ambulatori dedicati per l'accesso in PS attraverso l'aumento del 10%, rispetto all'anno precedente, dei codici bianchi nei confronti dei codici verdi; - evidenza in ogni Presidio sito nella provincia di Milano di una riduzione non inferiore al 30% dei tempi medi e massimi di attesa dei mezzi di soccorso in PS rispetto all'anno precedente; -	All'interno dell'Azienda Ospedaliera, l'ambulatorio dedicato è attivo presso il presidio ospedaliero di Cremona. I dati inerenti il periodo dal 1.01 al 31.12 2013, per i codici bianchi in dimissione, confrontati con quelli prodotti nello stesso periodo dell'anno precedente, rilevano un aumento assoluto dei codici bianchi in uscita: 01.01./31.12.2012: 4835 – 01.01/31.12.2013: 6110 (aumento del 26,4%) Il confronto tra il periodo 1 gennaio / 31 dicembre del 2013 sul 2012 vede, rispetto all'incremento dei codici verdi in entrata del 12,38% (in + nel 2013 rispetto al 2012), un aumento dei codici bianchi in uscita del 26,4% (in + nel 2013 rispetto al 2012). Pertanto, rispetto all'anno precedente, l'aumento dei codici bianchi nei confronti dei codici verdi è stato del 14% circa. Obiettivo raggiunto al 100%
		2) Commissione Oncologica Regionale/ROL In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - evidenza dell'applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) di gestione del paziente affetto da tumore del colon retto, tumore del polmone e melanoma, tumore del seno, e di aderenza agli stessi;	I PDTA oggetto dell'indicatore sono stati prodotti, definiti e recepiti con deliberazione aziendale n. 281 del 18.11.2013. Obiettivo raggiunto al 100%
		3) Cure palliative In base alla specificità aziendale: - adesione formale alla rete locale di cure palliative ed evidenza della sua	Con deliberazione n. 247 del 14.06.2013, l'ASL della provincia di Cremona, ai sensi della DGR n.4610 del 28.12.2012 "Determinazione in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia", ha costituito la rete locale di

		costituzione; - evidenza della istituzione del dipartimento interaziendale di coordinamento della rete locale di cure palliative e individuazione del responsabile della rete locale di cure palliative di cui alla dgr IX/4610 del 28.12.2012.	Cure Palliative del territorio dell'ASL di Cremona, di cui fa parte l'U.O. di Cure Palliative del presidio ospedaliero di Cremona. Con deliberazione n. 367 del 17.10.2013 l'ASL della provincia di Cremona ha inoltre istituito il Dipartimento Interaziendale di coordinamento della rete locale di cure palliative. Tra i componenti figurano la dr.ssa Donatella Giannunzio, Direttore U.O. Cure palliative aziendale e il dr. Giorgio Danelli, direttore dell'U.O. di Anestesia del presidio ospedaliero cremonese. Il ruolo di coordinatore della rete locale è stato attribuito alla dr.ssa Donatella Giannunzio. Con deliberazione n. 280 del 18.11.2013, l'Azienda Ospedaliera ha aderito formalmente alla rete locale di cure palliative, prendendo atto dell'individuazione del coordinatore della rete medesima. In data 15 novembre 2013 si è svolta, inoltre, la prima riunione del dipartimento interaziendale di coordinamento della rete locale di cure palliative, nella quale sono stati identificati i principali obiettivi da perseguire nell'attività dipartimentale. Obiettivo raggiunto al 100%
		4) Rete ematologica In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - Attuazione dei PDTA definiti dalla REL.	Sono stati redatti dalla REL i seguenti n. 4 Percorsi Diagnostici Terapeutici relativi a 4 patologie ematologiche 1)mieloma multiplo (MM) 2)sindromi mielodisplastiche (SMD) 3)leucemia mieloide cronica (LMC) 4)emoglobinuria parossistica notturna (EPN) Questi PDTA si aggiungono alle raccomandazioni presenti nel Decreto n. 7837 del 13.9.2012, emanate dalla Regione Lombardia in cui erano riportate le raccomandazioni per la leucemie mieloide cronica, Linfoma non Hodgkin a cellule B (uso del rituximab) leucemia linfatica cronica,mieloma multiplo). La REL inoltre sta dando attuazione al Programma Strategico regionale in Oncologia (anni 2012-2014) in cui tra i

			vari obiettivi, vi era lo studio dei Tumori Rari in Ematologia, coordinato dalla UO di Ematologia dell'Azienda Ospedaliera di Cremona. I suddetti PDTA sono stati applicati nella totalità dei pazienti affetti da queste patologie afferenti alla UO di Ematologia dell'Azienda Ospedaliera. In particolare, per quanto riguarda la emoglobinuria parossistica notturna, il PDTA è stato applicato in n. 3 pazienti della provincia di Cremona e n. 7 pazienti afferenti a Cremona come sede deputata alla diagnosi di malattie rare, e che hanno eseguito l'iter diagnostico a Cremona, per poi rientrare nella città di origine per l'attuazione del percorso terapeutico. Per il MM, il PDTA è stato applicato in n. 46 pazienti. Nella LMC il PDTA è stato applicato in n 36 pazienti. Nelle SMD il PDTA è stato applicato in n 36 pazienti. Obiettivo raggiunto al 100%
		5) Rete nefrologica In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica e in riferimento al decreto n. 1074 del 12.02.13: - 1) evidenza <u>dell'adozione del PDTA per la gestione integrata della malattia renale cronica (MRC)</u> negli adulti, in raccordo con i MMG; - 2) evidenza <u>dell'adozione del PDT per le principali forme glomerulonefriti primitive;</u> - 3) evidenza della <u>costituzione del team</u> per gli accessi vascolari; - 4) evidenza della <u>nomina dei referenti</u> per il trapianto renale.	1)<u>Adozione dei PDTA per la gestione integrata della malattia renale cronica</u> (MRC) negli adulti: il responsabile dell'U.O. di Nefrologia dell'azienda ospedaliera ha partecipato alla stesura del documento, poi recepito con decreto del Direttore Generale Sanità n. 1074 del 12.02.2013, e ha organizzato incontri con i MMG già nel periodo fine 2011 e tutto 2012. 2)<u>Adozione del PDT per le principali forme glomerulonefriti primitive:</u> dal 2012 vengono effettuati 1-2 MAC -9 al mese per eseguire i protocolli terapeutici in pazienti affetti da glomerulonefriti. I protocolli applicati seguono le raccomandazioni delle linee guida internazionali riprese dal PDT regionale. Tali protocolli sono stati diffusi, tramite utilizzo indirizzo e-mail lavorativa, a tutti i medici del reparto. Con deliberazione aziendale n. 213 del 26.08.2013 si è provveduto a recepire formalmente il PDT per le principali forme glomerulonefriti primitive, a ratifica delle linee guida regionali. 3)<u>Costituzione del team per gli accessi vascolari:</u> il

		team esiste dal 2012 e si avvale della collaborazione tra nefrologi, chirurghi vascolari e radiologia interventistica. Il team è in grado di intervenire tempestivamente in caso di malfunzionamento dell'accesso vascolare dei pazienti in dialisi cronica. 4)<u>Nomina dei referenti</u> per il trapianto renale: è stata istituita una commissione regionale (GAT) per uniformare, a livello regionale, la gestione dei pazienti con trapianto renale. Il direttore dell'U.O. di Nefrologia dell'azienda ospedaliera ha partecipato alle riunioni organizzate sino ad ora dal GAT. Con nota prot. 13854 del 3.06.2013 si è provveduto ad individuare e comunicare alla Direzione Generale Salute, nei tempi previsti (scad. 15.06.2013), il nominativo del referente dell'unità operativa di Nefrologia aziendale all'interno della rete nefrologica (dr. Fabio Malberti). Il primo incontro scientifico in Regione si è tenuto il 22.10.2013. Obiettivo raggiunto al 100%
	6) Sepsì In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - costituzione nell'Azienda di un gruppo multidisciplinare per la stesura di PDTA finalizzato al tempestivo riconoscimento e trattamento della sepsi grave; - partecipazione dei referenti locali ai corsi di formazione organizzati a livello regionale e organizzazione a livello aziendale di corsi specifici.	Con provvedimento deliberativo n. 213 del 26.08.2013 sono stati recepiti formalmente i protocolli aziendali sulla SEPSI, emessi e gestiti presso i presidi ospedalieri di Cremona e di Oglio Po: PT D901 061 "Criteri clinici e organizzativi per la diagnosi e la terapia precoce della sepsi, sepsi grave e shock settico" emesso con il sistema qualità il 9.08.2013 presso il presidio ospedaliero cremonese, e il PT CIOP 033 "Sopravvivere alla sepsi – percorso diagnostico terapeutico per la gestione della sepsi grave e dello shock settivo", emesso con il sistema qualità il 21.09.2012 presso il presidio ospedaliero Oglio Po. - Partecipazione dei referenti locali ai corsi di formazione regionali: all'evento formativo organizzato da Eupolis per il 13.09.2013 "Stop Sepsis Save Lives: la lotta alla sepsi. Iniziative di Regione Lombardia" hanno partecipato complessivamente n.14 dipendenti aziendali, sia medici che personale

			del comparto. Durante l'anno è stato organizzato, inoltre, in azienda, un corso di formazione ad hoc, per un totale complessivo di n.6 giornate formative – di cui l'ultima di terrà il 2.12.2013): con tale corso l'aggiornamento sulla sepsi è stato offerto a tutto il personale dell'azienda. Obiettivo raggiunto al 100%
		7) Commissione Cardiocerebrovascolare In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - evidenza dell'<u>adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro STEMI</u> e dell'aggiornamento degli specifici accordi locali integrati in accordo con ASL/ACEU/AREU; sono attese al Registro STEMI la totalità delle schede di dimissione degli episodi acuti dei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno e ottobre-novembre 2013, indipendentemente dal reparto di dimissione; - evidenza <u>dell'adesione attiva del 100% delle stroke unit al Registro ICTUS</u> e dell'aggiornamento degli specifici accordi locali integrati con ASL/ACEU/AREU; - <u>evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi di ICTUS acuto presso la</u>	<u>Adesione attiva del 100% delle cardiologie e UTIC al Registro STEMI</u>: si conferma la percentuale del 100% dei pazienti ricoverati presso l'U.O. di Cardiologia e dimessi al 31.12.2013 con diagnosi di infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST e inseriti nel registro applicazione Web Infarto Miocardico Acuto Regione Lombardia (gennaio n.18 pz; febbraio n.7 pz; marzo 21 pz; aprile 17 pz; maggio 11 pz; giugno 12 pz; luglio 17 pz; agosto 10 pz; settembre 7 pz; ottobre 13 pz; novembre 18 pz; dicembre 19 pz. Si conferma che sono attivi gli specifici accordi locali in essere con ASL / ACEU/AREU. Obiettivo raggiunto al 100%. <u>Adesione attiva del 100% delle stroke unit al Registro ICTUS</u>: tutti i pazienti con ICTUS vengono ricoverati presso la stroke unit aziendale e vengono regolarmente inseriti nel Registro ICTUS. Sono già in atto da diversi anni specifici accordi locali integrati con ACEU/AREU: non vi sono state nel 2013 variazioni delle procedure concordate. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Evidenza della gestione di almeno l'80% dei casi di ICTUS presso la stroke unit aziendale</u>: tutti i pazienti con ICTUS vengono ricoverati presso la stroke unit

		<u>stroke unit aziendale</u> o dell'invio dei pazienti ad una <u>stroke unit regionale</u>. 8) Donazione e Trapianto In tutte le strutture che gestiscono la specifica casistica: - <u>mantenimento del numero di donatori</u> segnalati l'anno precedente; - <u>numero dei donatori di cornee</u> superiore al 10% dei decessi in ospedale; - <u>numero dei donatori di tessuti ossei da vivente</u> superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione; - <u>attiva partecipazione al programma di formazione</u>;	aziendale. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Numero dei donatori segnalati</u> (obiettivo a fine anno: 23 segnalazioni): al 31 dicembre 2013 sono stati segnalati 40 potenziali donatori d'organi dei 51 decessi con lesione encefalica, 19 dei quali sono poi risultati donatori effettivi. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Numero dei donatori di cornee</u>: al 31 dicembre 2013 n.125 donatori, corrispondente al 11,4% dei decessi avvenuti nei due presidi ospedalieri di Cremona e di Casalmaggiore nel medesimo periodo (n. 1098.) Obiettivo raggiunto al 100% <u>Donatori tessuti ossei da vivente</u>: al 31 dicembre 2013: si sono avute n. 16 donazioni, corrispondenti al 22,8% delle protesi impiantate in elezione nel medesimo periodo nei presidi ospedalieri di Cremona e di Casalmaggiore (n.70). Obiettivo raggiunto al 100% <u>Partecipazione al programma di formazione</u>: per quanto riguarda la formazione-aggiornamento di personale specialistico direttamente coinvolto nelle operazioni di verifica dell'idoneità clinica e di mantenimento del potenziale donatore, nonché di prelievo di organi e tessuti, si è predisposta, organizzata e/o promossa la partecipazione ai seguenti incontri o corsi: - CORSO "Gestione del potenziale donatore di organi. Linee guida attuali e proposte di trattamento" - Aule Formazione POC, Presidio Ospedaliero di Cremona, Cremona, 6 maggio 2013 Per quanto riguarda la formazione-aggiornamento di
--	--	---	--

		personale medico ed infermieristico non direttamente coinvolto nelle operazioni di prelievo di organi e tessuti: - Convegno "La donazione degli organi: stato dell'arte nella provincia di Cremona" - Sala Riunioni, Presidio Ospedaliero Oglio Po, Casalmaggiore, 11 maggio 2013. - Incontro "La gestione del prelievo di organi e tessuti. L'attività di prelievo di organi e tessuti nella realtà di Cremona" – incontro con il personale del servizio laboratorio analisi aziendale nell'ambito del piano annuale di aggiornamento, con particolare riferimento al progetto nazionale DRIN (donor risk infection) – Cremona 3 ottobre 2013. E' proseguito anche nel 2013 lo svolgimento del Corso di formazione residenziale: "APPROCCIO INFORMATIVO, FORMATIVO ED ORGANIZZATIVO alla DONAZIONE di CORNEE". Il Corso, per il quale anche nel 2013 si sono svolte quattro edizioni (22.05.2013, 10.06.2013, 3 e 5.12.2013), ha avuto lo scopo di "coinvolgere" il personale sanitario, sensibilizzandolo alla necessità e alla conseguente richiesta di donazione (di cornee) ai familiari di pazienti deceduti. Nelle edizioni 2013, oltre alla esposizione delle procedure da seguire secondo le ultime linee guida, sono stati proposti: -un approfondimento della conoscenza della modulistica in atto e delle nuove procedure introdotte in Azienda, atte a "snellire" e facilitare l'iter della donazione nelle sue varie fasi; -un approfondimento sulle (poche) cause di non idoneità clinica. - la presentazione del nuovo modulo regionale di non opposizione/opposizione alla donazione delle cornee. In data 8 ottobre 2013 si è concluso il progetto triennale 2011 – 2013 sulla Medicina della donazione organizzato da Eupolis: complessivamente, l'azienda
--	--	--

		- rispetto del debito informativo con uso del programma Donor Action/Donor Manager.	ospedaliera di Cremona ha formato 59 infermieri / ostetriche e 56 medici, raggiungendo pienamente l'obiettivo. (n.56 IP/ost e n.56 medici). Obiettivo raggiunto al 100% Utilizzo del programma DonorAction: è stata mantenuta una applicazione regolare e routinaria, dell'utilizzo del programma per assolvere il debito informativo richiesto di segnalazione di tutti i decessi avvenuti, ed in particolare di quelli per patologia encefalica. L'Azienda Ospedaliera si è attenuta alle raccomandazioni regionali per quanto riguarda l'utilizzo del programma, la segnalazione degli eventuali inconvenienti verificatisi e l'introduzione di correttivi. Obiettivo raggiunto al 100%.
		9) Sistema Trasfusionale Nelle Strutture sedi di SIMT o DMTE e in collaborazione con CRCC/AREU: - Riorganizzazione del sistema sangue regionale: approvazione da parte della DG Sanità di tutti i progetti esecutivi , comprensivi dell' analisi economica, sottoposti congiuntamente da AREU e dalle aziende interessate	Nella riorganizzazione del sistema sangue regionale il SIMT dell'Azienda Ospedaliera è stato individuato come sede di macroarea. Il progetto aziendale che definisce, per le province di Cremona e Mantova, la centralizzazione delle attività di lavorazione del sangue intero e la validazione di tutti gli emocomponenti è stato inviato ad AREU con nota prot. 11114 del 30.04.2013. A seguito dell'iter istruttorio condotto da AREU, la Giunta Regionale, con DGR n.X/611 ha approvato il progetto di "Riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali. Definizione dei criteri e approvazione del programma preliminare proposto da AREU /SRC – struttura regionale di coordinamento". Per quanto attiene l'operatività del progetto: sono in corso di definizione, da parte di AREU, i criteri per la gara dei trasporti del sangue intero e degli emocomponenti; per l'informatizzazione – piattaforma unica nella macroarea – è stato previsto un crono programma con le tempistiche di attuazione del progetto; sono in corso di definizione le regole economico – amministrative del nuovo modello del

			sistema sangue regionale. Obiettivo raggiunto al 100%
		10) Comunicazione Avvenuta segnalazione preventiva con e-mail dei progetti di comunicazione, in coerenza con i Piani di Comunicazione 2013 presentati.	Sono state segnalate, nell'anno 2013, alla DG Salute di R.L. le seguenti attività di comunicazione: - iniziativa: "Tre giorni per il tuo cuore" (14-16.02.2013); strumenti utilizzati: concerto presso il Teatro cittadino "Ponchielli", incontri nelle scuole, spettacolo in ospedale, poster e volantini; segnalazione alla DG Sanità con email del 24.01.2013 - Iniziativa: "Servizio di immunoematologia e medicina trasfusionale- nuova sede a misura di paziente e donatore"; strumenti utilizzati: conferenza stampa, e concerto; segnalazione alla DG Sanità con email del 28.01.2013 - iniziativa: "Giornata europea della logopedia, libera le parole" (6.03.2013); strumenti utilizzati: comunicato stampa e sito web; segnalazione alla DG Sanità con email del 12.03.2013 - iniziativa: "La salute delle donne al centro dell'attenzione" (8.03.2013 open day); strumenti utilizzati: consulenze e visite gratuite, distribuzione volantino informativo su prevenzione patologie femminili, poster promozionali, poster alla stampa; segnalazione alla DG Sanità con email del 25.02.2013 - iniziativa: "Giornata mondiale del rene (14 marzo 2013 open day); strumenti utilizzati: consulenze e visite gratuite, distribuzione materiale informativo campagna nazionale, comunicato stampa; segnalazione alla DG Sanità con email del 2.05.2013 - iniziativa: "Open day per la salute delle ossa" (10.04.2013); strumenti utilizzati: comunicato stampa, sito web; segnalazione alla DG Sanità con email del 05.04.2013 - iniziativa www.ospedale.cremona.it , il nuovo sito aziendale; strumenti utilizzati: sito web; segnalazione alla DG Salute con e-mail del 10.04.2013 - iniziativa: "Giornata internazionale dell'infermiere – professione infermiere, mi prendo cura di te, curare è

			rassicurare, ascoltare, comunicare" (12.05.2013); strumento utilizzato: cartolina per tutti i degenti, poster, comunicato stampa; segnalazione alla DG Salute con email del 9.05.2013 - iniziativa: "Giornata mondiale per l'igiene delle mani" (5.05.2013); strumenti utilizzati: poster, azioni dimostrative nelle singole unità operative e servizi, punto info nell'atrio dell'ospedale, corso di formazione in videoconferenza, comunicato stampa; segnalazione alla DG Salute con email del 2.05.2013 - iniziativa "Danni da amianto, corso di formazione specialistica a Cremona per la prima volta in Lombardia"; strumenti utilizzati: corso di formazione, presentazione alla stampa; segnalazione alla D.G. Salute con e-mail del 2.05.2013; - iniziativa: "Giornata mondiale dell'ipertensione (open day 17.05.2013); strumenti utilizzati: open day, visite e consulenze gratuite, incontri divulgativi, comunicato stampa; segnalazione alla DG Salute con email del 15.05.2013 - iniziativa: "Insufficienza venosa degli arti inferiori, inestetismi e patologie (open day 20.05.2013); strumenti utilizzati: consulenze e visite gratuite, distribuzione volantino informativo sulla prevenzione, comunicato stampa; segnalazione alla DG Salute con email del 15.05.2013 - iniziativa: "Giornata nazionale del sollievo – come prevenire, riconoscere e combattere il dolore" (25.05.2012- tavola rotonda aperta ai cittadini); strumenti utilizzati: tavola rotonda, presentazione alla stampa; segnalazione alla DG Salute con email del 24.05.2013 - iniziativa: "L'ospedale in diretta, il pronto soccorso in un video" (video rubrica mensile); strumenti utilizzati: video interviste; segnalazione alla DG Salute con email del 4.06.2013 - iniziativa: "Profilo salute" (format informativo su approfondimenti tematici su alcune patologie, via
--	--	--	--

			web); strumenti utilizzati: video interviste; segnalazione alla DG Sanità con email del 04.06.2013 - iniziativa: "Laboratorio fotografico, la cura in un gesto" (laboratorio con valenze comunicative e ludico - esperienziali); strumenti utilizzati: lezioni frontali, laboratori interattivi e esercitazioni a casa; segnalazione alla DG Salute con email del 21.06.2013 - iniziativa: "Il pronto soccorso siamo noi" (27.06.2013); strumenti utilizzati: presentazione alla stampa; segnalazione alla DG Sanità con email del 24.06.2013 - iniziativa: "Oglio Po: si alla cura per intensità – la nuova organizzazione in una brochure"; strumenti utilizzati: brochure, presentazione alla stampa con visita in ospedale; segnalazione alla DG Salute con email del 24.06.2013 - iniziativa: "L'ospedale in diretta: l'otorino in un video"; strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con email del 03.09.2013; - iniziativa: "PROFILO SALUTE - Incontinenza urinaria"; strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con email del 06.09.2013; - iniziativa: "PROFILO SALUTE approda al cinema"; strumenti utilizzati: video destinato al web + cinema; segnalazione alla DG Salute con email del 16.09.2013; - iniziativa: "PROFILO SALUTE -Tromboembolismo venoso"; strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con email del 24.09.2013; - iniziativa: "PORTE APERTE ALLA SALUTE MENTALE" (10 ottobre 2013 - Sportello di ascolto al femminile dalle 9 alle 14); strumenti utilizzati: locandine, volantini informativi, promozione stampa e web; segnalazione alla DG Salute con email del 24.09.2013; - iniziativa: "E' USCITO AO DI CREMONA INFORMA, mese di settembre"; strumenti utilizzati: giornale versione cartacea on line; segnalazione alla DG Salute con email del 7.10.2013; - iniziativa "L'OSPEDALE IN DIRETTA: ematologia in un
--	--	--	--

			video”; strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con email del 7.10.2013; - iniziativa: “HO VISTO PAROLE- Storie create e mostra fotografica” (Atrio principale Ospedale di Cremona – dal 9 al 20 ottobre 2013); strumenti utilizzati: esposizione atrio ospedale Cremona, presentazione alla stampa; segnalazione alla DG Salute con email del 8.10.2013; - iniziativa: “IL SILENZIO DELLE DONNE E’ ROTTO”; strumenti utilizzati: : brochure + poster; segnalazione alla DG Salute con email del 8.10.2013; - iniziativa: “PROFILO SALUTE -Chirurgia dell’obesità”; strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con email del 10.10.2013; - iniziativa: “L’OSPEDALE IN DIRETTA - oncologia: ricerca e umanizzazione”; strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con email del 10.10.2013; - iniziativa: “IO AL DIABETE NON GLIELA DO VINTA” – (giornata mondiale del diabete- Sabato 9 novembre 2013); strumenti utilizzati: locandine, volantini informativi, promozione stampa e web; consulenze mediche; segnalazione alla DG Salute con email del 12.10.2013; - iniziativa: “Giornata nazionale NASCITA PREMATURA” (Venerdì 15 novembre 2013); strumenti utilizzati: locandine, volantini informativi, promozione stampa e web; visita al percorso nascite; segnalazione alla DG Salute con email del 12.10.2013; - iniziativa: “PROFILO SALUTE – uso corretto degli antibiotici” – strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con e-mail del 10.10.2013; - iniziativa: “pronto dottore” - strumenti utilizzati: video destinato al web; segnalazione alla DG Salute con e-mail del 04.12.2013; iniziativa: “AO di Cremona informa – mese di dicembre” – strumenti utilizzati giornale versione
--	--	--	--

			cartacea on line; segnalazione alla DG Salute con email del 13.12.2013; -iniziativa: "Convention di fine anno" – incontro in aula magna aziendale il 18 dicembre 2013 - strumenti utilizzati: locandine, volantini informativi, promozione via web; segnalazione alla DG Salute con email del 13.12.2013. Sono stati, inoltre, portati a termine: - L'AO DI CREMONA E' SOCIAL : Youtube - l'AO di Cremona ha creato un proprio canale, dove al suo interno ospita ad oggi una ventina di video, e conta oltre 2.900 visualizzazioni. Facebook – l'AO di Cremona ha creato una propria pagina che conta una media di 450 visualizzazioni/giorno, per un totale di 140 mila visualizzazioni da inizio ottobre, data della sua attivazione. Twitter– l'AO di Cremona da inizio ottobre ha pubblicato oltre 100 tweet. - LABORATORIO LA CURA IN UN GESTO – PRESENTAZIONE CATALOGO: La cura in un gesto è un progetto singolare e per sua intrinseca natura precursore. Nato dall'esigenza di sondare nuovi percorsi di comunicazione e formazione, con lo scopo di indagare i molteplici aspetti della relazione all'interno di un'organizzazione sanitaria, si è trasformato in un autentico racconto per immagini. Questa pubblicazione diviene quindi testimonianza emblematica di una esperienza concreta di umanizzazione in ospedale che, attraverso la fotografia e le parole, evidenzia in modo insolito ma peculiare la capacità di pensiero e di elaborazione, la sensibilità e le competenze di chi ogni giorno entra in contatto con il dolore. - IO MI CURO ALL'OGGIO PO: campagna stampa informativa e promozionale rispetto ai servizi offerti dall'Ospedale Oglio Po. Dal 21/11/2013 sulle pagine di Casalmaggiore de La Provincia è stato creato uno spazio dedicato redazionale + immagine - ONCOLOGIA III CONFERENZA TERRITORIALE -23
--	--	--	---

			NOVEMBRE 2013: la terza Conferenza Territoriale, organizzata dall'Azienda Ospedaliera di Cremona in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Crema, l'Asl della provincia di Cremona è stata dedicata all'integrazione fra il DIPO (dipartimento interaziendale provinciale oncologico) e il Dipartimento di Cure Palliative. L'obiettivo è stato quello di garantire la continuità terapeutica e la presenza di specialisti delle cure palliative non solo nella fase pre – terminale ma anche durante tutte le fasi del percorso di cura. - MATCHING: l'AO di Cremona ha partecipato con la presenza di uno Stand aziendale 25-27/10/2013. - LA CULTURA AUTOBIOGRAFICA - MEDICINA NARRATIVA, FAMIGLIE, SALUTE MENTALE (5 dicembre 2013). Convegno – presentazione pubblicazione di racconti autobiografici di familiari di pazienti psichici esito di un percorso formativo svolto dagli operatori del CPS ed esperti del settore. - PIEDINI GRIGIOROSSO : progetto di promozione allo sport. Dal 2 dicembre ogni bimbo nato nelle strutture ospedaliere di Cremona ha ricevuto in dono i calzini della Cremonese Calcio. -L'OSPEDALE IN DIRETTA : giornata nazionale dedicata a AIDS (video che pubblicato on line il 1 dicembre). Obiettivo raggiunto al 100%.
--	--	--	---

INTERVENTI DI EDILIZIA E PIANO INVESTIMENTI PESO 15

Attuazione interventi di edilizia sanitaria Peso 15	Rispetto dei cronoprogrammi e dei quadri economici dei singoli interventi finanziati con AdPQ, Atti Integrativi e Fondo di Rotazione	A) Cronoprogrammi: - scostamento non superiore al 5% del SAL comunicato alle A.O. per ogni singolo intervento - nessuno scostamento per gli interventi per i quali è previsto l'avvio delle procedure di gara, l'avvio dei lavori, la fine dei lavori, il collaudo o l'attivazione dei servizi - approvazione dei progetti per gli interventi che necessitano di ammissione a finanziamento o che sono finanziati col Fondo di Rotazione Regionale B) Quadri economici - nessuno scostamento in aumento dell'importo totale previsto nel quadro economico di progetto	Per l'Azienda Ospedaliera, l'obiettivo è stato analiticamente declinato con nota del Direttore Generale Salute prot. H1.2013.0014184 del 14.05.2013, dove è stato previsto, quale indicatore: "Fondo di rotazione: installazione di un sistema di tecnologia di avanguardia nel settore radioterapico presso l'AO di Cremona: conclusione intervento". Rispetto a ciò, si relaziona quanto segue. L'intervento assegnato è stato realizzato e l'attrezzatura è stata installata al 100%. Si è concluso il percorso formativo di tutto il personale tecnico e sanitario. Non si è verificato alcun scostamento in aumento dell'importo previsto nel quadro economico di progetto. Ai fini dell'attivazione del servizio, con deliberazione n. 307 del 12.12.2013 l'Azienda Ospedaliera ha preso atto del verbale di visita e del certificato di verifica di conformità per la fornitura "chiavi in mano" del sistema di radioterapia e radiochirurgia modello Vero MHI – TM H2000. L'apparecchiatura è pienamente funzionante. Obiettivo raggiunto al 100%
---	---	---	---

	Piano degli investimenti rispetto delle indicazioni regionali sugli investimenti ai sensi del DLgs n. 118/2011	attuazione degli investimenti mediante l'utilizzo di proventi straordinari solo a seguito di provvedimento di autorizzazione regionale, finalizzati a necessità improcrastinabili ed urgenti per la messa a norma e sicurezza;	Secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia (nota prot. H1.2013.0021561 del 19.7.2013), si è provveduto a trasmettere in data 31.07.2013, con nota prot. 18126, apposito prospetto in cui è stato evidenziato che l'Azienda non disponeva di proventi straordinari (plusvalenze, sopravvenienze attive, proventi da donazioni / lasciti) da poter utilizzare per investimenti, ma esclusivamente risorse relative a finanziamenti di terzi con destinazione vincolata, utilizzati secondo quanto indicato dal prospetto stesso, e conseguentemente senza alcuna necessità di autorizzazione da parte degli uffici regionali per l'utilizzo. Ciò è stato recepito dalla Direzione Generale Salute nella nota prot. n. H1.2013.0029688 del 25.10.2013. Obiettivo raggiunto al 100%
--	--	--	---

ECONOMICO FINANZIARIO PESO 30			
OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31 DICEMBRE 2013
Attuazione della DGR 4334/2012, delle circolari applicative, di quanto contenuto nelle DGR contenenti le indicazioni per gli enti del	CONTROLLO DI GESTIONE: 1) Scadenze invio dati Co.An.; 2) Qualità del dato inviato.	1) Rispetto scadenze invio flussi come da note regionali;	1)- anno intero 2012 in quadratura con i dati del IV CET: inviato il 15.04.2013 - anno intero 2012 in quadratura con i dati del bilancio consuntivo: inviato il 11.06.2013 compreso modello LA. -Flusso Co.An I° trimestre 2013 caricamento sul portale regionale entro la scadenza del 28/06/2013. Caricamento sul portale regionale 1° semestre 2013 entro la scadenza del 5.09.2013. Caricamento sul portale regionale del flusso Co.An primi nove mesi del 2013 entro la scadenza del 15.11.2013. Prossima scadenza prevista nel 2014.

sistema regionale e delle note attuative specifiche per ciascun ambito		2) Valutazione del rispetto delle % di quadratura Co.ge-Co.an come da Linee Guida.	Obiettivo raggiunto al 100% 2) Rispettate le % di quadratura Co.Ge-Co.An come da Linee Guida. Obiettivo raggiunto al 100%
	N.O.C.C. 1) Corretto svolgimento delle visite N.O.C.C..	Capacità di fornire la documentazione e le spiegazioni sui temi richiesti.	Nel 2013 l'Azienda Ospedaliera non è stata interessata da alcuna richiesta né vi sono state visite ispettive
	ACQUISTI 1) Diminuzione del numero di procedure di gara effettuato dalle aziende in forma singola; 2) Superamento senza osservazioni dei controlli Consip effettuati sugli adempimenti nazionali del Tavolo di monitoraggio spesa sanitaria (art. 12 Intesa Stato Regioni 23/03/2005); 3) Qualità dati osservatori. 4) Qualità dati flusso NSIS grandi apparecchiature	1) Incremento del 10% del numero di gare aggregate pubblicate a livello consortile al 31/12/2013 rispetto al 31/12/2012 (come capofila o affiliato); 2) Numero di osservazioni ricevute da Consip; 3) Tempestività e correttezza nella comunicazione dei dati contratti e consumi dell'"Osservatorio acquisti", dell'"Osservatorio servizi" e ORPT.	1) Nel 2012 – dato aggiornato e confermato dalla Direzione Generale Salute – sono state pubblicate n.25 gare in cui questa azienda è stata coinvolta o come capo fila (n.13) o come mandante. Pertanto, l'obiettivo previsto è di n.28 procedure pubblicate nel 2013. Al 31.12.2013 sono state pubblicate 42 gare aggregate, di cui n.9 gare con l'AO di Cremona in qualità di capofila e n.2 con Aziende capofila esterne al Consorzio AIPEL. Obiettivo raggiunto al 100%. 2) Non sono pervenute comunicazioni dalla Direzione Generale Salute circa la rilevazione CONSIP per l'anno 2013. Relativamente alla rilevazione anno 2012, l'AO di Cremona non ha ricevuto osservazioni o contestazioni. Obiettivo raggiunto al 100%. 3) Osservatorio servizi: in data 15.02.2013, nel rispetto della scadenza prevista, sono stati validati (e dunque inviati) i dati relativi al II semestre 2012. In data 5.08.2013, nel rispetto della scadenza prescritta (10.08), sono stati validati (e dunque inviati) i dati relativi al 1° semestre 2013. La prossima scadenza per l'invio dei dati relativi al 2° semestre 2013 è fissata per il 15.02.2014. Osservatorio acquisti: i dati relativi ai contratti sono stati inseriti completi di parte "gara",

		4) Completezza dati flusso NSIS grandi apparecchiature	“contratti” e “acquisti”. Flusso dei dispositivi medici: l’invio mensile dei dati di consumo dei prodotti avviene nel rispetto dei requisiti di tempestività e correttezza richiesti. ORPT: nel 2013 non è stata attivata alcuna rilevazione. Obiettivo raggiunto al 100%. 4) Qualità dati flusso NSIS: al 31.12.2013 l’Azienda Ospedaliera ha provveduto ad inserire con completezza la totalità delle apparecchiature di competenza nell’apposito applicativo. Obiettivo raggiunto al 100%
Economico finanziario rispetto integrale allegato 1 (quadro di sistema 2013)	Tempi di pagamento fornitori : dati rilevati dal sistema G3S : rispetto dei tempi di pagamento delle fatture secondo gli indirizzi regionali (ad oggi 60 e 90 giorni) <u>Regolarizzazione contabile dei pagamenti tramite G3S</u> nei tempi previsti dalle linee guida regionali supportata da dichiarazione congiunta delle Aziende (ASL e AO) intervenute.	Tempi di pagamento: i flussi di pagamento vengono inviati regolarmente al sistema G3S con cadenza quindicinale raggruppando le fatture in scadenza nel termine di 60/90 giorni data ricevimento fattura. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Regolarizzazione contabile dei pagamenti</u>: alla data del 31.12.2013 sono stati regolarizzati con l’ASL di Cremona: - i flussi inviati tramite G3S relativi alla chiusura di tutto l’anno 2012 nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2013 - i flussi inviati sino a tutto il mese di dicembre con competenza 2013 - ultima regolarizzazione 31 dicembre 2013. Obiettivo raggiunto al 100%.	

BILANCI	Attuazione D. Lgs. 118/2011	• <u>Fatturazione e gestione finanziaria stranieri (STP)</u> Fatturazione alle Prefetture rispetto alle prestazioni rese e rendicontate secondo gli indirizzi regionali. <u>Quadratura ricavi/ costi e crediti /debiti anno 2012 e 2013 per le poste intercompany tra aziende sanitarie come da sistema informativo regionale e da indirizzi regionali (consuntivo 2012 e CET 2013).</u> Quadratura ricavi/ costi e crediti /debiti anno 2012 e 2013 rispetto alle scritture regionali come da sistema informativo regionale e da indirizzi regionali (consuntivo 2012 e CET 2013). <u>Miglioramento Posizione finanziaria netta aziendale (crediti + disponibilità liquide – debiti) – (Dati da Bilancio di esercizio 2012 e dichiarazione a IV CET 2013 da verificare a consuntivo</u>	<u>Fatturazione e gestione finanziaria stranieri (STP):</u> si è proceduto trimestralmente alla fatturazione alla Prefettura di Cremona delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate a pazienti stranieri STP. Alla data del 31.12.2013 si è proceduto alla conclusione della fatturazione di tutte le prestazioni (DRG e ambulatoriale) erogate a STP relative all'anno 2012 e alla fatturazione delle prestazioni relative ai primi tre trimestri 2013. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Quadratura ricavi/ costi e crediti /debiti anno 2012 e 2013 per le poste intercompany tra aziende sanitarie:</u> in sede di predisposizione del bilancio di esercizio 2012 si è provveduto alla compilazione del Mod. CONS per le partite di infragruppo, previa "circularizzazione" delle informazioni a tutte le ASL/AO della regione dei dati relativi a debiti/crediti e costi/ricavi. Si è provveduto, inoltre, in sede di redazione di ogni CET trimestrale al preciso allineamento delle poste di ricavo e costo ad eccezione degli importi relativi all'IVA per le prestazioni soggette alla sua applicazione. Si è proceduto, inoltre, in sede di III CET all'inserimento nei ricavi dei contributi validati da Regione come da Decreto di Assestamento del Direttore Generale Salute n.9725 del 25.10.2013. Obiettivo raggiunto al 100% Si certifica il mantenimento / miglioramento della posizione finanziaria netta aziendale in base alla ricognizione sull'andamento degli scadenzari fornitori ancora in essere al 31.12.2013; si conferma il mantenimento dell'obiettivo di 60 giorni nel pagamento delle fatture ai fornitori, ad esclusione dei contenziosi e delle fatture per investimenti. Obiettivo raggiunto al 100%
---------	-----------------------------	--	---

	Approvazione dei Bilanci di previsione senza sospensioni		Il bilancio economico preventivo anno 2013, approvato con deliberazione aziendale n.34 del 7.02.2013, è stato regolarmente approvato senza sospensioni con DGR n. IX/5026 del 13.03.2013. Obiettivo raggiunto al 100%
GOVERNO DELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI PESO 24			
OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31 DICEMBRE 2013
Attuazione della DGR 4334/2012, - FARMACEUTICA E PROTESICA	Inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con le ASL, dei farmaci biosimilari attualmente in commercio	1) Pubblicazione e manutenzione su sito web di ciascuna ASL e AO del prontuario aggiornato sia da parte della ASL che delle AO/Fondazioni con inserimento dei biosimilari. 2) Monitoraggio mensile delle prescrizioni di farmaci biosimilari, con condivisione dei dati con le AO/Fondazioni	1) E' stato definito, entro giugno 2013, In accordo con l'ASL della Provincia di Cremona, il PUD con l'aggiornamento dei gruppi ATC previsti nelle Regole regionali e precisamente: A: Gastroenterici B: Antianemici C: Cardiovascolari J: Antimicrobici L: Immunostimolanti N: Psicoanalitici/Antidepressivi Il prontuario unico alla dimissione è stato recepito formalmente dall'azienda ospedaliera con deliberazione n.193 del 01.08.2013 ed è stato pubblicato sui siti web aziendali intranet ed internet. Obiettivo raggiunto al 100% 2) E' stata monitorata mensilmente la prescrizione dei farmaci biosimilari, con evidenza del loro incremento prescrittivo rispetto al farmaco branded. Si è provveduto a comunicare ai clinici coinvolti i dati di spesa e di consumo nella prescrizione del Gc-SF in occasione del Dipartimento oncologico aziendale del 13.06.2013. E' stato distribuito nell'occasione l'AIFA 'Position Paper' sui Biosimilari del 28.05.2013. Obiettivo raggiunto al 100%

	Controllo dei farmaci innovativi	3) A partire dal 2° semestre 2013 - controllo dell'85% della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci oncologici, oftalmologici, nuovi farmaci per HCV con scheda AIFA indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) con risultato di record corretti pari al 100%. 4) A partire dal 2° semestre 2013 - controllo e correttezza del 100% dei record della tipologia 15 con riscontro della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing	3) Per quanto di competenza dell'Azienda Ospedaliera, l'attività di controllo delle prescrizioni/erogazioni dei farmaci oncologici, oftalmologici e nuovi farmaci per HCV con scheda di monitoraggio AIFA è avvenuta costantemente da parte della Farmacia aziendale con rendicontazione in File F per la successiva verifica di riconoscimento regionale. Obiettivo raggiunto al 100%. 4) E' stato controllato e monitorato il File F della Tipologia 15 (Risk-sharing) per il relativo rimborso da parte della ditta fornitrice, con riscontro delle conseguenti note di credito. In occasione dei controlli effettuati sul file F da parte dei NOC, per i primi sette mesi del 2013 (verifiche del 1 e 2 luglio e 11,12 e 13 settembre 2013 per il presidio ospedaliero cremonese e 9 settembre 2013 per il presidio ospedaliero Oglio Po) non sono emerse irregolarità e sono stati confermati tutti i record controllati (circa 13 mila records). La verifica dei NOC relativa agli ultimi 5 mesi del 2013 avverrà alla fine del mese di gennaio 2014. Obiettivo raggiunto al 100%.
	Adozione e diffusione del "Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del paziente affetto da malattia HIV/AIDS" aggiornato con DDG n.1725/2013 e del "Percorso diagnostico terapeutico (PDT) del bambino affetto da malattia HIV/AIDS" approvato con DDG n. 883/2013		Come certificato nella relazione prot. n. 26884 del 21.11.2013 dal Direttore dell'U.O. di Malattie Infettive del presidio ospedaliero di Cremona, poi successivamente aggiornata con i dati al 31 dicembre 2013, l'Azienda Ospedaliera aderisce ai PDT regionali del paziente affetto da malattia HIV/AIDS e del bambino affetto da malattia HIV/AIDS. Il 100% dei pazienti sono gestiti secondo le indicazioni dei protocolli: l'adesione alla indicazioni regionali è sempre stata superiore al 95%; i pazienti per i quali non è possibile l'adesione al PDT sono intolleranti o hanno fallito più regimi terapeutici. L'analisi di adesione al PDT viene ripetuta a cadenze regolari.

			Obiettivo raggiunto al 100%
	Promozione della segnalazione spontanea delle ADR da parte degli Operatori sanitari (Medici, Farmacisti, Infermieri ecc.)	1) Numero di schede inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza pari almeno all'80% di quelle inserite nel 2012 e comunque non inferiori a 100	Inserite nella Rete Nazionale Farmacovigilanza n° 443 schede ADR al 31 dicembre 2013 rispetto al totale del 2012 di n° 433. Obiettivo raggiunto al 100%
	Miglioramento della qualità del dato delle segnalazioni inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNFV)	1) Numero di schede corrette dal centro di Farmacovigilanza non superiore al 30% del totale delle schede inserite 2) Almeno un evento formativo in FV per gli Operatori Sanitari	1)Pervenuta nota regionale del 9.01.2014, prot., con la valorizzazione al 3° trimestre degli indicatori relativi all'attività di Farmacovigilanza in cui risulta che l'azienda ospedaliera ha segnalato, per il periodo a riferimento, n° 350 schede di ADR con solo n° 19 errori – percentuale del 5,43%. Obiettivo raggiunto al 100%. 2)In accordo con il Responsabile del Servizio di Pronto Soccorso aziendale, è stata programmata il 27.11.2013 un'iniziativa formativa per gli operatori del servizio medesimo ed avente per oggetto la nuova normativa europea in tema di farmacovigilanza; infatti, con l'entrata in vigore anche in Italia della nuova normativa, la definizione di ADR è stata estesa anche agli effetti nocivi e non voluti che si manifestano per uso inappropriato dei medicinali o per errore terapeutico o per esposizione professionale. I risultati di tali attività progettuali di Farmacovigilanza sono stati oggetto di un Convegno di Farmacovigilanza, tenutosi il 17.12.2013 in Regione, rivolto a tutte le figure professionali sanitarie coinvolte, dove sono emersi i contributi regionali in merito alla trasmissione di schede ADR nell'ambito di tutti i progetti attivati a seguito di indicazioni europee (Mereafaps, Farmamonto, Farmamico, Farmaconco, Farmarel, React). Obiettivo raggiunto al 100%

PSICHIATRIA E NPIA	Garantire la tempestiva attivazione delle azioni previste dai Progetti di Neuropsichiatria Infantile ed il raggiungimento degli obiettivi in essi concordati	Verifica dell'attivazione dei progetti di NPIA - pari al 100%	I progetti attivati nel corso dell'anno nella UO di NPI dell'AO di Cremona sono stati pari al 100% dei progetti previsti. In particolare, i progetti attivati sono stati i seguenti: 1) Percorsi di presa in carico precoce nelle patologie complesse ad alto impatto sociale (UO NPIA AO Cremona: partener) 2) Centri di riferimento per disturbi specifici di apprendimento nell'area delle ASL di Brescia e Cremona (UONPIA AO Cremona: capo fila) 3) Integrazione scolastica e sociale dei soggetti con disabilità (UONPIA AO Cremona: partner) 4) Condivisione di percorsi diagnostico – terapeutici per l'ADHD in Lombardia" (UONPIA AO Cremona: partner). La realizzazione dei progetti è stata debitamente rendicontata , entro i tempi previsti, come segue: -per i progetti in cui l'AO di Cremona è stata partner: rendicontazione inviata alle ao capofila con nota prot. 596 del 10.01.2014 (scad. 10.01.2014) -per il progetto in cui l'AO di Cremona è stata capofila: rendicontazione inviata all'ASL di Cremona con nota prot. 1495 del 20.01.2014 (scad. 20.01.2014)
	Stabilire, nell'ambito del percorso di consulenza attuato nei CPS, le modalità di rapporto organico con i MMG, elaborando in modo congiunto con la ASL i PDTA nei disturbi emotivi comuni (ansia - depressione)	Elaborazione e condivisione nel DSM con la ASL di almeno 1 PDTA • Avvio del PDTA entro il 30 luglio 2013 • Monitoraggio mensile dei pazienti presi in carico (	Durante il I° semestre 2013 è stato elaborato e condiviso con l'ASL di Cremona il PDTA dei disturbi emotivi comuni. Il documento, infatti, è stato approvato dall'ASL con deliberazione n. 304 del 25.07.2013, previa conferma di condivisione data dall'Azienda Ospedaliera con nota prot. 17689 del 24.07.2013. Il PDTA è stato, inoltre, formalmente recepito dall'Azienda Ospedaliera con deliberazione n. 212 del 26.08.2013, dando atto dell'operatività dello stesso a far tempo dal 30.07.2013. E' stato attivato il flusso di monitoraggio mensile: l'azienda ospedaliera, con nota prot. 24811 del

			30.10.2013, ha provveduto a trasmettere all'ASL della provincia di Cremona – Dipartimento PAC - file excel della 1° rilevazione, riferita al mese di settembre 2013. Mensilmente, è stato, poi, rispettato l'invio, tramite e-mail, del flusso per il monitoraggio dei dati oggetto del PDTA, nel rispetto delle regole condivise con l'ASL di Cremona. Obiettivo raggiunto al 100%
	Definire, nell'ambito del percorso presa in carico per il paziente con disturbo psichico grave, modalità standardizzate da adottare nei CPS di accoglienza e valutazione, di applicazione del PTI e di individuazione della figura di case manager, in coerenza con le indicazioni del corso di formazione regionale concluso nel 2012	Elaborazione e formalizzazione della procedura relativa alla presa in carico del paziente con grave disturbo psichico	L'identificazione del CM e la connotazione del percorso di cura "Presa in carico" avviene all'interno dell'equipe di CPS e formalizzato sul P.T.I. Sulla scorta dell'indicatore in oggetto recepito dal DSM agli inizi del mese di giugno 2013, si è provveduto ad individuare un gruppo di lavoro all'interno del Nucleo di Valutazione Qualità DSM, con la finalità di elaborare e formalizzare la procedura di presa in carico del paziente con grave disturbo psichico entro il 31.12.2013. La composizione del gruppo di lavoro ha previsto: n.1 medico, n.1 coordinatore, n.1 infermiere e n.1 educatore per ciascun CPS (Cremona e Casalmaggiore). Entro il 31.12.2013, il gruppo medesimo ha elaborato il protocollo per la "Presa in carico del paziente con disturbo psichico grave nelle UO di Psichiatria del DSM di Cremona" PT D700 007. Il documento ha tenuto conto delle indicazioni acquisite in sede di formazione regionale. Sono già in uso i seguenti strumenti relativi alla presa in carico con CM: P.T.I., scheda di rete, scala FPS, scheda di progetto. Obiettivo raggiunto al 100%
Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Attività di negoiazione	Definizioni contrattuali: rispetto delle date stabilite dalle indicazioni regionali per la sigla dei contratti (ricoveri, specialistica ambulatoriale, psichiatria e neuropsichiatria	Contratto integrativo relativo al 1° quadrimestre 2013 sottoscritto entro i termini previsti (31.12.2012) e recepito con deliberazione n. 102 del 15.04.2013 Contratto integrativo anno 2013 sottoscritto in

		infantile)	data 30.04.2013 (scad, 30.04.2013) e recepito con deliberazione aziendale n. 140 del 12.06.2013 Obiettivo raggiunto al 100%
Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Miglioramento dei tempi di attesa Attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011	Rispetto del calendario previsto per il monitoraggio dei tempi di attesa Regionale, Nazionale e ALPI	Il calendario per il monitoraggio dei tempi di attesa Regionale, Nazionale e ALPI è stato puntualmente rispettato. Obiettivo raggiunto al 100%
		<i>Tempi d'attesa</i> – <u>Invio dei Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz)</u>, esclusivamente su supporto informatico e in formato non modificabile, entro il 10 febbraio ed entro il 31 luglio del 2013, redatti congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL. – <u>Partecipazione alle 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa in attività istituzionale delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale</u> (di cui alla DGR n. IX/1775/2011) e alle 2 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa sia in attività istituzionale sia A.L.P.I. e S. delle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale (di cui al PNGLA 2010-2012), nel rispetto delle modalità di raccolta dati e delle tempistiche di invio degli stessi di cui al "Disciplinare Tecnico Ambulatoriale, Ricoveri e Radioterapia" (presente sul Portale RL_MTA) e successive comunicazioni riferite all'esercizio in corso (ad oggi note prot. n. H1.2011.0036359 del 13.12.2011 e n. H1.2012.0010656 del 02.04.2012).	<u>Invio dei Piani semestrali</u> aziendali di governo dei tempi di attesa: per il primo semestre 2013: piano inviato esclusivamente via e mail il 17.01.2013 (prot. 1401) .- scad. 31.01.2013; per il secondo semestre 2013: piano inviato esclusivamente via e-mail il 30.07.2013 (prot. 18054)- scad. 31.07.2013. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Partecipazione alle rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa:</u> l'Azienda ha partecipato regolarmente, nel rispetto delle modalità e dei tempi previsti dalla programmazione regionale e nazionale, alle rilevazioni mensili regionali effettuate da gennaio sino ad ora (16/1, 6/2, 6/3, 11/4, 8/5, 5/6, 3/7, 1/8, 4/9, 2/10, 6/11, 12/12) ed alle rilevazioni Nazionali /ALPI effettuate in aprile e in ottobre. Obiettivo raggiunto al 100%

		– <u>Completo rispetto dei tempi obiettivo</u> previsti al punto 22 dell'Allegato alla DGR n. IX/1775 del 28.07.2011 per almeno il 95% dei primi accessi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di radioterapia oggetto di monitoraggio regionale. A questo proposito, si precisa che a partire da quest'anno le valutazioni condotte da questa Direzione in ordine al raggiungimento del suddetto obiettivo, utilizzeranno quale <u>criterio di validazione</u> dei dati comunicati in occasione delle 12 rilevazioni di prevalenza sul Portale RL_MTA, sia le informazioni desumibili dal flusso ex-post di cui alla Circolare 28San che i dati presenti sul circuito di prenotazione SISS. • <u>Attivazione di appositi percorsi per la riduzione dei tempi di attesa</u> che prevedano l'utilizzo della quota di risorse appositamente destinate in coerenza con le indicazioni regionali	<u>Completo rispetto dei tempi obiettivo:</u> le rilevazioni hanno dato esito positivo per quanto riguarda il completo rispetto dei tempi obiettivo previsti al punto 22 dell'Allegato alla DGR n. IX/1775 del 28.07.2011 per almeno il 95% dei primi accessi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di radioterapia oggetto di monitoraggio regionale. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Attivazione di appositi percorsi per la riduzione dei tempi di attesa:</u> in data 20.08.2013 è stato sottoscritto con l'ASL della Provincia di Cremona apposito contratto integrativo, poi recepito formalmente con deliberazione aziendale n. 235 del 27.09.2013, per la realizzazione di progetti per il contenimento dei tempi di attesa. I progetti, quindi, hanno avuto inizio il 01.09.2013 e sono terminati il 31.12.2013, come contrattualizzato con l'ASL. Obiettivo raggiunto al 100%
--	--	--	--

Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale	– Invio del Piano dei Controlli (di cui alla DGR n. VII/15324/2003) per l'esercizio in corso, esclusivamente su supporto informatico e in formato non modificabile, entro il 31 gennaio 2012. – entro il 31 agosto 2013 invio alle ASL di 1. Una quota fino al 4% riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica, effettuata a cura dei soggetti erogatori; 2. Una quota fino al 3% riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori.	L'ASL della Provincia di Cremona, con deliberazione n. 22 del 24.01.2013, ha approvato il Piano dei controlli per l'anno 2013 – area sanitaria, trasmesso poi all'azienda ospedaliera con e-mail prot. 3221 del 5.02.2013. 1. Con nota prot. 19432 del 23.08.2013 (scadenza 31.08.2013), si è provveduto a trasmettere all' ASL di Cremona (al Dipartimento PAC e al Responsabile del Nucleo Operativo di Controllo) l'esito dell'autocontrollo di congruenza effettuato su un campione di cartelle cliniche pari al 4%, come previsto dalla DGR IX/4334 del 26.10.2012; tutte le cartelle sono state controllate in aggiunta ai routinari controlli d'ufficio. 2. Entro la data prevista (31.08.2013), come certificato dal direttore medico di presidio con nota prot. 19953 del 30.08.2013, , è terminato l'autocontrollo di qualità su tutto il campione previsto nel piano dei controlli. Obiettivo raggiunto al 100%
Attuazione della DGR 4334/2012 e 4176/2013	Implementazione Sub acute, BIC e MAC	1. Attuazione delle indicazioni previste dalla normativa regionale per l'implementazione delle attività di BIC e MAC , rilevabile anche tramite la corretta compilazione dei rispettivi flussi (SDO e 28 SAN) Attuazione di tutte le indicazioni regionali sia per quanto attiene le attività di controllo che di accreditamento	1. E' stata data piena attuazione alla normativa regionale in materia di implementazione delle attività di BIC e MAC, procedendo ad un ulteriore accreditamento di posti letto tecnici per MAC nei reparti di Cardiologia e Pediatria di entrambi i presidi ospedalieri aziendali e della U.O. di Neurologia del presidio ospedaliero cremonese, in riduzione di ulteriori 5 P.L. di D.H. rispetto alla trasformazione già operata nel 2012. Tale nuovo accreditamento è operativo dal mese di Settembre 2013 e nel mese di ottobre 2013 sono stati prodotti i protocolli di erogazione delle MAC pertinenti alle nuove UU.OO. ingaggiate, previsti dagli standard di accreditamento. Nelle prime due settimane di Novembre i protocolli sono stati via via trasmessi alla ASL ed è iniziata l'erogazione delle MAC anche per le nuove UU.OO. Pertanto,

			tutte le U.U.O.O. dell'Azienda, (ad esclusione di quelle di Area Critica) erogano prestazioni ambulatoriali complesse sia mediche che chirurgiche. Il confronto con i NOC, avvenuto sino al 22.11.2013, per un controllo di congruenza e di qualità su un campione di circa 1000 cartelle ambulatoriali tra BIC e MAC, ha avuto come esito il contenimento al minimo della rimodulazione delle valorizzazioni. Obiettivo raggiunto al 100%
		2.Incremento o mantenimento dove già utilizzati al 100% dell'utilizzo appropriato dei posti di sub acute	2.Raffrontato il dato dell'indicatore per il periodo 1 gennaio – 31 dicembre anni 2012/2013 , per i due presidi ospedalieri aziendali, si rileva un raggiungimento dell'obiettivo con un sensibile incremento dell'utilizzo appropriato dei posti letto di sub acuti: - presidio ospedaliero di Cremona: aumento in percentuale dell'utilizzo appropriato dei posti di sub acuti: anno 2012: 87,03% - anno 2013: 90% -presidio ospedaliero Oglio Po: entro l'autunno 2013 è stata data piena attuazione alla riorganizzazione per intensità di cura iniziata in aprile 2013; tale riorganizzazione – non attiva nel 2012 - ha determinato un differente utilizzo appropriato dei posti letto di sub acuti. L'entrata a regime della riorganizzazione ha, pertanto, portato ad un aumento dell'appropriatezza per i posti letto sub acuti, determinando una maggiore percentuale di saturazione finale al 31.12.2013 .
		3.Confronto utilizzo MAC E BIC rispetto alla produzione 2012 dh o ds/do 1day con	3.Il confronto tra il dato complessivo di BIC e MAC e dei residui ricoveri ARI rispetto alla produzione 2012 dimostra che lo shift delle prestazioni verso il

		particolare riferimento ai 108 drg come da DGR IX 4716/13	setting assistenziale ambulatoriale complesso è superiore al 95%. Obiettivo raggiunto al 100%
Attuazione della DGR 4334/2012 SISS	Sistema informativo socio sanitario Completa attuazione del Piano annuale SISS 2013	- Indicatori di <u>completezza e tempestività</u> nella pubblicazione dei referti, secondo i target fissati nel piano attuativo - Prenotazioni effettuate tramite CCR, secondo i target fissati nel piano attuativo	Refertazione: - <u>Completezza</u>: - Laboratorio: target 2013: 270.000- produzione da gennaio a novembre 2013 (ultimo dato disponibile): 279.160 – obiettivo raggiunto al 100% - Radiologia: target 2013: 70.000 – produzione da gennaio a novembre 2013 (ultimo dato disponibile): 70.961 – obiettivo raggiunto al 100% - Ambulatoriale: target 2013: 100.000 – produzione da gennaio a novembre 2013 (ultimo dato disponibile): 105.201 – obiettivo raggiunto al 100% - Pronto soccorso: target 2013: 45.000 – produzione da gennaio a novembre 2013 (ultimo dato disponibile): 50.463 – obiettivo raggiunto al 100% - Lettere di dimissione: target 2013: 25.000 – produzione da gennaio a novembre 2013 (ultimo dato disponibile): 25.830 – obiettivo raggiunto al 100% -<u>Tempestività pubblicazione referti</u>: target 2013: 95% - media da gennaio a novembre 2013 (ultimo dato disponibile): 90,5% - in proiezione al 31.12.2013 si è in linea con l'obiettivo atteso. - Prenotazioni effettuate tramite CCR: - Consolidamento dei livelli quantitativi di prenotazione da CCR: target 2013: 71.500 – produzione da gennaio a novembre 2013 (ultimo dato disponibile): 71.288 – in proiezione al 31.12.2013, si raggiunge

			l'obiettivo atteso.
Attuazione della DGR 4334/2012	Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale	Prestazioni ambulatoriali: - o <u>Qualità della rilevazione</u> - errori gravi: percentuale di prescrizioni ambulatoriali contenenti errori "gravi" inferiore al 1% - o <u>Tempestività della rilevazione</u>: non più dell'1% di record 28SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista - o <u>Tempestività</u>: rispetto delle tempistiche indicate dalla DG Sanità per il flusso relativo all'invio dei dati al Ministero della Economia e delle Finanze - o <u>Percentuale di ricette con presenza di IUP</u> (il valore obiettivo per ogni Azienda viene specificato nei piani attuativi del SISS) Prestazioni di Pronto Soccorso: - o Completezza della rilevazione: scostamento rispetto a quanto rilevato con il flusso 28/SAN non superiore al 15% Ricoveri ospedalieri: - o <u>Qualità della rilevazione</u> – errori gravi: percentuale di record di SDO contenenti errori "gravi" inferiore al 1%	Prestazioni ambulatoriali: <u>Qualità della rilevazione</u>: al 30.11.2013 (ultimo dato disponibile): errori gravi: 0,52%. Obiettivo raggiunto al 100%. <u>Tempestività della rilevazione</u>: al 31 agosto 2013 (ultimo dato disponibile): 0,22%. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Tempestività</u>: nessun ritardo rispetto alle tempistiche richieste. Obiettivo raggiunto al 100% <u>Percentuale di ricette con presenza di IUP</u>: dato a novembre 2013 (ultimo dato utile): 157.152 prescrizioni prodotte con IUP. Valore obiettivo per l'AO di Cremona non specificato nel piano attuativo SISS 2013 inviato alla DG Sanità con nota prot. 7795 del 27.03.2013 Prestazioni di Pronto Soccorso: <u>completezza della rilevazione</u>: il dato a novembre 2013 (ultimo dato utile) rileva uno scostamento <1%. Obiettivo raggiunto al 100%. Ricoveri ospedalieri: <u>qualità della rilevazione</u> – errori gravi: al 31.12.2013 errori gravi inferiori al 1% . Obiettivo raggiunto al 100%

		o <u>Tempestività della rilevazione</u>: nessun ritardo oltre 1 mese, rispetto alle scadenze previste (da questa rilevazione vanno esclusi i DH di tipo non chirurgico) Flusso Endoprotesi: o Percentuale di completezza nella compilazione dei campi per i record endoprotesi (SDO4): scostamento massimo del 5% (in meno) rispetto alla media regionale Flussi Ministeriali: o Percentuale di modelli dei Flussi Ministeriali segnalati oltre il termine stabilito dalle regole inferiore al 1% Certificati di Assistenza al Parto: o <u>Scostamento massimo</u> del 5% rispetto alla media regionale di parti non rilevati col CeDAP rispetto ai parti segnalati con le SDO o <u>Percentuale di errore</u> inferiore al 4% nei campi: data di nascita della madre, data del parto, età gestazionale, modalità del parto, presentazione del neonato o <u>Tempestività della rilevazione</u>: percentuale in ritardo oltre il mese non superiore al 5%	<u>Tempestività della rilevazione</u>: al 31.12.2013 nessun ritardo oltre 1 mese. Obiettivo raggiunto al 100%. Flusso Endoprotesi: al 31.12.2013 nessun errore di compilazione. Nessun ritardo. Obiettivo raggiunto al 100%. Flussi Ministeriali: al 31.12.2013 flussi inviati entro i termini stabili. Nessun ritardo. Obiettivo raggiunto al 100% Certificati di assistenza al parto: - <u>Scostamento massimo</u> del 5% rispetto alla media regionale dei parti non rilevati con CeDAP: l'incrocio SDO/CeDAP e CeDAP/SDO effettuato sui dati messi a disposizione sul Portale Regionale dal 1.01.2013 al 30.11.2013 conferma il rispetto dello scostamento massimo del 5% per entrambi i presidi ospedalieri aziendali . Obiettivo raggiunto al 100% - <u>Percentuale di errore</u>: Flusso CeDAP controllato e validato senza riscontro di errori dal 1.01.2013 al 30.11.2013. Obiettivo raggiunto al 100%. - <u>Tempestività</u>: la tempestività della segnalazione è stata sempre rispettata; tuttavia, a causa di un problema tecnico relativo alla correzione dei dati che si rendono
--	--	---	--

			necessari, è apparso, durante l'anno 2013, dalla reportistica messa a disposizione sul Portale Regionale, il superamento della percentuale del 5% mensile, non dovuta, però, ad alcun ritardo di rilevazione. Tale problema tecnico, precedentemente già segnalato alla Funzione Service Management della Regione – Governo dei Servizi sanitari territoriali – dr. Terranova – con note del 27.07.2013 e del 24.09.2013, è stato risolto con gli inserimenti a partire dal 15.11.2013, mentre la reportistica non risulta ancora aggiornata. Obiettivo raggiunto al 100%.
		Rilevazione delle attività sanitarie degli Stranieri: o Completezza della rilevazione degli stranieri UE o da paesi con convenzione: percentuale di record SDO3 superiore al 95%	Rilevazione delle attività sanitarie degli stranieri: al 31.12.2013 completezza al 100%. Obiettivo raggiunto al 100%
RISK MANAGEMENT	RISK MANAGEMENT: 1) Realizzazione progetti Risk Management; 2) Aggiornamento DB sinistri; 3) Segnalazione eventi sentinella in SIMES	1) Rendicontazione di n. 3 Progetti annuali di R.M.; in particolare verrà valutata la realizzazione dei due progetti obbligatori : A) progetto focalizzato sul rischio in area ostetrica; B) progetto sulla prevenzione e la gestione delle sepsi;	1) Approvato il Piano annuale delle attività di Risk Management – anno 2013 con provvedimento deliberativo aziendale n. 81 del 25.03.2013. Il Piano è stato trasmesso alla Direzione Generale Sanità con nota prot. 7732 del 27.03.2013 (scad. 31.03.2013). Le attività progettuali previste nell'anno erano: rischio ostetrico; prevenzione e gestione sepsi (polmoniti e sepsi); errori da farmaci; nuova procedura per prevenire lo smarrimento dei dispositivi personali dei pazienti (protesi dentarie ect..). Con deliberazione n.1 del 8.01.2014 "Presa d'atto relazioni conclusive sulle attività di risk management svolte nell'anno 2013", si è provveduto ad approvare le relazioni conclusive di realizzazione dei progetti di risk management.

		2) Aggiornamento DB Sinistri nei termini indicati nelle LG: verrà valutata in particolare la completezza dei campi "Descrizione" e "Riservato" sui sinistri; 3) Segnalazione in SIMES degli eventi sentinella nella tempistica e nelle modalità previste dal DM.	Si è provveduto, inoltre, con nota prot. 589 del 10.01.2014 a trasmettere alla Direzione Generale Salute il rendiconto completo dell'attività di risk management dell'anno 2013 (scad. 11.01.2014). Obiettivo raggiunto al 100% 2) Con nota prot. 2626 del 30.01.2013 è stata inviata alla Direzione Generale Sanità l'autocertificazione dell'inserimento / aggiornamento nel data base regionale dei sinistri, delle cadute e degli infortuni relativi al 2° semestre 2012 (scad, 31.01.2013); con nota prot. 17739 del 24.07.2013 è stata inviata alla Direzione Generale Salute l'autocertificazione dell'inserimento / aggiornamento nel data base regionale dei sinistri, delle cadute e degli infortuni relativi al 1° semestre 2013 (scad, 31.07.2013) Non sono state evidenziate da parte di Regione Lombardia delle incompletezze nella compilazione dei campi. Obiettivo raggiunto al 100% 3) Nel 2013 sono stati segnalati due eventi sentinella, nel rispetto delle tempistiche e delle modalità previste dal DM. Obiettivo raggiunto al 100%
RETI DI ALTA SPECIALITA'	Rispetto della delibera 4605 del 28.12.2012 <i>"Prima attuazione della legge 135/2012, Disposizioni urgenti per la revisione della spesa Pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"</i> art. 15 comma 13 lettera c) ed ulteriori Indicazioni per l'esercizio 2013 correlate all'elenco dei 108 drg a rischio di inappropriatezza di cui al vigente patto per la salute	Riordino delle reti di alta specialità Predisposizione di una relazione che riporti l'analisi organizzativa delle alte specialità mediche e chirurgiche in termini di attività, risorse umane e strumentali disponibili, criticità da sottoporre alla ASL di afferenza e alla DGS, con proposte di unificazione, coordinamento, convenzionamento	In applicazione alla DGR n. IX/4605, il riordino delle reti di alta specialità non ha riguardato l'AO di Cremona, come da dati sottoposti all'ASL di competenza.

PERSONALE PESO 10

OBIETTIVO	RISULTATO	INDICATORI	RENDICONTAZIONE AL 31 DICEMBRE 2013
Attuazione della DGR 4334/2012 -	Personale	1. Rispetto dei contingenti complessivi del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato. Il totale complessivo dei contingenti del personale dipendente dell'anno 2013 dovrà essere tendenzialmente in riduzione rispetto all'anno 2012 e comunque non deve superare il totale del 2012. Sarà oggetto della valutazione il personale dipendente a tempo indeterminato e tempo determinato con esclusione dei tempi determinati assunti per sostituzioni a vario titolo. Per le sole Aziende oggetto della riorganizzazione del sistema emergenza urgenza di cui alla DGR 4967/2013 i contingenti del 2013 sono al netto delle autorizzazioni previsti nella citata DGR. 2. Flussi informativi relativi ai dati del Personale : rispetto della completezza, qualità e coerenza dei dati trasmessi. Saranno valutati per tutti i flussi regionali e ministeriali : Fluper - anno 2013, Conto Annuale - esercizio 2012, Relazione al Conto	1. Il confronto tra il totale complessivo dei contingenti del personale dipendente (con esclusione dei tempi determinati assunti per sostituzioni a vario titolo) alla data del 31.12.2012 e al 31.12.2013 risulta il seguente: <u>personale del comparto:</u> - dipendenti al 31.12.2012: 1920,67 - dipendenti al 31.12.2013: 1918,14 <u>personale della dirigenza:</u> -dipendenti al 31.12.2012: 430,52 -dipendenti al 31.12.2013: 429,45 <u>Totale:</u> -dipendenti al 31.12.2012: 2351,19 -dipendenti al 31.12.2013: 2347,59 Con riferimento al personale sia del comparto che della dirigenza, si conferma il rispetto dei contingenti, in riduzione rispetto all'anno 2012. Obiettivo raggiunto al 100%. 2. Le scadenze relative ai flussi regionali e ministeriali di competenza sono state rispettate, secondo quanti di seguito riportato per ogni singolo flusso: - Fluper flussi A e B relativi al IV trimestre 2012: i

		Annuale - esercizio 2012, Monitoraggio congiunturale trimestrale "Allegato CE"- anno 2013 la completezza dei dati, la qualità degli stessi nonché la reciproca coerenza dei dati contenuti nei diversi flussi compresi i flussi contabili. In particolare saranno oggetto di valutazione: - richieste di riapertura dei flussi per correzione di dati precedentemente trasmessi e valutazione complessiva e degli errori contenuti nei dati trasmessi; - incongruenze rilevate in sede di verifica e controllo della coerenza dei dati contenuti nei diversi flussi.	flussi sono stati pubblicati sul portale Fluperweb in data 27/3/2013 (scadenza 31.03.2013); - Fluper flussi A e B relativi al 1°, 2° e 3° trimestre 2013: i flussi sono stati pubblicati sul portale Fluperweb: il 1° e 2° trimestre in data 29/08/2013 (scadenza 31.08.2013), mentre il 3° trimestre in data 29/11/2013) scadenza prevista 30.11.2013. La scadenza per l'invio del 4° trimestre è fissata nel 28 febbraio 2014; - Fluper flusso C anno 2012: il flusso è stato pubblicato sul portale Fluperweb in data 29/8/2013 (scadenza 31/8/2013); trattandosi di flusso annuale, non erano previsti ulteriori invii al 31.12.2013. - Conto annuale – esercizio 2012: inviato sul portale Fluperweb il 17.06.2013 (scadenza 17.06.2013) – il flusso è stato certificato in data 5/9/2013. - Relazione allegata al conto annuale – esercizio 2012: inviato sul portale ministeriale SICO il 6.05.2013 (scadenza 6.05.2013); il flusso risulta certificato dall'organo di controllo in data 7/5/2013 - Monitoraggio congiunturale trimestrale "allegato CE" – anno 2012: è stato effettuato l'invio del IV° trimestre 2012 sul portale SICO in data 31.01.2013 (scadenza 30.01.2013); - Monitoraggio congiunturale trimestrale "allegato CE" – anno 2013: è stato effettuato sul portale SICO l'invio del I trimestre 2013 in data 30.04.2013 (scadenza 30.04.2013), del II° trimestre 2013 in data 31.07.2013 (scadenza prevista 31.07.2013) e del III trimestre 2013 in data 31.10.2013 (scadenza prevista 31.10.2013). L'invio del IV° trimestre 2013
--	--	---	--

		3. Rispetto del budget complessivo assegnato per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato. Sarà valutato il rispetto del budget assegnato con decreto del Direttore Generale Salute (al netto delle quote assegnate da AREU). In particolare saranno monitorati i flussi contabili: Bilancio di Previsione 2013 e le certificazioni trimestrale/prechiusura 2013. 4. Rispetto delle disposizioni relative alla spesa dei contratti di consulenza e atipici (collaborazioni coordinate e continuative, incarichi libero professionali). Verrà valutato il rispetto di quanto previsto nella Circolare attuativa delle Regole 2013 - Nota protocollo H1.2012.0036178/2012 attraverso il monitoraggio dei flussi contabili: Bilancio di Previsione 2013 e le certificazione trimestrale/prechiusura 2013. In particolare la spesa complessiva dell'anno 2013, dei contratti sopra detti non potrà comunque superare quella del 2012.	è previsto per il 31.01.2014. Ad oggi non sono state segnalate incongruenze relative ai flussi inviati, da parte degli organi competenti. Obiettivo raggiunto al 100% 3. I costi del personale indicati nel Bilancio di previsione 2013 (€ 120.972.000) rispettano quanto previsto dal decreto di assegnazione n. 752 del 4.02.2013. Il rispetto di tale costo è stato certificato anche nei rendiconti del primo e secondo trimestre. Con decreto di assestamento n. 9725 del 25.10.2013 il tetto del costo del personale è stato ridefinito in € 120.254.000 determinato sulla base del reale andamento dei costi stessi ed ha rappresentato il nuovo costo di pre-chiusura del III CET 2013, che è stato confermato anche in sede di IV certificazione trimestrale. Obiettivo raggiunto al 100% 4. Si è proceduto alla compilazione della "Tabella di ricognizione dei tempi determinati e contratti atipici" per il rispetto delle disposizioni relative alla riduzione della spesa. La tabella è stata inviata con il Bilancio Economico Preventivo 2013, con il Bilancio d'esercizio 2012 e con il CET I, II, III e IV trimestre 2013. In particolare, con riferimento alla voce Consulenze sanitarie si precisa quanto segue: - I CET 2013: la tabella evidenziava un incremento della voce "consulenze sanitarie" pari a € 100.000,00 rispetto ai dati di consuntivo 2012 in relazione al conferimento di due nuovi incarichi libero professionali a medici in servizio presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero Oglio Po necessari per evitare il rischio di interruzione di
--	--	--	---

			pubblico servizio, certificato dal Direttore Generale e validato dal Collegio Sindacale; -II CET 2013: la tabella evidenziava un incremento della voce "consulenze sanitarie" pari a € 151.000,00 rispetto ai dati di consuntivo 2012 in relazione, oltre a quanto indicato nel I CET, al conferimento di un nuovo incarico a un medico in servizio presso l'UO di Medicina Generale del POOP necessario per evitare il rischio di interruzione di pubblico servizio, certificato dal Direttore Generale e validato dal Collegio Sindacale; -III CET 2013: la tabella metteva in evidenza una netta riduzione dell' incremento tra l'anno 2013 e l'anno 2012 con un delta pari ad € 46.000,00 per la conclusione di alcuni incarichi (Biologa presso il Servizio di Prevenzione e protezione, Medico presso U.O. di ORL, Medico c/o la U.O. Pediatria). -IV CET 2013: la rendicontazione evidenziava un'ulteriore diminuzione della spesa rispetto al III CET con una differenza rispetto ai dati di consuntivo 2012 della voce "consulenze sanitarie" pari ad €. 35.000,00, derivante dall'impossibilità del venir meno di alcuni incarichi necessari per evitare il rischio di interruzione di pubblico servizio, certificato dal Direttore Generale e validato dal Collegio Sindacale. Per quanto riguarda invece la voce "Contratti atipici (collaborazioni coordinate e continuative)" la tabella ha evidenziato per l'anno 2013 il rispetto delle disposizioni emanate dalle Regole di sistema 2013, in quanto la spesa per contratti atipici non ha superato l'importo relativo all'anno 2012. Obiettivo raggiunto al 100%.
--	--	--	--

cdi	costi	ricavi	Totale	QUALITATIVI	TOTALE
D103-Medicina Generale POOP	20%	10%	30%	70%	100%
D104-Oncologia POC	10%	10%	20%	70%	90%
D105-Terapia del dolore e cure palliative con hospice POC	10%	10%	20%	70%	90%
D106-Dermatologia POC	20%	0%	20%	70%	90%
D107-Malattie infettive POC	20%	10%	30%	70%	100%
D108-Ematologia POC	20%	10%	30%	70%	100%
D109-Medicina Generale POC	20%	10%	30%	70%	100%
D110-POC - Endoscopia digestiva Aziendale	20%	10%	30%	70%	100%
D201-Cardiologia UTIC POC	10%	10%	20%	70%	90%
D202-Cardiologia UTIC POOP	10%	10%	20%	70%	90%
D203-Nefrologia Dialisi Aziendale	20%	10%	30%	70%	100%
D204-Neurologia POC	20%	10%	30%	62%	92%
D205-Pediatria UTIN POC	10%	10%	20%	70%	90%
D206-Pediatria POOP	20%	0%	20%	70%	90%
D207-Pneumologia POC	20%	10%	30%	70%	100%
D208-POC - medicina del lavoro	10%	10%	20%	80%	100%
D209-Patologia neonatale con UTIN POC	20%	10%	30%	70%	100%
D301-Pronto soccorso POC	10%	9%	19%	70%	89%
D302-Pronto Soccorso POOP	10%	10%	20%	70%	90%
D303-Terapia Intensiva POC	20%	0%	20%	80%	100%
D304-Anestesia analgesia e medicina perioperatoria POC	20%	10%	30%	70%	100%
D305-Anestesia rianimazione POOP	20%	0%	20%	71%	91%
D308-Terapia del Dolore POOP	0%	0%	0%	64%	64%
D401-Chirurgia generale - toracica POOP	20%	10%	30%	64%	94%
D402-Chirurgia Generale POC	20%	10%	30%	63%	93%
D403-Chirurgia Vascolare POC	20%	10%	30%	64%	94%
D404-Neurochirurgia POC	20%	10%	30%	63%	93%
D405-Ortopedia POC	20%	10%	30%	62%	92%
D406-Ortopedia POOP	20%	10%	30%	64%	94%
D407-ORL POC	20%	10%	30%	62%	92%
D408-Urologia POC	20%	10%	30%	63%	93%
D409-Oculistica POC	20%	10%	30%	61%	91%
D410-Ostetricia Ginecologia POC	16%	10%	26%	66%	92%
D411-Ostetricia Ginecologia POOP	10%	10%	20%	65%	85%
D412-Breast Unit POC	10%	10%	20%	70%	90%
D501-Radiologia Diagnostica per Immagini POC	20%	10%	30%	70%	100%
D502-Radiologia Diagnostica per Immagini POOP	10%	10%	20%	70%	90%
D503-Radioterapia e medicina nucleare POC	20%	10%	30%	70%	100%
D601-Laboratorio Analisi POC	10%	10%	20%	70%	90%

cdi	costi	ricavi	Totale	QUALITATIVI	TOTALE
D602-Laboratorio analisi POOP	10%	10%	20%	70%	90%
D603-SIMT POC	20%	10%	30%	70%	100%
D605-Anatomia Patologica POC	20%	10%	30%	63%	93%
D606-Citogenetica POC	10%	10%	20%	70%	90%
D701-UOP 25 Casalmaggiore	20%	10%	30%	70%	100%
D702-UOP 29 Cremona	10%	10%	20%	70%	90%
D703-UONPIA Aziendale	20%	0%	20%	70%	90%
D802-Riabilitazione Specialistica Aziendale	20%	0%	20%	70%	90%
D901-POC - direzione medica	20%	0%	20%	74%	94%
D902-POOP - direzione medica	20%	0%	20%	76%	96%
D904/D905-STAFF - farmacia aziendale	10%	10%	20%	78%	98%
DS07-Psicologia Clinica Aziendale	10%	10%	20%	80%	100%
AM01-Affari generali e legali	20%	0%	20%	80%	100%
AM02-Risorse umane e relazioni sindacali	20%	0%	20%	80%	100%
AM03-Economico-finanziaria	20%	0%	20%	80%	100%
AM04-Provveditorato-economato	20%	0%	20%	80%	100%
AM05-Tecnico-patrimoniale	20%	0%	20%	80%	100%
AM06-Direzione amministrativa poop	20%	0%	20%	80%	100%
AM07-Direzione amministrativa poc	20%	0%	20%	80%	100%
DA03-Area a pagamento	0%	0%	20%	80%	100%
D903-Poliambulatorio specialistico territoriale	20%	0%	20%	80%	100%
D906-fisica sanitaria	20%	0%	20%	80%	100%
D907-ingegneria clinica	20%	0%	20%	80%	100%
DG02-SIA	20%	0%	20%	80%	100%
DG03-Ufficio controllo di gestione	20%	0%	20%	80%	100%
DG04-Ufficio qualità	20%	0%	20%	80%	100%
DG05-ufficio formazione	20%	0%	20%	80%	100%
DG06-servizio prevenzione e protezione	20%	0%	20%	80%	100%
DG07-Ufficio comunicazione e relazioni con il pubblico	20%	0%	20%	80%	100%
DS03-medicina legale	20%	0%	20%	80%	100%
DS04-SITRA aziendale	20%	0%	20%	80%	100%
SITPOOP-SITRA POOP	20%	0%	20%	80%	100%