

# AZIENDA OSPEDALIERA

## OSPEDALE DI CIRCOLO DI BUSTO ARSIZIO

21052 BUSTO ARSIZIO - Piazzale Prof. G. Solaro, 3  
(D.P.G.R. n. 70625 del 22.12.1997)

### DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

000535      30.06.2015  
|-----|-----|  
N°                      DATA

adottata ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., della L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i. e della D.G.R. n. IX/1104 del 23 dicembre 2010

#### OGGETTO:

PIANO DELLE PERFORMANCE 2012-2013-2014 RELAZIONE ANNO 2014.

PRESA D'ATTO.

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i., di attuazione della L. n. 15 del 4.3.2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

Visto in particolare l'art. 10, c. 1 lett. A) del citato decreto che 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 c.2 lett. D) di redigere annualmente un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance;

Richiamate le indicazioni regionali di cui alla nota prot. H1.2011.0037249 relative all'applicazione delle Regole di sistema per l'esercizio 2012, adottate con DGR 2633 del 6.12.2011;

Viste le Linee guida regionali in ordine al "Sistema di misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde" trasmesso dalla DGS Lombardia nella Conferenza dei Direttori Generali del 26.1.2012 con le quali vengono fornite indicazioni operative per la stesura del piano della performance;

Richiamate le deliberazioni:

- n. 318 del 31/05/2012 di adozione del Piano delle Performance aziendale per l'anno 2012 e di successiva pubblicazione sul sito internet aziendale nella sezione

# AZIENDA OSPEDALIERA

## OSPEDALE DI CIRCOLO DI BUSTO ARSIZIO

21052 BUSTO ARSIZIO - Piazzale Prof. G. Solaro, 3  
(D.P.G.R. n. 70625 del 22.12.1997)

- “Valutazione, trasparenza e merito” e trasmissione alla Direzione Generale Sanità Regione Lombardia e all’O.I.V. regionale;
- n. 531 del 08/08/2013 di presa d’atto e approvazione della Relazione sul Piano delle Performance per l’anno 2012 e di successiva pubblicazione sul sito internet aziendale e di trasmissione all’O.I.V. regionale e alla CIVIT;
  - n. 872 del 16.12.2013 di adozione dell’aggiornamento del Piano delle Performance aziendale per gli anni 2012-2013-2014, con riserva di integrazione sulla base dell’emanazione delle regole di Regione Lombardia per l’anno 2014 e che lo stesso è stato regolarmente pubblicato sul sito aziendale [www.aobusto.it](http://www.aobusto.it);
  - n. 609 del 30.06.2014 di adozione del secondo aggiornamento del Piano delle Performance aziendale per gli anni 2012-2013-2014 e che lo stesso è stato regolarmente pubblicato sul sito aziendale [www.aobusto.it](http://www.aobusto.it);
  - n. 610 del 30.06.2014 di presa d’atto e approvazione della Relazione sul Piano delle Performance per l’anno 2013 e di successiva pubblicazione sul sito internet aziendale;
  - n. 295 del 14.4.2015 di individuazione, tra l’altro, della dott.ssa Sarah Pino, Dirigente Amministrativo a tempo indeterminato - Responsabile della Struttura Semplice “Controllo di Gestione”, quale referente aziendale che, in collaborazione con la Direzione Strategica aziendale, gestisca ogni opportuna azione volta a dare adempimento alle prescrizioni di cui all’art. 15 del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i., con particolare riferimento alla relazione dei documenti di cui all’art. 10 del citato decreto “Piano della Performance e Relazione sulla Performance”;

Dato atto che il Referente Aziendale, Dott. Sarah Pino, ha predisposto la Relazione sul Piano delle Performance 2014;

Richiamato il verbale n. 11/2015 del Nucleo di Valutazione delle prestazioni, acquisito agli atti d’ufficio, dal quale si evince che l’Azienda ha presentato al Nucleo la Relazione sul Piano delle Performance anno 2014 in cui vengono riportate le otto aree di analisi e per singolo obiettivo il grado di performance raggiunto;

che dal citato verbale risulta altresì che la Relazione sulle performance 2014 una volta approvata dovrà essere inviata all’O.I.V. regionale, all’ANAC e pubblicata sul sito aziendale;

Vista l’attestazione di regolarità dell’istruttoria, assenza di oneri a carico del Bilancio dell’Azienda e legittimità del presente provvedimento espressa dalla Dott.ssa Sarah Pino – Referente Aziendale delle Performance di cui alla proposta pervenuta in data 29.6.2015, registrata al progressivo n. 588 ed acquisita agli atti della S.A. Segreteria Affari Generali e Legali,

Ritenuto per quanto sopra esposto di prendere atto ed approvare la Relazione sul Piano delle Performance per l’anno 2014 allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

# AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE DI CIRCOLO DI BUSTO ARSIZIO

21052 BUSTO ARSIZIO - Piazzale Prof. G. Solaro, 3  
(D.P.G.R. n. 70625 del 22.12.1997)

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

DELIBERA

1° - per quanto esposto in premessa, di prendere atto e approvare la Relazione sul Piano delle Performance per l'anno 2014 allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

2° - di dare mandato ai competenti uffici, come previsto dalla normativa vigente, di pubblicare permanentemente la Relazione sul Piano della Performance 2014 sul sito internet aziendale, nonché di trasmettere i citati documenti all'O.I.V. regionale e alla ANAC;

3° - di dare atto che la presente deliberazione è immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 18, comma 9, della L.R. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dr. Armando Gozzini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Elisabetta Fabbrini)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dr. Roberto Cosentina)



Azienda Ospedaliera  
Ospedale di Circolo di Busto Arsizio  
Busto Arsizio Saronno Tradate

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

Allegato alla deliberazione N° 535 del 30 GIU. 2015



Il DIRETTORE GENERALE  
(Dr. Armando Gozzini)

# Relazione Piano delle Performance 2014

**APPROVATA CON DELIBERAZIONE N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**

COPIA IN PUBBLICAZIONE



Azienda Ospedaliera  
Ospedale di Circolo di Busto Arsizio  
Busto Arsizio Saronno Tradate

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

Relazione piano performance 2014

## INDICE

1. *Valutazione delle performance anno 2014*

2. *Valutazione servizi all'utenza anno 2014*

COPIA IN PUBBLICAZIONE





## **1) Valutazione performance anno 2014**

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" ha approvato il Piano delle Performance con delibera n.609 del 30/06/2014 secondo quanto previsto dal d.lgs. 150/2009 e s.m.i. in materia di trasparenza, misurazione e valutazione delle performance organizzative ed individuali delle aziende pubbliche, dando altresì attuazione alle indicazioni regionali in base alle quali le aziende e le istituzioni sanitarie definiscono annualmente un Piano delle Performance.

Nella stesura del Piano delle Performance l'Azienda Ospedaliera ha declinato le strategie in performance gestionali annuali definendo obiettivi e indicatori per la misurazione.

Gli obiettivi e gli indicatori suddivisi in otto aree di intervento coerenti sia alle strategie aziendali sia alle strategie e alla programmazione regionale sono stati oggetto di monitoraggio periodico, i risultati finali raggiunti sono positivi.

Le strategie dichiarate dall'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio" erano le seguenti:

- orientamento per l'anno 2014 ad una gestione volta al miglioramento dei livelli qualitativi dell'assistenza, mantenimento dei livelli quantitativi nella erogazione delle prestazioni sanitarie definiti con la ASL ed all'ottimizzazione degli aspetti organizzativi e gestionali
- investimento di rinnovamento tecnologico e strutturale ed ampliamento dell'offerta mediante il miglioramento dell'accesso ai servizi
- ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili per creare margini produttivi sulle aree per le quali la domanda supera l'offerta, a migliorare l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure
- integrazione delle varie fasi del processo diagnostico terapeutico quale fattore rilevante al fine di garantire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle cure di conseguenza nel soddisfare la richiesta di salute e benessere degli assistiti
- il principio alla base di una corretta ed efficiente gestione di un'entità pubblica in una logica aziendalistica, ovvero il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario.



Di seguito vengono riportate le aree di analisi e per singolo obiettivo il grado di performance raggiunto.

### **1) Miglioramento accesso ai servizi**

**Obiettivo:** Predisposizione di scheda per la registrazione della domanda e l'effettuazione del triage per i pazienti adolescenti in emergenza urgenza

**Indicatore:** Definizione, sperimentazione e rendicontazione trimestrale del numero di schede compilate

Nel corso del 2014 si è proceduto alla predisposizione della scheda per la registrazione della domanda e l'effettuazione del triage per i pazienti adolescenti in emergenza urgenza in condivisione con le UO Provinciali. Si è proceduto alla sperimentazione della scheda e alla compilazione di 120 schede nell'anno

**Obiettivo:** Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con DLgs 33/2013

**Indicatore:** Puntualità e completezza dell'invio dei dati relativi alle prestazioni oggetto del monitoraggio regionale. Rispetto degli obblighi di trasparenza secondo le disposizioni ANAC. Adempimento alle indicazioni richieste dalla DGR 1796 del giorno 8/05/2014

I dati relativi alle prestazioni oggetto di monitoraggio sono stati inviati con completezza e puntualità secondo le indicazioni regionali.

Sono stati pubblicati i tempi di attesa, costantemente aggiornati nel corso dell'anno, per le prestazioni oggetto di monitoraggio periodico con il riferimento dei tempi massimi di attesa nonché il dato relativo agli interventi chirurgici.



## 2) Miglioramento dei livelli qualitativi/appropriatezza dell'assistenza

**Obiettivo:** Continuazione attività della Breast Unit Aziendale

**Indicatore:** Calendarizzazione ed effettuazione di almeno 3 incontri entro il 31/12/2014

Sono stati effettuati incontri sia di carattere organizzativo di perfezionamento e miglioramento del percorso del paziente con tumore alla mammella sia di tipo clinico per la valutazione multidisciplinare dei casi aziendali.

**Obiettivo:** riduzione parti cesarei

**Indicatore:** % dei parti cesarei su totale parti

La % di ricorso al parto cesareo viene considerata accettabile per valori inferiori al 25%.

L'azienda Ospedaliera di Busto Arsizio complessivamente sui tre Presidi detiene un numero di circa 2.900 parti.

La percentuale dei parti cesarei nell'anno 2014 è stata pari al 16,5% per il Presidio di Busto Arsizio; 22,1 % per il Presidio di Saronno e del 15,7% per il Presidio di Tradate .

Di conseguenza l'Azienda si attesta positivamente a livelli inferiori rispetto allo standard del 25%.

**Obiettivo:** Definizione di protocolli e percorsi diagnostici, terapeutici ed organizzativi a livello aziendale o di singola Unità Operativa

**Indicatore:** Predisposizione documenti entro il 31/12/2014

Sono stati sottoposti a stesura o a revisione i seguenti protocolli-linee guida:

- Definizione protocollo diagnostico terapeutico del nodulo singolo della tiroide
- Protocollo per la profilassi e la terapia dell'infezione da HBV nel paziente in trattamento con immunosoppressori





- Protocollo violenza, costruzione indicatore di verifica e applicazione
- Definizione protocolli con radiologia e laboratorio analisi per tipologie di pazienti che si presentano in PS
- Definizione protocollo mobilitazione precoce del paziente in Terapia Intensiva
- Protocollo Aziendale "profilassi antitromboembolica in Ostetricia"
- Definizione protocollo aziendale sulla riabilitazione precoce in stroke unit
- Protocollo aziendale "Gestione clinica della Sindrome Nefrosica"
- Protocollo Aziendale "Gestione ipotiroidismo congenito"

### **3) Continuità delle cure**

**Obiettivo:** Continuazione attività Centro Aziendale per la Diagnostica e Terapia delle Tireopatie

**Indicatore:** Continuazione attività

Sono stati programmati incontri per la messa a regime del Centro Aziendale per la Diagnostica e Terapia delle Tireopatie volti alla definizione di azioni per la presa in carico e cura del paziente affetto da tale patologia

**Obiettivo:** Definizione protocollo diagnostico del nodulo singolo della tiroide

**Indicatore:** Definizione protocollo entro il 31/12/2014

Nell'ottica di continuazione dell'attività del Centro Aziendale per la Diagnostica e Terapia delle Tireopatie è stato predisposto un protocollo multidisciplinare e interaziendale. Alla stesura hanno partecipato unità operative chirurgiche, mediche, oncologiche e i servizi di supporto.

### **4) Integrazione dell'azienda all'interno del sistema sanitario regionale**

**Obiettivo:** Attuazione della DGR 1185/2013 attraverso la predisposizione e attuazione del Piano Integrativo per il Miglioramento dell'Organizzazione.

**Indicatore:** Adempimenti alle indicazioni richieste dalla DGR 1796 del 08/05/2014



➤ **Predisposizione attuazione del Piano di Miglioramento dell'Organizzazione**

Sono state recepite le linee guida regionali presentate da Regione Lombardia e si è provveduto alla nomina del RSqP aziendale per ogni struttura sia dell'area sanitaria che tecnico-amministrativa. Si è provveduto alla strutturazione di uno specifico corso di formazione ed è stato delineato il piano di miglioramento integrato dell'organizzazione (PIMO) con indicazioni sull'operatività per il raggiungimento dell'obiettivo al febbraio 2015.

A febbraio come previsto dalle linee guida regionali è stato trasmesso il PIMO.

➤ **Potenziamento della Rete ematologica Lombarda**

L'adesione alla rete REL regionale è stata garantita da questa azienda con l'attiva partecipazione a tutti gli incontri dei gruppi di lavoro relativi alle varie malattie ematologiche: mieloma, leucemia acuta e complicazioni infettive e mielodisplasie. Le finalità dei gruppi di lavoro sono la definizione di PDTA nonché l'organizzazione di studi clinici retrospettivi e prospettici in campo ematologico.

➤ **Potenziamento della rete Nefrologica Lombarda**

L'archivio RENE è stato compilato nel 100% dei casi.

Nell'anno 2014 i pazienti in dialisi peritoneale (comprensivi dei nuovi ingressi) sono stati complessivamente 44 rispetto ai 38 dell'anno 2013 con una percentuale di incremento pari al 15,79%.

Nel corso del 2014 è stato rispettato l'incremento del 30% dei nuovi pazienti inseriti in programma cronico di dialisi. Presso le strutture di nefrologia e dialisi ai pazienti naive viene prescritta eritropoietina biosimilare.

E' stata garantita la partecipazione dei referenti per i trapianti al percorso di formazione regionale EUPOLIS.

E' stato rispettato l'incremento con una percentuale del 28% dei pazienti iscritti nei programmi speciali delle Nefrologie Centro Trapianti.



Per quanto riguarda il programma di trapianto rene da vivente in azienda è stata attuata una forte sensibilizzazione inviando al Centro Regionale Trapianti tutti i pazienti idonei.

➤ **Avvio e potenziamento Rete Stroke**

Si conferma il pieno utilizzo dell'archivio regionale STROKE. Il 100% delle schede dei casi di ictus dimessi sono state correttamente compilate.

Presso la stroke unit aziendale sono stati gestiti l'80% dei casi di ictus acuto e il 5% dei casi di ictus ischemico sono stati trattati con fibrinolisi.

I dati aziendali confermano l'allineamento alla percentuale regionale del 25% dei casi di primo episodio di ictus che effettuano entro 15 gg dalla data di accettazione un ricovero in riabilitazione.

Nell'80% dei casi i pazienti dimessi eseguono un controllo clinico o neuro-radiologico entro i 6 mesi dalla dimissione.

➤ **Potenziamento rete STEMI**

Il registro STEMI viene debitamente compilato.

A livello aziendale i PDTA vengono correttamente applicati e si conferma il raggiungimento dei target definiti a livello regionale per gli indicatori di seguito riportati:

- IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore : 30% dei casi
- Door to Balloon: 90% dei casi entro 90 minuti
- % dei soggetti con infarto miocardico acuto in doppia terapia antiaggregante con una compliance terapeutica adeguata (80% della dose teorica) nei sei mesi successivi alla dimissione : 80% dei casi dimessi.

➤ **Incremento donazioni e trapianti**

Il numero di donatori multi organo anno 2014 è stato pari a 9, nel 2013 sono stati 7.

E stata pubblicata l'istruzione operativa per il prelievo multi tessuto da cadavere ed e' stato eseguito un prelievo multi tessuto in corso di prelievo a cuore battente.



Il numero dei donatori di cornee risulta superiore al 10% dei decessi in ospedale e il numero dei donatori di tessuti ossei da vivente risulta superiore del 15,65%.

Il debito informativo regionale con uso del programma donor Action/ donor manager risulta pienamente rispettato.

### **5) Investimento di rinnovamento tecnologico e strutturale**

**Obiettivo:** Piano investimenti: rispetto delle indicazioni regionali sugli investimenti ai sensi del Dlgs n.118/2011.

**Indicatore:** Rispetto budget trasversale investimenti. Adempimenti alle indicazioni richieste dalla DGR 1796 del 08/05/2014.

L'azienda ha provveduto al costante monitoraggio degli investimenti effettuati con l'effettuazione di rendicontazioni periodiche trasmesse agli uffici regionali.

Tale monitoraggio è stato effettuato al fine di garantire il limite di finanziamento concesso e il rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in termini di investimenti

### **6) Ottimizzazione degli aspetti organizzativi e gestionali**

**Obiettivo:** Incremento di un ulteriore 10% della spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2013

**Indicatore:** Valore acquisti centralizzati/aggreati > 10% anno 2013

Il valore degli acquisti effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate per l'anno 2014 risulta pari a 31.418.678,77 euro. L'incremento rispetto all'anno 2013 è stato pienamente raggiunto essendo il valore delle gare aggregate 2013 pari a 28.005.000 con una percentuale pari al 12,19%.



## 7) Evoluzione progetto CRS-SISS

L'obiettivo si proponeva il consolidamento del fascicolo sanitario elettronico (FSE) attraverso il mantenimento e l'incremento della pubblicazione dei domini centrali della documentazione sanitaria prodotta (referti di laboratorio, referti ambulatoriali, referti di pronto soccorso, referti di radiologia e lettere di dimissione).

**Obiettivo:** Utilizzo carta SISS per "lettera dimissione"

**Indicatori:** Numero lettere di dimissioni su repository/numero dimessi (ordinari/DH)

L'obiettivo declinato per singola unità operativa con una percentuale maggiore del 90% ha portato ad un numero di lettere di dimissioni firmate digitalmente pari 31.897 in incremento rispetto al 2013 pari a 30.341. Tali valori hanno consentito il raggiungimento dell'obiettivo regionale assegnato all'Azienda pari a 31.000.

**Obiettivo:** Verbali di PS firmati con carta SISS

**Indicatori:** Numero di verbali PS firmati con carta SISS

Il numero verbali firmati digitalmente nel 2014 sono stati 128.220 il target regionale era fissato a 129.000.

**Obiettivo:** Radiologia e Laboratorio - firma digitale per referti Interni ed Esterni

**Indicatori:** Numero di referti per interni ed esterni validati con carta SISS

Il numero referti di radiologia e laboratorio per esterni firmati digitalmente nel 2014 sono stati 348.072. Tutti i referti per esterni sono stati firmati digitalmente.

Il numero di referti per interni non rappresentano obiettivo regionale ma l'obiettivo aziendale attribuito è stato raggiunto al 100%.



## 8) Equilibrio economico finanziario

L'obiettivo economico consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato su un coerente rapporto tra gli effettivi ricavi e i costi aziendali.

L'equilibrio economico-finanziario di sistema viene garantito mediante la definizione e il monitoraggio di un rapporto costi - ricavi per ogni singola entità organizzativa.

**Obiettivo:** Valore della produzione per attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e psichiatria in linea con il contratto ASL

**Indicatore:** Rispetto dei valori di produzione definiti in budget

L'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio nell'anno 2014 ha garantito alla propria utenza un livello prestazionale in termini di ricovero e attività ambulatoriale superiore a quanto definito in sede di negoziazione contrattuale con la ASL di Varese.

L'azienda nell'anno 2014 ha erogato attività di ricovero pari a 123.760.923.

Il livello di finanziamento dell'attività ambulatoriale anno 2014 è stato pari a 52.301.000 euro a fronte di un 2013 pari a 51.536.638 euro, in incremento di circa 750.000 mila euro rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda l'attività di Psichiatria l'azienda ha prodotto un valore di prestazioni pari a 4.677.008 euro nel 2013 e 4.896.292 euro nel 2014.

L'attività di NPI al netto dei progetti è stata pari a 1.810.369 nel 2013 e di 1.866.639 nel 2014

I valori di attività sono tutti in linea con quanto definito in budget.

**Obiettivo:** Costi per beni di consumo coerenti all'attività erogata

**Indicatori:** Rispetto dei livelli di consumo per beni sanitari definiti in budget



Azienda Ospedaliera  
Ospedale di Circolo di Busto Arsizio  
Busto Arsizio Saronno Tradate

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

*Relazione piano performance 2014*

La Direzione Strategica, considerando il controllo ed il governo della gestione e della spesa dei beni e servizi quali elementi cardine di una corretta, efficace ed efficiente gestione di una azienda sanitaria e del suo bilancio, ha intrapreso nell'anno azioni sia di ordine organizzativo che di governo dei servizi e della spesa.

Tali attività hanno consentito di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato e i limiti di costo definiti a livello regionale.

COPIA IN PUBBLICAZIONE





### Sintetico valutazione obiettivi

	<b>Obiettivo Aziendale</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valutazione</b>
<b>Miglioramento accesso ai servizi</b>	Predisposizione di scheda per la registrazione della domanda e l'effettuazione del triage per i pazienti adolescenti in emergenza urgenza	Definizione, sperimentazione e rendicontazione trimestrale del numero di schede compilate	☺
	Interventi di miglioramento e trasparenza dei tempi di attesa in attuazione di quanto stabilito con DGR 1775/2011 e con DLgs 33/2013.	Puntualità e completezza dell'invio dei dati relativi alle prestazioni oggetto del monitoraggio regionale. Rispetto degli obblighi di trasparenza secondo le disposizioni ANAC. Adempimento alle indicazioni richieste dalla DGR 1796 del giorno 8/05/2014	☺
<b>Miglioramento dei livelli qualitativi/appro- priatezza dell'assistenza</b>	Continuazione attività della Breast Unit Aziendale	Calendarizzazione ed effettuazione di almeno 3 incontri entro il 31/12/2014	☺
	Riduzione incidenza parti cesarei	% parti cesarei su totale parti	☺
	Definizione di protocolli e percorsi diagnostici, terapeutici ed organizzativi a livello aziendale o di singola Unità Operativa	Predisposizione documenti entro il 31/12/2014	☺
<b>Continuità delle cure</b>	Definizione protocollo diagnostico del nodulo singolo della tiroide	Definizione protocollo entro il 31/12/2014	☺
	Continuazione attività Centro Aziendale per la Diagnostica e Terapia delle Tireopatie	Continuazione attività	☺
<b>Integrazione dell'azienda all'interno del sistema sanitario regionale</b>	Attuazione della DGR 1185/2013 attraverso la predisposizione e attuazione del Piano Integrativo per il Miglioramento dell'Organizzazione	Adempimenti alle indicazioni richieste dalla DGR 1796 del 08/05/2014	☺





<b>Investimento di rinnovamento tecnologico e strutturale</b>	Piano investimenti: rispetto delle indicazioni regionali sugli investimenti ai sensi del Dlgs n.118/2011.	Rispetto budget trasversale investimenti. Rispetto budget trasversale investimenti. Adempimenti alle indicazioni richieste dalla DGR 1796 del 08/05/2014	☺
<b>Ottimizzazione degli aspetti organizzativi e gestionali</b>	Incremento di un ulteriore 10% della spesa effettiva attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2013	Valore acquisti centralizzati/aggregate >10% anno 2013	☺
<b>Evoluzione progetto CRS-SISS</b>	Utilizzo carta SISS per "lettera dimissione"	Numero lettere di dimissioni su repository/numero Dimessi (ordinari e DH)	☺
	Verbali di PS firmati con carta SISS	Numero verbali di PS firmati con carta SISS	☹
	Radiologia e Laboratorio - firma digitale per referti Interni ed Esterni	Numero di referti per interni ed esterni validati con carta SISS	☺
<b>Equilibrio economico finanziario</b>	Valore della produzione per attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e psichiatria in linea con il contratto ASL	Rispetto dei valori di produzione definiti in budget	☺
	Costi per beni di consumo coerenti all'attività erogata	Rispetto dei livelli di consumo per beni sanitari definiti in budget	☺

I risultati positivi che emergono dalla relazione sugli obiettivi oggetto di monitoraggio delle performance sono stati conseguiti mediante un costante supporto e continui monitoraggi sia degli aspetti organizzativi sia di tipo economico individuati come aree strategiche per l'azienda.

Il raggiungimento non pieno ma del 99,3% dell'obiettivo legato al numero di verbali di PS firmati con carta SISS, in una situazione di crescente carico assistenziale dei PS dei tre presidi, con un incremento del numero di accessi rispetto all'anno 2013, può considerarsi positivo.



## 2) Valutazione servizi all'utenza anno 2014

Per l'anno 2014, come previsto nel piano delle performance, sono state avviate o potenziate le attività sotto riportate:

### Area Cardiologica

- Garantire maggiore accessibilità all'utente delle prestazioni specialistiche e diagnostiche della branca cardiologica mediante il presidio della riorganizzazione degli ambulatori presso il Presidio di Busto Arsizio avviata negli anni precedenti. Il numero di prestazioni ambulatoriali cardiologiche (escluso PS) sono in linea con le prestazioni anno 2013

### Area Materno-Infantile

- Effettuazione parto analgesia h24 sul Presidio di Busto Arsizio
- Raccolta di sangue cordonale. Il numero di sacche raccolte per l'Azienda Ospedaliera nell'anno 2014 sono state 128.
- Continuazione attività pediatrica dedicata all'"enuresi notturna" presso il presidio di Saronno
- Continuazione attività pediatrica a favore di bambini da "Adozioni Internazionali" presso il Presidio di Tradate
- Continuazione attività dell'ambulatorio del puerperio presso i tre Presidi Ospedalieri
- Continuazione attività di screening audiologico e visivo sui nati
- La % dei parti in analgesia presso il Presidio Ospedaliero di Busto è stato nel 2014 pari al 38,7% di gran lunga superiore al 10% prefissato.
- Presso il Presidio di Tradate si è proceduto all'attivazione del parto in sedazione con protossido di azoto.



- Presso il presidio di Tradate sono attivi gli ambulatori di infertilità di coppia e uro ginecologia.
- La carta dei servizi relativi aziendali è stata predisposta e pubblicata sul sito aziendale

#### Area Oncologica

- sono proseguite le attività volte alla presa in carico del paziente oncologico sia attraverso il potenziamento della breast unit e del centro aziendale della tireopatia.

I dati di customer satisfaction dell'anno 2014 rilevano un livello di soddisfazione medio alto sia sull'area di indagine della degenza sia degli ambulatori.

Emerge un sostanziale mantenimento del livello di soddisfazione dell'utenza rispetto al 2013.

I dati relativi alla customer satisfaction anno 2014 sono disponibili sul sito aziendale nell'area "informazioni, eventi, sapevi che?".

535

30 GIU. 2015

Allegato alla deliberazione N° \_\_\_\_\_



DIRETTORE GENERALE  
Dr. Antonio Lombardi