

# Piano della Performance dell'ASST di Crema

## triennio 2019-2021



---

# INDICE DEI CONTENUTI

## INTRODUZIONE

Il Piano della Performance: struttura e finalità	Pag. 2
--	--------

## L'AZIENDA

ASST di Crema: cenni descrittivi dell'assetto organizzativo aziendale	Pag. 5
Il contesto demografico di riferimento	Pag. 7
La performance gestionale e l'attuale posizionamento nel panorama regionale	Pag. 10

## PIANO DELLA PERFORMANCE 2019 - 2021

Efficienza nella gestione	Pag. 13
Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza	Pag. 15
Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza	Pag. 17
Accessibilità alla struttura	Pag. 19
Attività di risk management	Pag. 21
Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione	Pag. 22

---

# IL PIANO DELLA PERFORMANCE

## Struttura e Finalità

### Premessa: genesi del documento e riferimenti normativi

Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione.

Le amministrazioni pubbliche infatti devono adottare, in base a quanto disposto dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi.

Il Piano pertanto costituisce l'atto che dà avvio al ciclo della performance (pianificazione – misurazione – valutazione – monitoraggio – rendicontazione) e mira ad essere uno strumento di comunicazione degli obiettivi di miglioramento che un'Azienda Pubblica ha scelto di perseguire in un determinato orizzonte temporale. Il Piano si inserisce quindi nel periodico processo aziendale di pianificazione e programmazione degli obiettivi di miglioramento, costituendone una rappresentazione sintetica, redatta in un formato comprensibile e rivolto ad utenti esterni all'azienda.

In coerenza con le risorse assegnate, nel presente documento sono riportati gli obiettivi, gli indicatori ed i valori target su cui si baserà la misurazione e la rendicontazione della performance, esplicitando di fatto anche le strategie aziendali attuate al fine di assicurare la qualità e la continuità di lungo periodo dei servizi erogati. In particolar modo per un'Azienda Ospedaliera di diritto pubblico, la performance deve essere intesa come la capacità di rispondere ai diversi interessi ed attese dei soggetti che sono direttamente o indirettamente coinvolti nelle attività svolte dell'Azienda: pertanto, un Piano della Performance adeguato deve tenere in considerazione sia l'esito dell'attività svolta dalla propria Azienda, sia il modo in cui esso viene percepito e compreso dai vari portatori di interesse.

### La scelta dell'orizzonte temporale

Sin dalla prima stesura di questo documento, l'allora A.O. di Crema aveva deciso di redigere il Piano focalizzandone i contenuti su un orizzonte temporale annuale, al fine di fornire esplicita evidenza alle azioni previste per l'anno di competenza ed agli obiettivi operativi ad esso correlati; le diverse edizioni del Piano peraltro richiamavano quanto effettuato nel corso dell'anno precedente attraverso gli indicatori di monitoraggio degli obiettivi in essi contenuti o attraverso la riproposizione degli stessi obiettivi anno dopo anno garantendo, in questo senso, una importante continuità contenutistica alle varie edizioni del documento.

A partire dall'anno 2016 tuttavia, l'ASST di Crema ha deciso di redigere il proprio Piano della Performance in discontinuità con quanto effettuato nel passato, strutturandolo *ab origine* lungo un orizzonte temporale triennale. Questa scelta, supportata dalle considerazioni relative alla continuità contenutistica sopra espresse, è stata implementata anche al fine di dare attuazione ad una duplice finalità:

- 1) garantire, a livello logico e metodologico, il completo rispetto dell'orizzonte temporale suggerito all'interno del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009;
- 2) garantire, a livello contenutistico, di poter disporre di uno strumento in grado di seguire l'evoluzione organizzativa e strutturale dell'Azienda sanitaria di Crema che, nel rispetto di quanto previsto dalle norme di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, attraversa nel periodo in esame la progressiva e completa transizione da "Azienda Ospedaliera" ad "Azienda Socio-Sanitaria Territoriale".

---

Tale scelta, ritenuta metodologicamente solida, è stata mantenuta anche per il periodo 2019-2021.

### Le fonti e lo stile

Il Piano della Performance è stato redatto attingendo a tutte le fonti informative disponibili, a livello aziendale e regionale (portali, norme e documenti resi disponibili alle aziende sanitarie) utilizzate dalla ASST, al fine di dare concreta rappresentazione del reale percorso di identificazione delle priorità operative e degli strumenti necessari al loro monitoraggio. Ciò, si è reso necessario anche per la molteplicità di aspetti gestionali da tenere in considerazione, molto differenti tra loro anche per contenuti e caratteristiche (produzione di prestazioni sanitarie, efficacia delle cure, efficienza nella gestione dei fattori produttivi, qualità percepita e accessibilità dell'Azienda).

Lo stile utilizzato per la descrizione di questi temi è stato scelto, volutamente, quanto più possibile lontano dai tecnicismi propri del settore sanitario (per quanto ovviamente possibile) al fine di garantire ad un'ampia molteplicità di lettori la comprensibilità di quanto riportato e discusso, come peraltro previsto nelle finalità intrinseche di questo documento. Escludendo quindi alcune specificità tipiche di aspetti normativi o professionali che caratterizzano il settore sanitario e che non sono "semplificabili" a livello stilistico, il Piano della Performance mira a garantire un alto livello di comprensibilità e di diffusione tra i vari stakeholder dell'ASST di Crema.

### Struttura e contenuti

A livello compositivo, nella redazione del Piano sono stati tenuti in considerazione sia gli indirizzi forniti dall'O.I.V. regionale in appositi incontri realizzati nei primi mesi dell'anno 2013 (che hanno permesso di garantire chiarezza sulla tipologia di struttura attraverso la quale redigere il documento, sulla modalità di esposizione e trattazione dei contenuti e, in generale, per garantire una migliore adeguatezza rappresentativa complessiva) sia, chiaramente, quanto richiamato all'interno del Decreto Legislativo 150/2009. Inoltre, il presente Piano costituisce una evoluzione della precedente versione, realizzata per il periodo 2016-2018. In questo senso, richiamando proprio gli indirizzi dell'O.I.V. regionale per la redazione del presente documento citati in precedenza, si esplicita che per la redazione del presente Piano sono stati rispettati i quattro seguenti presupposti:

- logica di integrazione: gli strumenti di misurazione e valutazione della performance organizzativa dovranno essere sempre letti in ottica integrata con il sistema di valutazione della performance individuale nonché con il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" (articolo 13, comma 6, lettera e), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150);
- coerenza: il sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere adottato in coerenza con quanto definito nei documenti aziendali (es. Documento di Programmazione, POAS, Risk management, etc.) e nel budget aziendale;
- enfasi sull'orientamento al lungo periodo già intrinseco al concetto stesso di "Piano" della Performance, che porta al superamento di una visione strettamente annuale del presente documento, orientato invece ad un arco temporale di più ampio respiro;
- iso-risorse: con l'intento di evitare la creazione di una sovrastruttura, si rimanda ai principi contenuti nel D. Lgs 150/2009, secondo cui l'introduzione di un sistema di valutazione e misurazione della performance deve avvenire considerando solo e soltanto le risorse disponibili nonché gli attuali strumenti strategici e manageriali già in essere nelle aziende sanitarie (processo interno di riallocazione di risorse).

A livello strutturale, nell'intento di fornire una concreta rappresentazione della multidimensionalità relativa all'attività erogata da un'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale e delle linee guida citate, si è optato per il mantenimento della suddivisione dei diversi obiettivi in sei distinte categorie (aggiornate, in numero,

---

rispetto alla versione 2016-2018 per una più adeguata rappresentazione dell'evoluzione aziendale), anche con l'intento di aumentare la chiarezza espositiva nella lettura e nella rendicontazione. Tali categorie sono:

- efficienza gestionale;
- processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza;
- efficacia, appropriatezza, qualità dell'assistenza;
- accessibilità alla struttura;
- attività di risk management;
- attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione.

La scelta delle categorie è stata studiata al fine di permettere il monitoraggio di tutte le dimensioni di maggiore rilevanza e di pubblico interesse e per consentire una ampia rappresentazione della performance di un'azienda sanitaria pubblica, esplicitando risultati relativi all'efficacia delle cure, all'efficienza nell'utilizzo delle risorse impiegate, all'economicità ed all'equità di accesso ai diversi servizi.

Gli obiettivi che comporranno ciascuna categoria saranno proposti (in numero non uniforme tra le diverse categorie) attraverso una struttura tabellare che, oltre a garantire notevole chiarezza, permette di mantenere le stesse caratteristiche nella descrizione di ogni singolo obiettivo: la dimensione di performance, la descrizione, i riferimenti normativi, l'indicatore utilizzato per il monitoraggio ed i riferimenti per la determinazione del valore target per una valutazione della performance; ogni obiettivo pertanto presenta un'adeguata contestualizzazione e risulta di immediata comprensibilità anche per un lettore poco esperto di temi legati al settore sanitario. Come le categorie, anche gli obiettivi sono lievemente variati rispetto alla precedente versione del Piano, al fine di garantire piena rappresentatività dell'operatività dell'Azienda nella sua periodica evoluzione gestionale ed organizzativa.

Una struttura così definita assicura inoltre una adeguata rappresentazione della performance in quanto esplicita la modalità di definizione per ciascun obiettivo all'interno della categoria di riferimento. Da ultimo, un ulteriore vantaggio di questo modello consiste nella immediata verificabilità nella pertinenza degli obiettivi che l'Azienda si pone rispetto ai bisogni della collettività e della loro capacità di determinare un significativo miglioramento dei servizi erogati. Non da ultimo, struttura ed obiettivi hanno trovato approvazione anche dalla Direzione Strategica aziendali.

Gli obiettivi riportati nel Piano trovano poi successiva coerente traduzione operativa, attraverso formulazioni e diciture appositamente declinate, nei prospetti di programmazione di budget annuali.

### [La collaborazione con il Nucleo di Valutazione Aziendale](#)

Nella progettazione e nella definizione della struttura e dei contenuti del presente documento sono stati fondamentali i contributi forniti dal Nucleo di Valutazione Aziendale che, attraverso puntuali suggerimenti e definendo opportune linee di indirizzo, fornisce un solido supporto metodologico all'Azienda in tutte le fasi legate al processo di programmazione e di valutazione.

In conclusione, attraverso il presente documento l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema ha inteso esplicitare gli aspetti di particolare interesse per la valutazione del proprio andamento complessivo nel periodo preso in considerazione, evidenziando aspetti gestionali e sanitari che rappresentano misure di sintesi rappresentative di processi di più ampia portata. Ciò è stato implementato sia nel rispetto delle vigenti normative in tema di trasparenza dell'attività delle pubbliche amministrazioni, sia nel rispetto delle indicazioni del management dell'ASST, che con questo documento coglie l'occasione per mostrare solide basi nell'area della pianificazione, maturate negli anni a diversi livelli di progettualità sia di lungo periodo (nel perseguimento degli obiettivi regionali) sia di breve periodo (nella loro traduzione annuale in strumenti di programmazione aziendali quali il ciclo budget) e nell'area della valutazione della performance fornita.

---

## ASST DI CREMA

### Cenni descrittivi dell'assetto organizzativo aziendale

La Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale, che svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute dei cittadini e della collettività, ufficialmente costituita con decorrenza 1° gennaio 2016 con DGR X/4496/2015 a cui ha fatto seguito il Decreto Direttore Generale Welfare n. 11962 del 31 dicembre 2015 avente per oggetto le prime determinazioni in merito al trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO.

L'assetto organizzativo aziendale si fonda sul modello organizzativo di natura dipartimentale, in coerenza con le indicazioni normative nazionali e regionali in tema di struttura ed organizzazione delle aziende sanitarie ed al fine di garantire il governo clinico delle prestazioni erogate e di assicurare una attenta gestione amministrativa e finanziaria.

Il funzionamento dell'ASST è disciplinato dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con la A.S.L. e la Regione.

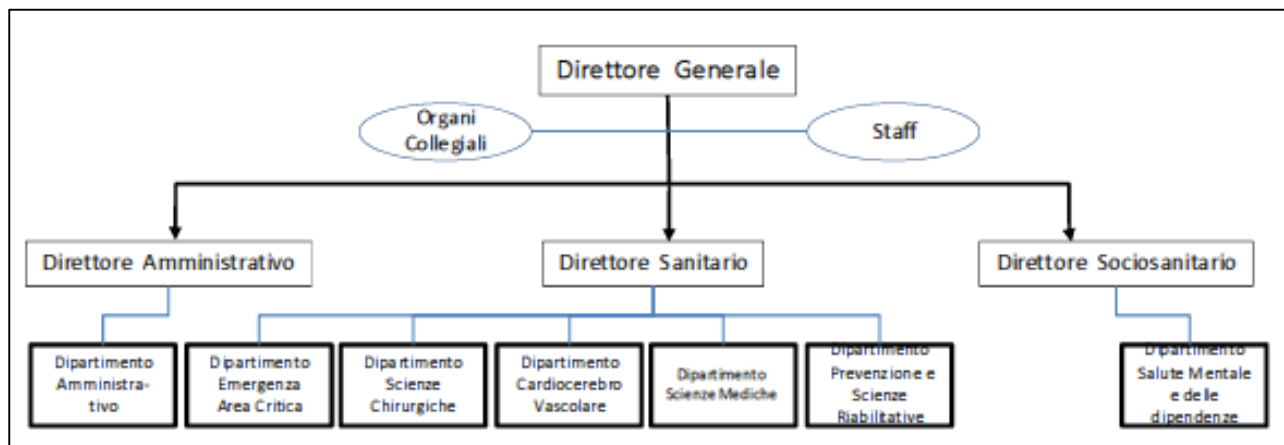
In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

- all'individuazione di modelli organizzativi che prediligono la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze;
- a dotarsi di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;
- all'adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna;
- alla ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio;

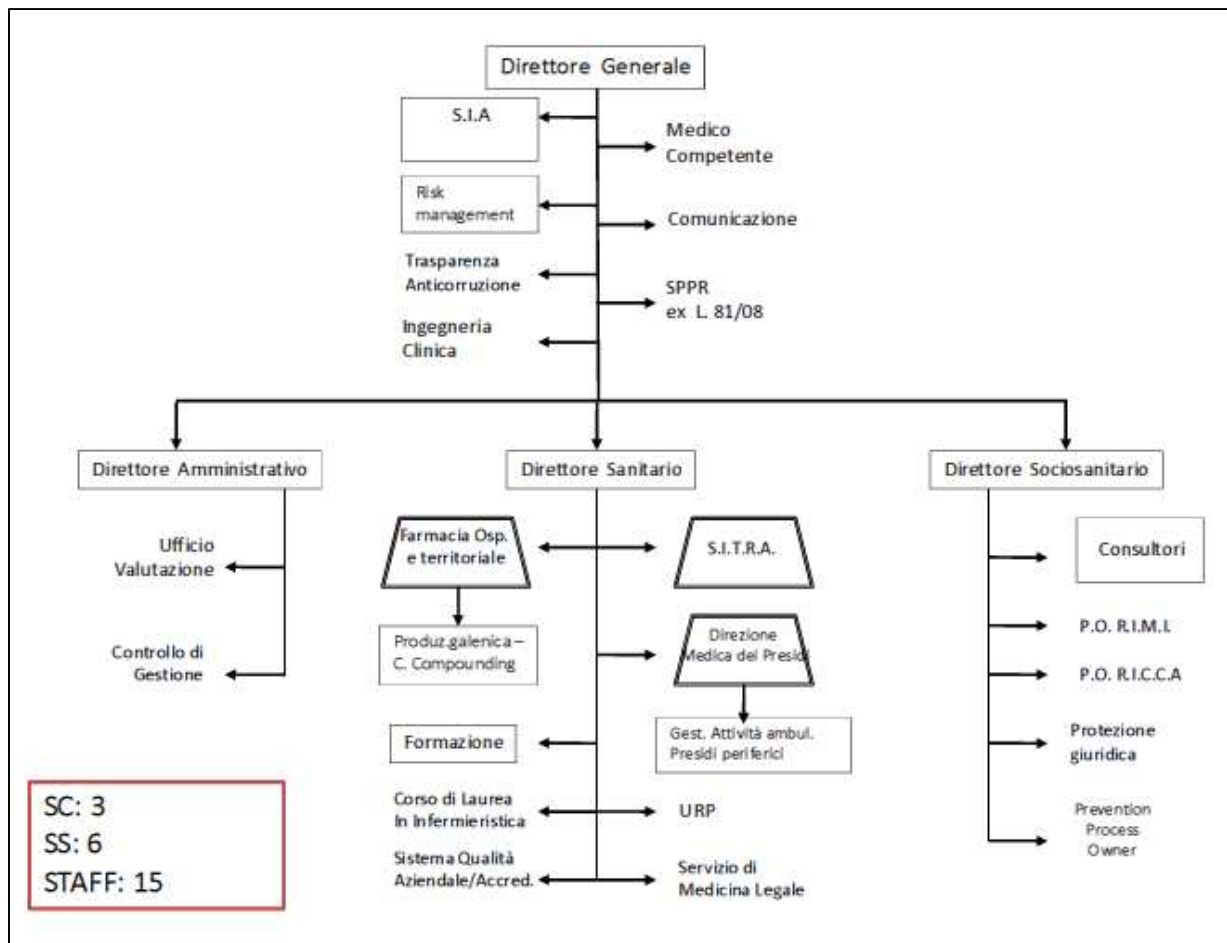
Su tali principi l'azienda ha redatto ed inviato entro i tempi previsti il POAS.

Il POAS è stato autorizzato dalla Giunta Regionale e recepito con deliberazione aziendale n. 208 del 29/06/2017.

Di seguito, tramite un apposito grafico, si riporta uno schema dell'assetto organizzativo Dipartimentale aziendale:



e, tramite il grafico alla pagina seguente, una rappresentazione dell'articolazione degli staff alle Direzioni:



L'attività sanitaria erogata dall'ASST di Crema è articolata attraverso le seguenti strutture:

- Presidi Ospedalieri di Crema (acuti) e Rivolta d'Adda (riabilitazione)
- U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Crema
- U.O. di Psichiatria (SPDC e Centro Psico Sociale di Crema)
- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza di Crema
- Appartamenti di Residenza leggera di Rivolta d'Adda
- Presidio Sanitario Cure Sub Acute di Soncino
- Poliambulatori di Crema e Rivolta (presso le sedi ospedaliere), Castelleone e Soncino
- Consultorio Familiare e Servizio Dipendenze di Crema
- Unità di erogazione di Vaccini di Crema
- Cure Palliative territoriali

L'ASST di Crema è inoltre parte della rete del soccorso sanitario in condizioni di emergenza urgenza, coordinata a livello regionale per l'ambito organizzativo e gestionale da AREU. L'ASST di Crema in particolare risulta essere un'articolazione dell'AAT di Cremona per il distretto territoriale di Crema: l'attività svolta coinvolge le aree dei mezzi di soccorso (base ed avanzati) ed un'attività di coordinamento con la centrale operativa, posta nell'ASST di Cremona; non è prevista attività di elisoccorso.

La dotazione dei posti letto per ricoveri ordinari acuti dell'ASST di Crema è sottodimensionata per rispondere alle necessità della popolazione di riferimento. Il fenomeno è il risultato di due azioni coincidenti e contrastanti:

- 
- azioni di efficientamento degli ospedali disposte dalle programmazioni nazionali e regionali che hanno determinato una contrazione delle risorse a cui l'azienda di Crema ha risposto oltre le aspettative;
  - incremento costante della popolazione del bacino di riferimento;

Il 2017 (ultimo dato disponibile) ha visto l'ulteriore decremento del tasso di ospedalizzazione (dal 109 per mille al 108,3 per mille abitanti), (che si riteneva quasi incompressibile). Sulla base dei dati della ASST si stima per il 2018 il consolidamento di tali valori atteso che il numero di ricoveri è rimasto sostanzialmente invariato. Nel solo Presidio di Crema i posti letto effettivi ordinari e day hospital sono 351 (al netto di posti letto chiusi per ristrutturazione, BIC, MAC, Sub Acuti e posti tecnici su 409 pl per acuti accreditati) pari ad un tasso di 2,01 posti per 1000 abitanti, decisamente inferiore al valore di 3/1000 stabilito dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012.

Inoltre, al fine di valutare il corretto dimensionamento dell'ASST rispetto ai suoi effettivi bisogni è tipico ricorrere all'utilizzo del Tasso di Ospedalizzazione e del Tasso di Posti letto per acuti. In questo senso:

- Il Tasso di ospedalizzazione del bacino di utenza negli anni si è ridotto significativamente ben al di sotto del limite nazionale di ricoveri del 160/100000 ab./anno; è pari al 108,3/100000 per i ricoveri acuti ordinari ed il 116,6/100000 se consideriamo tutti i ricoverati del distretto in qualsiasi ospedale (dati relativi all'anno 2017 ultimi disponibili). Questi tassi sono inferiori ormai ai tassi raggiunti da Regione Lombardia ed a livello Nazionale da molte regioni italiane (Report Ministero della Salute 2013);
- sull'onda di un fenomeno internazionale che ha coinvolto tutti i sistemi sanitari si è assistito ad una riduzione significativa del tasso dei posti letto per 1000 abitanti. In Italia l'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale prevede un tasso pari al 3 per mille ab. L'Italia ha un tasso pari al 3,60. Nel bacino di utenza della ASST di Crema attualmente si raggiunge un tasso pari a 2 posti letto per acuti per 1000 abitanti, che, anche se rapportati al saldo della mobilità attiva-passiva (fuga 40%, attivi 15%) è largamente al di sotto dello standard nazionale.

I dati proposti dimostrano che l'ASST di Crema ha raggiunto un buon livello di appropriatezza, sostenuto anche dai dati numerici presentati nei capitoli successivi, e che il perdurante e costante incremento demografico rappresenta ancora un fattore estremamente critico in grado di far saltare il delicato equilibrio raggiunto.

## **Il contesto demografico di riferimento**

Il bacino di utenza prevalente è l'Area Nord della Provincia di Cremona sostanzialmente corrispondente al distretto Socio-Sanitario di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona. La L.R. n.23/2015, infatti istituendo l'ASST di Crema, ha stabilito che l'ASST comprende il territorio e le relative strutture sanitarie e socio-sanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema: in tale ambito territoriale non rientra il territorio di Soresina.

I provvedimenti amministrativi conseguenti hanno confermato tale impostazione:

- il decreto DGS n. 7362 del 14/09/2015 nell'allegato A, alla scheda relativa all'ATS della Val Padana conferma la suddetta indicazione;
- la DGR n. X/4496 del 10/12/2015 avente per oggetto "Attuazione L.R. 23/2015: costituzione Azienda socio-sanitaria territoriale (ASST) di Crema" richiama e conferma l'ambito territoriale indicato nella L.R. n. 23/2015.

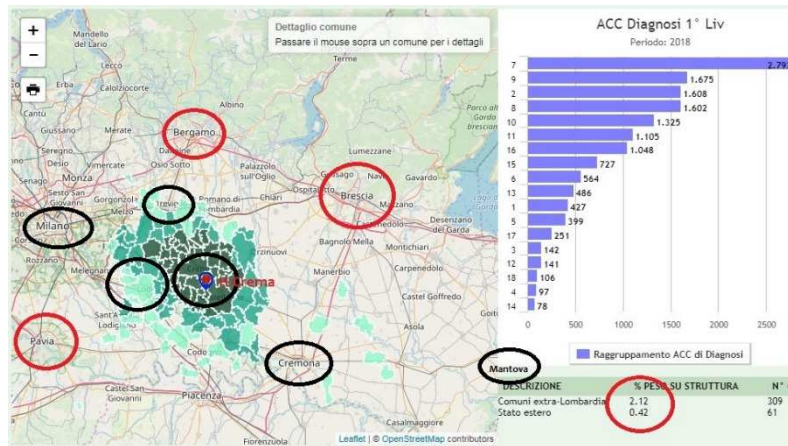
L'ASST di Crema pertanto ingloba la precedente AO di Crema (eccezion fatta per il distretto soresinese ceduto all'ASST di Cremona) e le attività erogative del distretto di Crema dell'ex ASL di Cremona (dal 01/01/2017 comprensive anche dell'attività di vaccinazione).



Il contesto demografico del Territorio della ASST di Crema riveste alcune peculiarità di rilievo ed interesse nella programmazione e realizzazione dei servizi sanitari.

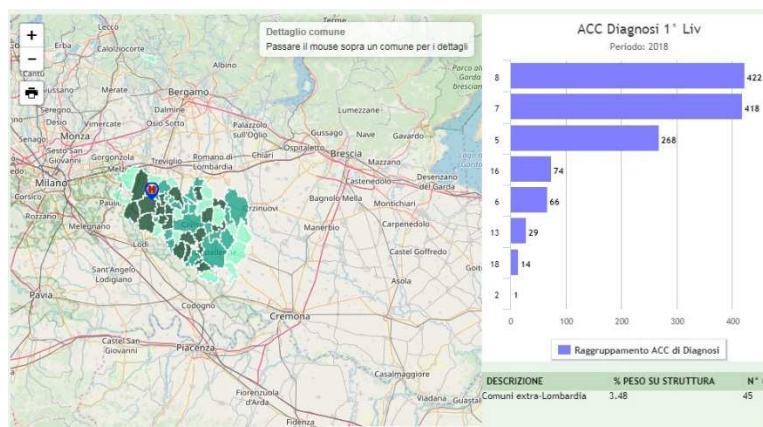
Infatti il territorio della ASST si identifica in buona sostanza con il Distretto di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona. Costituisce anche il naturale bacino di riferimento del Presidio Ospedaliero di Crema per i ricoveri acuti e delle altre strutture del Polo Ospedaliero per le componenti Riabilitative e Sub Acute come evidenziato nelle Figure seguenti:

**Fig. 1 – Bacino di utenza del Presidio di Crema - Ospedale per Acuti**

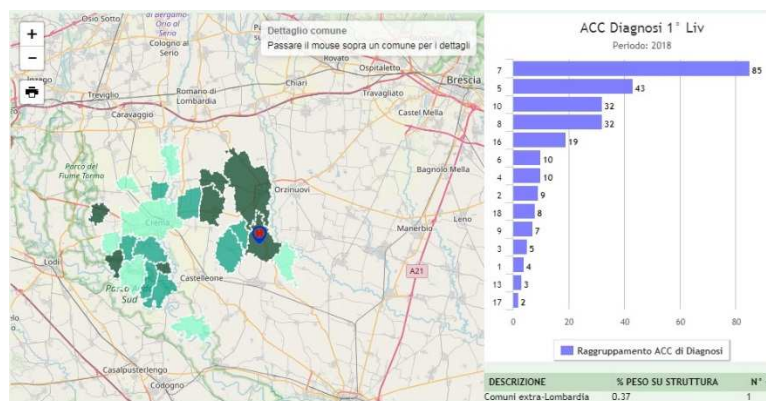


Nella figura sono evidenziati gli Ospedali intorno a Crema (in rosso gli HUB).

**Fig. 2 – Bacino di utenza del Presidio di Rivolta D’Adda - Presidio di Riabilitazione Specialistica**



**Fig. 3 – Bacino di utenza del Presidio Sub Acuti di Soncino**

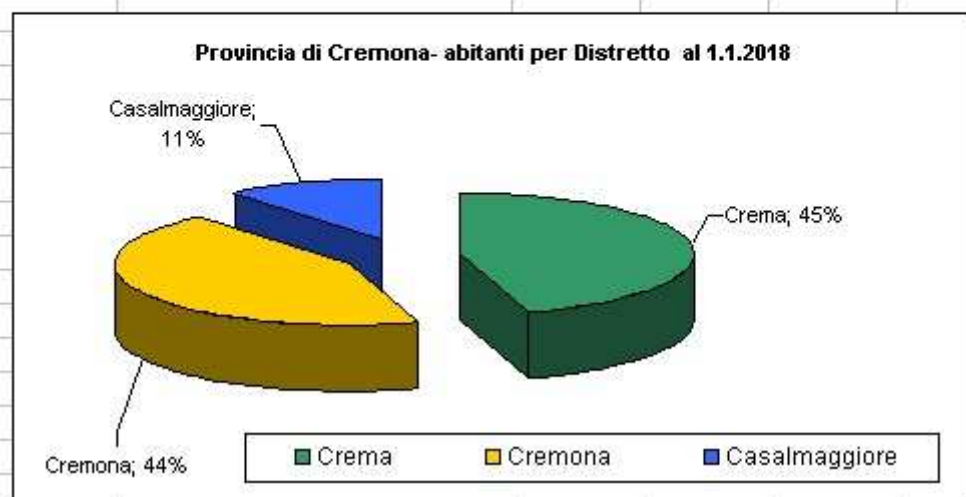


La situazione demografica della Provincia di Cremona si caratterizza per i seguenti elementi:

- Distretto più popoloso nell' ambito provinciale;
- posizione baricentrica dell'Ospedale Maggiore rispetto ai Comuni del Distretto;

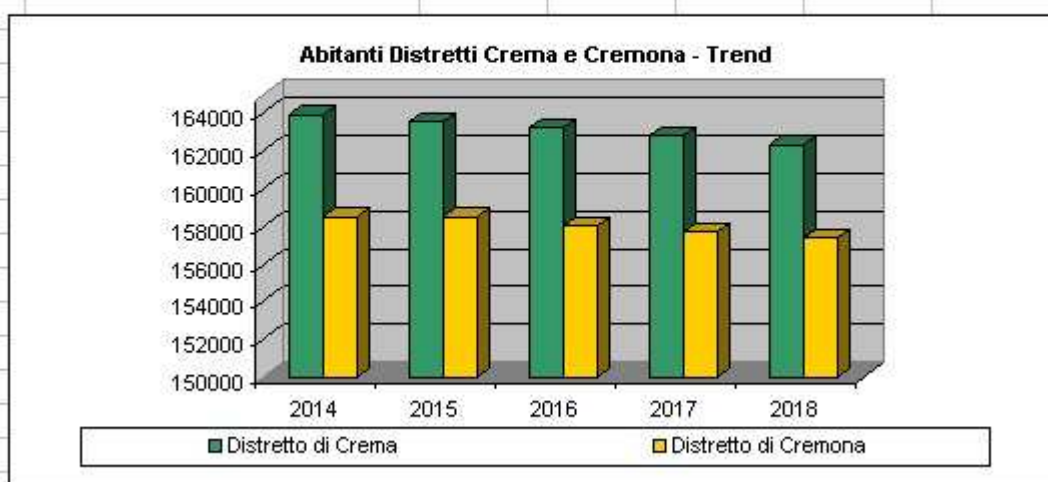
Provincia di Cremona- abitanti 1.1.2018			
Distretti	N° Comuni	Kmq	abitanti
Crema	48	572,95	162323
Cremona	47	833,17	157415
Casalmaggiore	20	364,45	38774

Fonte: Ammco Prov.le Cremona-<http://www.provincia.cremona.it/statistica/?view=Pagina&id=2361>



### Trend della popolazione nel distretto di Crema

	2014	2015	2016	2017	2018
Distretto di Crema	163935	163589	163223	162821	162323
Distretto di Cremona	158529	158503	158022	157709	157415



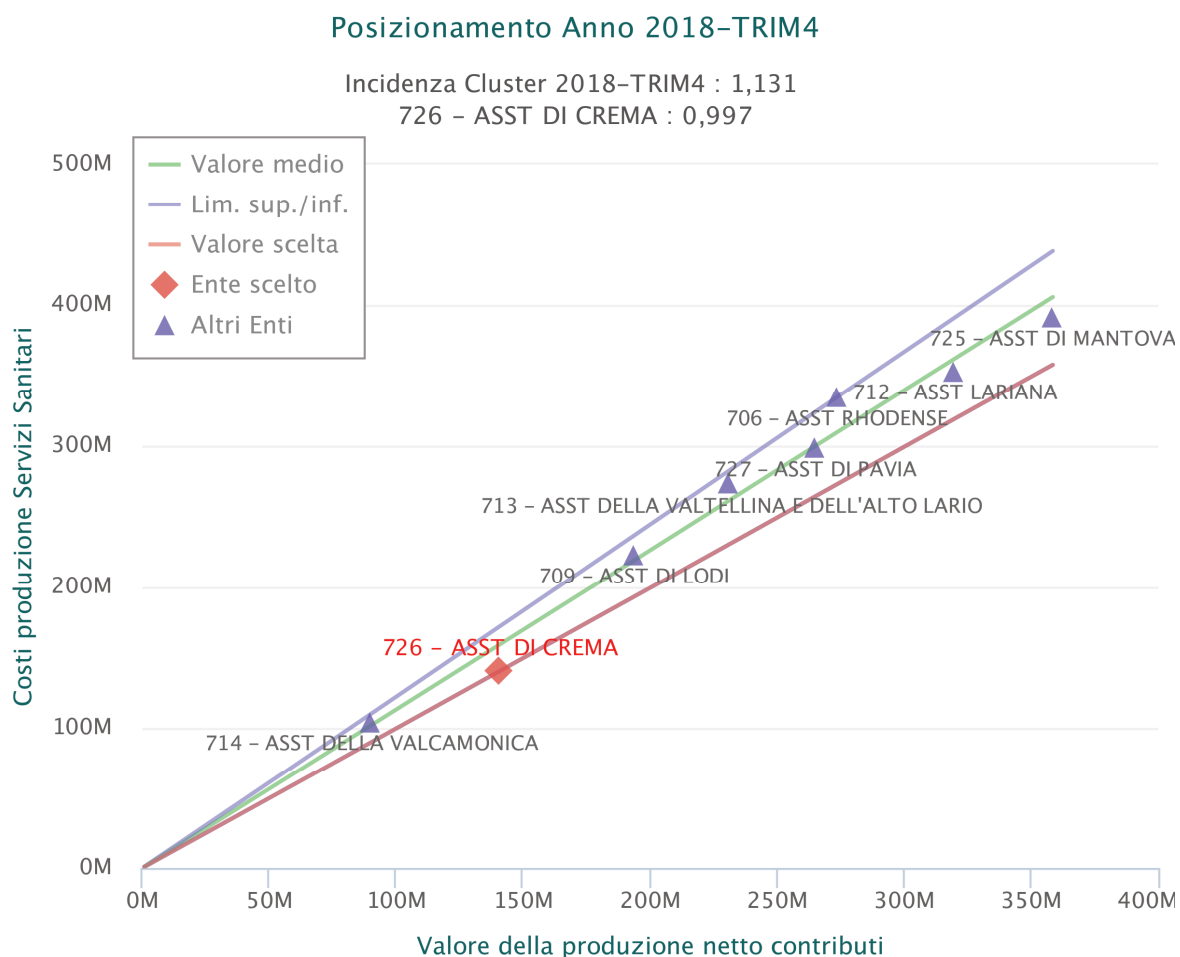
Fonte: Provincia di Cremona, demografia; <http://www.provincia.cremona.it/statistica/?view=Pagina&id=2961>

La popolazione registrata alla BDA (Banca Dati Assisiti risulta essere pari a 163.648).

Il lieve decremento della popolazione negli ultimi anni è meno pronunciato che negli altri distretti della Provincia cremonese (Crema -0,45%, Cremona -0,5%, Casalmaggiore -1,9%).

## La performance gestionale e l'attuale posizionamento nel panorama regionale

Al fine di dare rappresentazione della performance dell'ASST di Crema in area gestionale, si ricorre all'utilizzo della reportistica fornita da Regione Lombardia attraverso i cruscotti resi disponibili sul "portale" dedicato al Controllo di Gestione. Nella sezione descrittiva verranno anche fornite le chiavi di lettura per la corretta interpretazione dei dati presentati dai grafici.



Letture dei dati:

il grafico mostra il posizionamento di aziende relative al medesimo cluster, in una rappresentazione che compara i costi di produzione complessivi ed il valore della produzione (al netto dei contributi, comprendendo i ricavi da funzione).

EXCURSUS PER L'INTERPRETAZIONE DEI DATI

- tra i valori da posizionarsi sull'asse delle ascisse, sarebbe stato possibile selezionare il valore dei ricavi PSSR Rideterminato o i soli volumi produttivi (DO+DH+MAC): si è deciso di mantenere il valore complessivo della produzione al netto dei contributi in quanto rappresentativo della totalità dell'attività aziendale (esso infatti comprende anche ambulatoriale, subacuti, file f, cure palliative, tutte attività di assoluto rilievo nell'economia complessiva aziendale);
- i valori posizionati sull'asse delle ordinate saranno invece oggetto di variazione nel corso della trattazione, al fine di fornire una panoramica del nostro posizionamento soprattutto con particolare riferimento alle situazioni di maggiore criticità;
- la scelta delle aziende rientranti nel cluster di riferimento regionale non è un'opzione selezionabile, corrisponde ad una precisa scelta elaborata da Regione.

Il valore medio della performance delle aziende appartenenti al cluster è rappresentato in ogni grafico dalla riga centrale, di colore verde.

Nel grafico alla pagina precedente la nostra ASST è posizionata in corrispondenza della retta più bassa, corrispondente alla situazione di maggior efficienza: nel nostro caso infatti l'incidenza dei costi sulla produzione è la più bassa tra le aziende del cluster. In particolare, nel periodo 2017-2018 (2017 bilancio consuntivo, 2018 bilancio IV CET), la nostra azienda ha mostrato il seguente andamento:

Incremento dei costi: +1,66%

Incremento dei ricavi: +3,71%

**Da una prima, complessiva analisi quindi è possibile desumere un positivo livello di performance della nostra ASST.**

Attraverso la seguente rappresentazione è poi possibile approfondire il livello di conoscenza delle voci di costo che compongono i costi complessivi del bilancio aziendale. Le righe caratterizzate dal "quadrato verde" evidenziano un positivo posizionamento aziendale rispetto al panorama delle aziende prese a riferimento, mentre quelle di colore rosso o giallo evidenziano situazioni di crescente criticità.

SINTESI DEI RISULTATI ECONOMICI E DEI VOLUMI PRODUTTIVI						
		Incidenza Costi		Delta costi 2017-CONS /2018-TRIM4		
		Ente	Media Cluster	Euro	%	
Costi per la produzione dei Servizi Sanitari		1,00	1,13	✘	2.302.000	1,66
Costi del personale:		0,55	0,64	✘	1.522.000	2,02
.. Di cui costo fisso del personale:		0,40	0,46	✘	489.000	0,87
.. Di cui costo variabile del personale:		0,14	0,17	✘	1.033.000	5,33
Costo per i Beni:		0,18	0,22	✘	1.054.000	4,38
..di cui Costo per Beni Sanitari:		0,17	0,21	✘	1.101.000	4,72
..di cui Costo per Beni non Sanitari:		0,00	0,01	✔	-47.000	-6,52
Costo per i Servizi:		0,22	0,18	✔	-150.000	-0,49
..di cui Costo per Servizi Sanitari:		0,10	0,07	✘	42.000	0,31
..di cui Costo per Servizi non Sanitari:		0,12	0,11	✔	-192.000	-1,13

Legenda:

Incidenza bassa	Incidenza sotto la media cluster	Incidenza sopra la media cluster	Incidenza Elevata

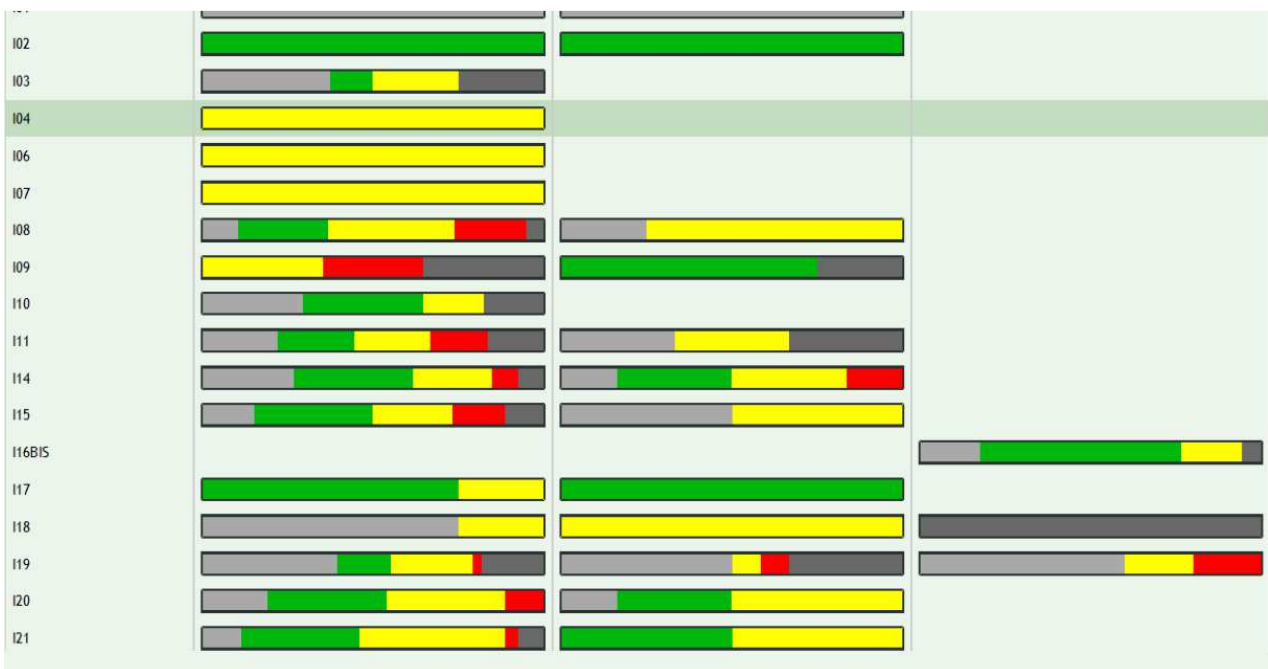
Nello specifico, per la nostra ASST è prioritario monitorare l'area dei costi per servizi, la cui incidenza è pari al 22% dei costi complessivi.

Per completezza, con riferimento anche agli indicatori proposti nelle pagine seguenti, si riporta una panoramica degli indicatori del cruscotto di Controllo di Gestione, attraverso l'immagine proposta alla pagina seguente:

L'elenco degli indicatori è di seguito proposto:

- I01 – costo consumo di materiale diagnostico (CND W) su fatturato di produzione
- I02 - costo Strumentario chirurgico (K, L) su numero DRG chirurgici e AMB chirurgica
- I03 - costo Materiali protesici (endoprotesi) su fatturato DRG con protesi
- I04 - Costo Materiali protesici (dispositivi impiantabili attivi) su fatturato DRG con protesi
- I05 - costo Farmaci su gg degenza
- I06 - Costo sala operatoria per 1.000 euro di fatturato chirurgico
- I07 - Costo sala operatoria per intervento
- I08 - Prestazioni per interni laboratorio per 1.000 euro di fatturato
- I09 - Prestazioni per interni radiologia per 1.000 euro di fatturato
- I10 - Prestazioni per interni anatomia patologica per 1.000 euro di fatturato

- I11 - Prestazioni per interni trasfusionale per 1.000 euro di fatturato
- I14 - Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato
- I15 - Costo Beni Sanitari per 1.000 euro di fatturato
- I16 - costo Personale Comparto Assistenza su gg degenza
- I16 bis - Costo Personale Comparto Assistenza per 1000 euro di fatturato poliambulatorio ospedaliero
- I17 - Costo Personale tecnico per 1.000 euro di fatturato Servizi
- I18 - Fatturato di Produzione per tecnico
- I19 - Fatturato di Produzione per medico
- I20 - Costo Medico per 1.000 euro di fatturato
- I21 - Costo Personale per 1.000 euro di fatturato



Il cruscotto deve essere analizzato nel rispetto delle seguenti chiavi di lettura:

- 1) il colore verde, indica la presenza di UU.OO. con un valore dell'indicatore inferiore al valore medio regionale; il colore giallo, indica UU.OO. con uno scostamento del +/- 10% dal valore medio regionale; il rosso, evidenzia UU.OO. che presentano una situazione di criticità rispetto al valore regionale (scostamento > 10%, in peggioramento);
- 2) La proporzione di ciascun colore sulla lunghezza totale dell'asta è direttamente proporzionale al numero di UU.OO. afferenti a quel colore;
- 3) il primo box di sinistra è il presidio di Crema, il secondo è il presidio di Rivolta d'Adda, il terzo è il "territorio".

La panoramica complessiva degli indicatori, pur individuando particolari situazioni in cui può essere opportuno porre attenzione al fine di migliorare il consumo dei fattori produttivi (sezioni "rosse") è tuttavia tale da restituire una situazione aziendale positiva e, nel complesso, assolutamente non critica.

---

**IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2019-2021**  
Gli obiettivi scelti per la rappresentazione della performance aziendale

**Efficienza nella gestione**

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento del livello di produzione da Contratto e comprensivo delle strutture territoriali
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare il rapporto tra il livello di produzione effettivamente erogato e quanto remunerabile da Regione Lombardia, indicato nel bilancio consuntivo. Un indicatore che presenta un valore di tale rapporto pari a 1 evidenzia che la Struttura è stata in grado di erogare tutta la produzione richiesta, un valore maggiore di uno indica una produzione anche superiore rispetto a quanto richiesto.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriale DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente
<b>INDICATORE</b>	Produzione effettiva (di prestazioni sanitarie) da tabelle regionali / Produzione prevista da Bilancio consuntivo
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Raggiungimento del 100% del valore di produzione previsto dai rispettivi contratti Per le UU.OO. del territorio (non a contratto e non riconosciute a bilancio): mantenimento del livello di produzione storica

<b>DENOMINAZIONE</b>	Andamento spesa farmaceutica in file F
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per l'attività di somministrazione e distribuzione farmaci attraverso il flusso file F. Un trend di crescita di tale indicatore evidenzia un crescente peso del costo per prodotti farmaceutici rispetto al valore ottenuto l'anno precedente e, in una più ampia accezione del termine di costo, può costituire anche una interessante proxy della crescita del costo dei servizi sanitari di cura al paziente
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente
<b>INDICATORE</b>	Costo Prodotti farmaceutici in file F / Importo di spesa autorizzato (consuntivo)
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target è, al massimo, il 100%, da intendersi come livello di spesa sostenuta pari al massimo al valore di spesa autorizzato da Regione

<b>DENOMINAZIONE</b>	Efficientamento del costo dei dispositivi medici
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per dispositivi medici rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo per service sanitari rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da ricontrattazioni del prezzo dei servizi richiesti o ad un più efficiente ricorso a tali servizi.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR dell'anno di competenza Bilancio consuntivo dell'anno di competenza Contratto sottoscritto con l'ATS territorialmente competente
<b>INDICATORE</b>	Costo dispositivi medici (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target dovrà essere calcolato come rapporto tra la spesa per dispositivi medici e la produzione erogata (dati estratti dal BPE e dal bilancio consuntivo) di ogni annualità

<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento del tasso di copertura vaccinale
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di presa in carico ed espletamento dell'attività vaccinale sul territorio di propria competenza.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza L.R. 23/2015
<b>INDICATORE</b>	Raggiungimento per la popolazione assegnata da parte della ATS per ciascuna delle percentuali di copertura di interesse regionale
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Le tipologie di vaccinazioni oggetto della presente rilevazione sono quelle di specifico interesse regionale, i cui target obiettivo sono definiti da Regione nell'ambito delle indicazioni sull'attività vaccinale annuale. In particolare, tali tipologie sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB)</li> <li>- Morbillo - Parotite – Rosolia</li> <li>- Pneumococco</li> <li>- Meningococco C</li> <li>- Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose</li> <li>- HPV femmine dodicenni</li> <li>- Influenza</li> </ul>

## Processi organizzativi e soddisfazione dell'utenza

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno aziendale dedicato alla formazione del proprio personale dipendente. L'importanza del mantenimento delle attività formative è da considerarsi la proxy di un indicatore di qualità dell'assistenza prestata, legata anche al periodico aggiornamento formativo specifico del personale dipendente negli ambiti operativi di propria competenza
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
<b>INDICATORE</b>	Ore formazione anno di competenza / Ore formazione anno precedente
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un range compreso tra un +/- 10% delle ore dedicate a tale attività nell'anno precedente

<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	La rilevazione di customer satisfaction è lo strumento utilizzato per sondare la percezione dei pazienti in termini di qualità percepita delle cure ad essi fornite; le indicazioni che se ne possono derivare quindi, benché potenzialmente influenzate da aspetti soggettivi, sono molteplici e relative sia ad aspetti organizzativi, sia ad aspetti relazionali. In funzione delle specifiche rilevazioni effettuate si è proceduto ad assegnare obiettivi di mantenimento/miglioramento della miglior performance ottenuta nell'anno precedente, utilizzato come riferimento.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza Regole annuali di Gestione dell'SSR
<b>INDICATORE</b>	Numero di questionari con valutazioni pari a 6 o 7 per la domanda "valutazione complessiva" / numero di questionari totali
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. Può essere di interesse, nella valutazione di questo indicatore, tenere conto anche del numero di questionari raccolti



<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento dell'attività di donazione
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare la capacità dell'Azienda di perseguire il processo di raccolta da donatore, volto a garantirsi un regime di autonomia nell'utilizzo delle risorse in questione (sacche di sangue/plasma e cornee) e di contribuire all'attività sanitaria della Regione nel rispetto dei quantitativi di interesse individuati a livello Regionale
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
<b>INDICATORE</b>	1) Rispetto del Piano Annuale di compensazione delle unità di Sangue 2) Numero donazioni di cornea / Numero decessi in ospedale
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target, per ciascuno dei due indicatori individuati, è espresso come segue: 1) numero unità raccolte anno corrente $\geq$ numero unità richieste da Piano AREU 2) Indicatore anno corrente / indicatore anno precedente $\geq$ 1,1 (salvo diversa specifica indicazione Regionale, potenzialmente variabile di anno in anno)

<b>DENOMINAZIONE</b>	Segnalazioni dei cittadini
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	La rilevazione delle segnalazioni dei cittadini costituisce uno strumento utilizzato per indagare, attraverso la percezione e le impressioni evidenziate dai pazienti, sia della qualità percepita delle cure ad essi fornite sia dell'efficacia dei percorsi assistenziali ed organizzativi messi in atto dall'Azienda per rispondere alle necessità dei cittadini; le indicazioni che se ne possono derivare quindi, benché potenzialmente affette da soggettività, sono molteplici e relative sia ad aspetti organizzativi, sia ad aspetti relazionali e costituiscono importanti spunti per il miglioramento o la eventuale riprogettazione dell'operatività di specifici settori aziendali
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza PIMO
<b>INDICATORE</b>	Andamento dei reclami e delle segnalazioni spontanee <ul style="list-style-type: none"> <li>• rilevazione del numero di reclami e segnalazioni</li> <li>• valutazione della variazione rispetto all'anno precedente</li> </ul>
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il non incremento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. Una riduzione di tale valore costituirà una performance positiva, soprattutto con riferimento ai reclami

## Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempestività di gestione delle fratture di femore
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del DWH Regionale. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
<b>INDICATORE</b>	Numero di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento $\leq 2$ giorni x 100 / numero di interventi per frattura di collo del femore
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 71% (Fonte Regione Lombardia) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
<b>INDICATORE</b>	N. parti con taglio cesareo primario / N. Parti totali
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale inferiore al 20% (Fonte Regione Lombardia o PNE) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
<b>INDICATORE</b>	Colecistectomie laparoscopiche: N. ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / N. ricoveri totali
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 70%, con uno scostamento ritenuto accettabile nell'intorno del +/- 2% (Fonte Regione Lombardia o PNE) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo rappresenta uno degli indicatori di qualità dell'assistenza prestata dal punto di vista sanitario. E' uno degli obiettivi di Mandato assegnati alle Direzioni Generali, ed è stato inserito anche all'interno del PNE. L'ottenimento di positivi valori di performance per questa categoria di indicatori evidenzia l'attenzione dell'Azienda, dal punto di vista assistenziale ed organizzativo, nel processo di presa in carico del paziente, assicurando la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento di cura.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza P.N.E. Piano Nazionale Esiti
<b>INDICATORE</b>	Infarto miocardico acuto: N. casi trattati con PTCA entro due giorni / N. casi trattati con PTCA
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 60% (Fonte Regione Lombardia o PNE) <i>salvo specifiche diverse indicazione degli organi di riferimento regionali e nazionali</i>

## Accessibilità alla struttura

<b>DENOMINAZIONE</b>	Accessibilità documenti online
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>Questo obiettivo è inserito nel progressivo sviluppo del Sistema informativo Socio Sanitario lombardo.</p> <p>Il valore aggiunto per il cittadino consiste nell'avere a disposizione <i>on line</i> alcune tipologie di referti delle prestazioni eseguite, raccolte nel proprio fascicolo sanitario elettronico (FSE).</p> <p>L'obiettivo proposto si riferisce in particolare ai livelli di refertazione delle prestazioni di Laboratorio analisi, Radiologia, Pronto Soccorso, visite ambulatoriali, lettere di dimissione, prescrizioni.</p>
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<p>Obiettivi SISS per l'anno di competenza</p> <p>Regole annuali di gestione dell'SSR</p> <p>PIMO</p>
<b>INDICATORE</b>	Conteggio dei referti pubblicati per ciascuna tipologia (LIS-RIS-PS-L.DIM.-Altro)
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente.

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempo di attesa presso CUP Aziendale
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>Questo obiettivo mira a valutare la permanenza in attesa agli sportelli CUP aziendali dell'utenza ambulatoriale.</p> <p>L'obiettivo, per essere compreso, deve essere considerato anche alla luce delle misure organizzative che vengono messe in atto per incentivare forme alternative di prenotazione (telefonica, farmacia ecc).</p>
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali
<b>INDICATORE</b>	% Pazienti con tempo di attesa medio > di 30 minuti
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente, rientranti in un range di ragionevole variabilità pari ad un +/- 10%

<b>DENOMINAZIONE</b>	Lista d'Attesa per prestazioni ambulatoriali
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, come meglio dettagliato all'interno dell'obiettivo di Mandato delle Direzioni Strategiche, di interesse Regionale, annualmente declinato con specifiche indicazioni nelle Regole di Gestione dell'SSR
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
<b>INDICATORE</b>	Raggiungimento di tempi obiettivo previsti dalla normativa, per tutte le prestazioni di prima visita ed indagini strumentali
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Verrà calcolato un indicatore percentuale come rapporto tra il numero complessivo di prestazioni erogate ed il numero di prestazioni erogate entro i tempi previsti dalla normativa

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempi di attesa in Pronto Soccorso adeguati alle classi di priorità
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo, di particolare interesse dell'utenza, mira a valutare i tempi di risposta da parte delle strutture aziendali in presenza di specifiche problematiche di natura urgente. L'indicatore rientra all'interno dei parametri di qualità aziendali, oggetto di periodico monitoraggio da parte della Direzione Sanitaria
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza
<b>INDICATORE</b>	Percentuale di pazienti in codice giallo visitati entro 30 minuti
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Verrà calcolato un indicatore percentuale come rapporto tra il numero complessivo pazienti che si presenteranno in Pronto Soccorso con codice giallo ed il numero di pazienti, con codice giallo, presi in carico entro 30 minuti dal loro arrivo in Pronto Soccorso

## Attività di risk management

<b>DENOMINAZIONE</b>	Riduzione delle cadute durante il periodo di ricovero
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare il trend del numero di cadute in corso di ricovero. Esso costituisce una proxy della qualità del processo di assistenza al paziente nel corso del periodo di ricovero. Tale obiettivo attiene principalmente all'attività del personale sanitario e di supporto sanitario
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	P.I.M.O. DGR 9014/2009
<b>INDICATORE</b>	Numero cadute / Giornate di degenza totali
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un tasso < 0,18% Tale valore potrebbe essere oggetto di variazione, di anno in anno, in virtù della performance ottenuta dall'ASST nell'anno precedente

<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento delle segnalazioni di reazione avversa a farmaci
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno dell'azienda nell'attività di segnalazione del verificarsi di reazioni avverse a seguito della somministrazione di prodotti farmaceutici nel corso del ricovero. L'attività di farmacovigilanza assume particolare rilevanza ed è di particolare interesse sia per il personale farmacista, sia per il personale medico ed è considerabile una proxy di un indicatore di qualità del percorso di cura prestato al paziente.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Normativa nazionale Farmacovigilanza
<b>INDICATORE</b>	Numero segnalazioni anno in corso / Numero segnalazioni anno precedente
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore target è il miglioramento, o l'allineamento, al dato dell'anno precedente.

## Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione

<b>DENOMINAZIONE</b>	Publicazione dei documenti aziendali di competenza dell'anno in corso
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di pubblicazione di tutti gli atti di competenza dell'anno in corso. Esso in particolare costituisce uno degli adempimenti ritenuto necessario per favorire la trasparenza delle attività della Pubblica Amministrazione.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Piano Aziendale Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
<b>INDICATORE</b>	Numero atti pubblicati / Numero atti da pubblicare
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Il valore obiettivo per ciascun anno di competenza è stato stabilito nel 100% della documentazione di pertinenza dell'anno considerato

<b>DENOMINAZIONE</b>	Contrasto al fenomeno corruttivo
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di contrasto ai fenomeni corruttivi potenzialmente presenti nella pubblica amministrazione. Esso in particolare costituisce uno degli adempimenti ritenuto obbligatori per l'attività della Pubblica Amministrazione.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza DGR regole di gestione del SSR per l'anno di competenza Piano Aziendale Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
<b>INDICATORE</b>	Per questo obiettivo l'ASST non ha fissato un indicatore numerico, ma richiede una rendicontazione annuale delle attività implementate al proprio interno per il contrasto al fenomeno corruttivo, nel rispetto delle indicazioni determinate dalla normativa vigente
<b>CALCOLO DEL VALORE TARGET</b>	Rendicontazione specifica, da redigersi in occasione della composizione annuale della Relazione alla Performance