Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

STRUTTURA: SS CONTROLLO DI GESTIONE

Dirigente Responsabile: Damiano Tania

Responsabile del procedimento: Damiano Tania

Responsabile dell'istruttoria: Bosco Roberta

DELIBERAZIONE N. 547 DEL 28/06/2024

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023

IL DIRETTORE GENERALE - ALESSANDRO COMINELLI

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.: CANTONI RITA

IL DIRETTORE SANITARIO F.F.: AVANZI GIANLUCA MARIA

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO F.F.: GRITTA BIANCA

Firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo F.F., Direttore Sanitario F.F., Direttore Sociosanitario F.F.

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamate:

La LR 30/12/2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";

La DGR n. X/4496 del 10/12/2015 con la quale è stata disposta la costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema;

La DGR n. XII/1626 del 21/12/2023 di nomina del dott. Alessandro Cominelli quale Direttore Generale della ASST di Crema;

Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

VISTI:

- il D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009, così come modificato dal D.Lgs. n.74 del 25/05/2017, avente come oggetto: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" e, in particolare:
  - ✓ l'articolo 3 in cui si esplicita che "*la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonchè alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento*" e che "*ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti*";
  - ✓ l'articolo 10, nella sezione dedicata nello specifico alla Relazione sulla Performance nella quale si esplicita come tale documento "..*evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato*";

- le Linee Guida n.3/2018 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, ad oggetto: "Linee Guida per la Relazione annuale sulla Performance", recante indicazioni in merito alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla performance (di seguito Relazione) da parte delle amministrazioni e alle modalità di validazione della stessa da parte degli Organismi Indipendenti di Valutazione;

RICHIAMATA la deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 31 gennaio 2023 con la quale è stato approvato il PIAO 2023-2025, piano di governance finalizzato ad assorbire gli attuali strumenti di programmazione (tra cui il Piano della Performance), ovvero strumento con cui le Pubbliche Amministrazioni perseguono l'obiettivo della semplificazione dei processi amministrativi e il riordino organico del sistema di pianificazione;

DATO ATTO che il D.lgs. n. 150/2009, come novellato dal D.lgs. n. 74/2017, nel delineare la disciplina del ciclo della performance, ha previsto all'art. 10 la redazione annuale, entro il 30 giugno, da parte delle pubbliche amministrazioni di una relazione sulla performance che evidenzi a consuntivo, con riferimento all'anno

precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati, definiti nel PIAO (sezione valore pubblico, performance, anticorruzione);

CONSIDERATO che il Nucleo di Valutazione ha validato la Relazione sulla Performance 2023 in data 28 giugno 2024, così come previsto dall'art.14, comma 4 lett. c) del D. Lgs 150/2009;

DATO ATTO che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Direttore Damiano Tania della SS CONTROLLO DI GESTIONE che in qualità di Responsabile del procedimento ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale;

ACQUISITO il parere del Direttore Amministrativo F.F., del Direttore Sanitario F.F. e del Direttore Socio-Sanitario F.F., per quanto di competenza, così come previsto dall'art. 3 del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modificazioni;

DELIBERA

di prendere atto di quanto in premessa descritto e conseguentemente:

1) di adottare la Relazione sulla Performance dell'ASST Crema per l'anno 2023;
2) di stabilire che i seguenti atti costituiscono parte integrante della presente deliberazione: allegato n.1: Relazione sulla Performance dell'ASST di Crema per l'anno 2023 (costituito da n.38 pagine);
3) di prendere atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale;
4) di trasmettere al Collegio Sindacale il presente provvedimento ai sensi dell'art. 3 ter D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e art. 12, comma 14, L.R. n. 33/2009 come modificata dalla L.R. n. 23/2015 e s.m.i.;
5) di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo, in quanto non soggetto a controllo della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e s.m.i. e verrà pubblicato all'Albo pretorio on line sul sito istituzionale dell'Azienda ai sensi dell'art. 32 della Legge n. 69/2009.

IL DIRETTORE GENERALE

Firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente da: Direttore Generale, Direttore Amministrativo F.F., Direttore Sanitario F.F., Direttore Sociosanitario F.F.

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA

Il Responsabile del Procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità della proposta sopra riportata

Data, 28/06/2024

Il Direttore di SS CONTROLLO DI GESTIONE

Damiano Tania

(firma elettronica apposta ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE – ANNO 2023

INDICE

Sommario

PREMESSA 2
Analisi del contesto e delle risorse 3
L'ASST di Crema 3
Mission 4
L'organizzazione 4
Dati 5
Misurazione e valutazione della performance organizzativa 12
Misurazione e valutazione delle performance individuali 37

PREMESSA

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, così come modificato dal d.lgs 74/2017, nel delineare la disciplina del ciclo della performance, ha previsto all'art. 10 la redazione annuale, da parte delle amministrazioni pubbliche, di una Relazione sulla performance che evidenzi a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati (definiti nel PIAO approvato con delibera n.52 del 31 gennaio 2023) e alle risorse.

In ottemperanza alle citate disposizioni, si è provveduto ad elaborare il presente documento, che compendia le risultanze scaturite dalle strategie attuate nell'arco dell'anno 2023, nonché i principali esiti di gestione rilevati nel contesto delle attività istituzionali. L'impostazione della Relazione si conforma allo schema di riferimento indicato dalle Linee guida n. 3 diramate nel novembre 2018 dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Il documento è corredato da schede sinottiche in cui, in correlazione agli obiettivi, sono evidenziati i riferimenti normativi, gli indicatori di misurazione utilizzati, i target programmati ed i valori raggiunti e valutati a consuntivo e i relativi commenti.

E' evidente quindi come la finalità principale di questo elaborato risieda nella volontà di garantire una ampia trasparenza dell'attività dell'ASST verso la propria utenza, le altre pubbliche amministrazioni e tutti gli stakeholder coinvolti nella sua attività, attraverso la proposizione dei risultati degli obiettivi più rilevanti e strategici che si è posta e di una lettura critica dei dati contenuti nei diversi indicatori.

Analisi del contesto e delle risorse

L'ASST di Crema

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema è stata costituita a partire dal 1° gennaio 2016 con Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4496/2015, in attuazione della LR n. 23/2015. L'ASST di Crema è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Crema (CR).

La LR n.23/2015, istituendo l'ASST di Crema, ha stabilito che l'ASST comprende il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema.

Il bacino di utenza prevalente è l'area a nord della Provincia di Cremona, sostanzialmente corrispondente al Distretto Socio-Sanitario di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona.

Modificando il Titolo I e Titolo VII del Testo Unico delle leggi sanitarie in materia di sanità, la LR n. 22/2021 ha dato ulteriore impulso all'assistenza sanitaria territoriale articolando il polo territoriale delle ASST in distretti e dipartimenti a cui afferiscono gli ospedali di comunità, le case di comunità e le centrali operative territoriali previste dal PNRR.

Con delibera n. 210 del 29/03/2022 è stato formalmente istituto il Distretto Cremasco con le funzioni e i compiti assegnati dalla normativa.

Mission

L'Azienda intende consolidare ulteriormente il proprio ruolo di riferimento per i cittadini del naturale bacino di utenza a cui offrire una ampia e completa gamma di servizi interni ed esterni, nonché sviluppare la propria visione perseguendo il miglioramento della qualità delle cure mediante:

- l'efficacia dei trattamenti sanitari, intesa come l'adeguatezza e la personalizzazione dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo e l'impiego di trattamenti basati sulle evidenze scientifiche;
- l'efficienza delle attività sanitarie e di supporto, intesa come l'azione generale dell'Azienda di razionalizzazione degli sforzi messi in atto, anche ai fini economici, tesa al raggiungimento e consolidamento dell'efficacia dei trattamenti medici;
- la tempestività dei trattamenti sanitari rispetto alle reali necessità;
- la sicurezza dei pazienti e degli operatori mediante politiche di gestione proattiva dei rischi;
- il perseguimento della soddisfazione del cittadino per il servizio ricevuto dall'Azienda e positivamente valutato.

Per il raggiungimento della propria mission aziendale, l'Azienda focalizza la propria attenzione sui seguenti aspetti:

- qualità delle prestazioni e dei processi organizzativi;
- valorizzazione delle aree di eccellenza: innovazione a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti, propri, del settore ospedaliero e per produrre attività di "elezione";
- riduzione dei tempi di risposta agli utenti-pazienti, al fine di far fronte ai correnti tempi di attesa;
- costi interni, in rapporto alle condizioni di competitività: corretto utilizzo delle risorse disponibili, applicando meccanismi di controllo, diminuendo sprechi e disfunzioni e valorizzando le risorse professionali disponibili.

L'organizzazione

L'organizzazione ed il funzionamento dell'ASST sono disciplinati 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 ATS 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 programmatorie 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 il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

Il POAS attuale è stato approvato con DGR XI/6962 del 19/09/2022.

Dati

DOTAZIONE ORGANICA

Con Deliberazione n. 55 del 31/01/2023 è stata adottata la proposta del Piano Triennale dei Fabbisogni per il triennio 2023-2024-2025 e con DGR n. XII/677 del 17/07/2023 ad oggetto: "Approvazione del Piano dei Fabbisogni di personale triennio 2023 – 2025 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema" Regione Lombardia ha approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) 2023 – 2025 di questa ASST, recepito con Deliberazione n. 609 del 24/08/2023.

Il Piano si fonda su una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi e tiene conto dei vincoli di finanza pubblica.

In particolare, il PTFP 2023 – 2025 risulta in incremento rispetto al PTFP 2022, a fronte della necessità prevista nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di attivare progressivamente n. 2 Case di Comunità, n. 1 COT, n. 1 Ospedale di Comunità, n. 1 ADI, nel rispetto dei fabbisogni indicati nel DM 77/2022, e della opportunità di assegnare la Direzione di ulteriori n. 7 strutture complesse, previste nel nuovo POAS approvato con DGR n. XI/6962 del 19/09/2022.

La Dotazione Organica 2023 risulta così rappresentata:

DOTAZIONE ORGANICA 2023	OSPEDALE			TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST
		… di cui emergenza urgenza			…di cui…						
	TOTALE OSPEDALE	… di cui pronto soccorso	… di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	TOTALE TERRITORIO	Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	PREV.	Dip. SALUTE MENTALE	Cure primarie	Altri Serv. TER	
Raggruppamento profili											
DIRIGENZA MEDICA	242	18	27	32	1	2	3	18		8	274
DIRIGENZA VETERINARIA				0							0
DIRIGENZA SANITARIA	19			14	1			10		3	33
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3			0							3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4			0							4
DIRIGENZA TECNICA	1			0							1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10			1	1						11
TOTALE DIRIGENZA	**279**	**18**	**27**	**47**	**3**	**2**	**3**	**28**	**0**	**11**	**326**
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	534	38	50	55		6	1	34		14	589
OSTETRICA	23			2						2	25
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)				33	26	7					33
PERSONALE TECNICO SANITARIO	72			0							72
ASSISTENTI SANITARI	5			17			16			1	22
TECNICO DELLA PREVENZIONE				0							0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	49			35	5			24		6	84
ASSISTENTI SOCIALI	1			13	3	1		5		4	14
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	74	6	1	1						1	75
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	127	10	12	17	6			10	1		144
AUSILIARI	1			0							1
ASSISTENTE RELIGIOSO	3			0							3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	142			33	5		2	4	7	15	175
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE				0							0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA				0							0
TOTALE COMPARTO	**1.031**	**54**	**63**	**206**	**45**	**14**	**19**	**77**	**8**	**43**	**1.237**
TOTALE COMPLESSIVO	**1.310**	**72**	**90**	**253**	**48**	**16**	**22**	**105**	**8**	**54**	**1.563**

POSTI LETTO

Nella Tabella seguente è indicata la distribuzione dei posti letto al 31.12.2023. Sono inoltre indicati i posti tecnici di chirurgia a bassa complessità e di Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) e di altri servizi e attività.

I posti letto indicati rappresentano l'assetto a regime; a seguito della epidemia COVID i posti sono oggetto di trasformazione parziale ed in evoluzione rapida in allineamento con i livelli di emergenza regionali.

31.12.2023	ACCREDITATI							EFFETTIVI						
PRESIDIO	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT
CREMA	388	9	12	10	24	52	**495**	310	9	12	10	24	52	**417**
RIVOLTA D'ADDA	75	0	0	0	6	14	**95**	51	0	0	0	6	14	**71**
SONCINO SUB ACUTI	0	0	0	0	0	22	**22**	0	0	0	0	0	22	**22**
SONCINO Ospedale di Comunità	0	0	0	0	0	19	**19**	0	0	0	0	0	19	**19**

RISORSE ECONOMICHE

La Regione Lombardia con DGR XI/7758 del 28/12/2022 ad oggetto DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2023 (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI E LUCCHINI)", in riferimento agli obiettivi economici, ha rimarcato il pieno rispetto dell'equilibrio economico di sistema, in particolare per l'aggregato dei Beni & Servizi, considerando il perdurare nel 2023 della situazione geopolitica e la graduale ripresa dell'attività sanitaria e sociosanitaria ai livelli pre-pandemia, con particolare attenzione al recupero delle liste di attesa.

In particolare, le linee di azione sono state:

- garantire, in continuità con gli anni precedenti, il conseguimento di risparmi derivanti dall'adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati (Aria S.p.a.) e aggregati rendendo effettivi i risparmi relativi alle adesioni alle convenzioni centralizzate;
- utilizzare i benchmarking con le altre aziende del sistema per definire classi di spesa omogenee di Beni & Servizi e trend storico correlato al livello di produzione e ai costi totali di produzione.

Nel corso dell'anno l'Azienda ha garantito il monitoraggio strutturato e sistematico del livello assegnato dei costi per "Beni & Servizi" in considerazione dei livelli e delle aree di produzione, cercando ove possibile, di perseguire percorsi di razionalizzazione della spesa a livello aziendale di natura strutturale.

Anche in sede di monitoraggio trimestrale l'Asst si è attenuta al rispetto dei vincoli inderogabili definiti dai valori appostati a Bilancio Preventivo e di Assestamento.

Analizzando l'andamento dei ricavi, nell'anno 2023, relativamente alla produzione sanitaria (DRG, Ambulatoriale, Screening, Psichiatria, Neuropsichiatria) si è registrato un incremento rispetto al

BES 2022 (+2.648.396 euro), dovuto anche al progressivo recupero delle liste di attesa, ma un decremento rispetto al valore sfidante di Bilancio Preventivo 2023, causato essenzialmente:

- dalla carenza di risorse specialistiche registrate principalmente nelle aree di Ortopedia, Ostetricia Ginecologia, Pediatria, Radiologia, Pronto Soccorso, Anestesia Rianimazione e Psichiatria, infermieri strumentisti;
- dalla mancata copertura del fabbisogno infermieristico: nonostante le procedure concorsuali bandite il numero delle nuove assunzioni non è sufficiente a coprire le uscite (pensionamento, dimissioni volontarie, mobilità);
- dalla ridotta disponibilità di posti letto oggetto di trasformazione parziale e rapida in risposta sia all' allineamento dei livelli di emergenza richiesti da Regione, sia all'adeguamento strutturale dell'ASST.
- Anche per le entrate proprie, in particolare per la voce Tickets si è assistito ad un graduale incremento, attestandosi a valori prossimi a quelli di pre-pandemia dell'anno 2019.

Anche sulla struttura dei costi, le motivazioni sopra esposte hanno determinato ovvi riflessi, incidendo sull'incremento dei costi, se paragonato con le aspettative di previsione regionali rigorose. In particolare, si è assistito ad un incremento dei costi di "personale non strutturato" gravante su "Beni e Servizi", dovuto in particolare alla necessità di ricorrere a convenzioni con aziende sanitarie pubbliche della Lombardia e contratti con aziende private per fare fronte alla carenza di personale sanitario (medici specialistici ed infermieri strumentisti), mantenendo i livelli di attività obbligatori per assicurare i LEA e garantire la continuità del servizio. Inoltre, la necessità di ricorrere o mantenere convenzioni/contratti per turni di guardia e di reperibilità si è resa indispensabile anche nel caso in cui si sia verificato l'ingresso in servizio di personale dipendente neo-specialista con una non completa autonomia nella conduzione del turno di guardia.

CONTO ECONOMICO

CODICE	VOCE MODELLO CE	IMPORTO *(Valori in Euro)*
	A) Valore della produzione	
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	46.888.166
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-87.111
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	3.184.164
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	105.454.205
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	750.493
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.131.771
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.555.151
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	480.153

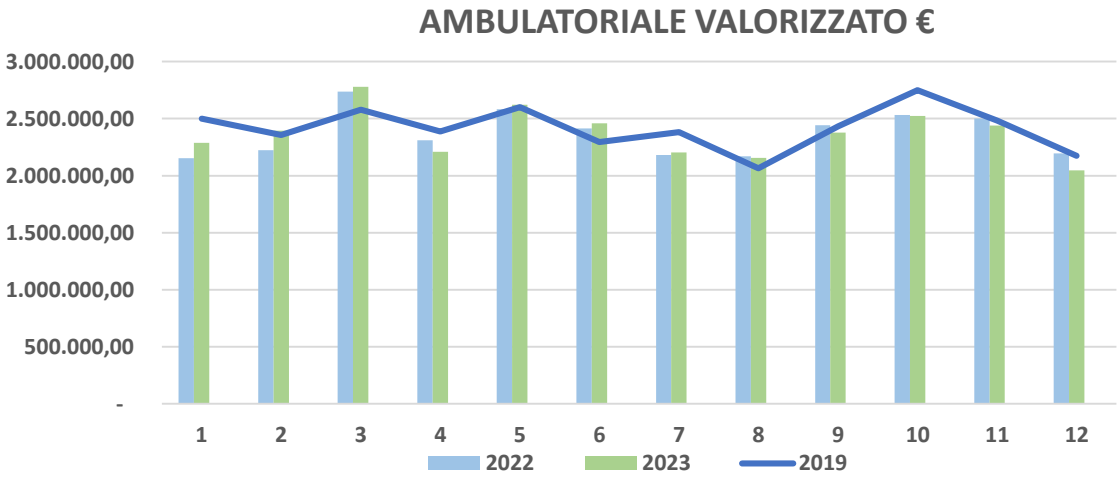
AZ9999	***Totale valore della produzione (A)***	**165.356.992**
	B) Costi della produzione	
BA0010	**B.1) Acquisti di beni**	**34.417.125**
BA0390	**B.2) Acquisti di servizi**	**36.687.009**
BA1910	**B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)**	**4.773.549**
BA1990	**B.4) Godimento di beni di terzi**	**1.139.115**
BA2080	**Totale Costo del personale**	***76.289.557***
BA2090	*B.5) Personale del ruolo sanitario*	60.741.960
BA2230	*B.6) Personale del ruolo professionale*	304.347
BA2320	*B.7) Personale del ruolo tecnico*	8.175.820
BA2410	*B.8) Personale del ruolo amministrativo*	7.067.430
BA2500	*B.9) Oneri diversi di gestione*	**1.290.518**
BA2560	**Totale Ammortamenti**	**4.809.358**
BA2570	*B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali*	184.227
BA2580	*B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali*	*4.625.131*
BA2630	**B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti**	**110.828**
BA2660	**B.13) Variazione delle rimanenze**	**-1.299.873**
BA2690	**B.14) Accantonamenti dell'esercizio**	**4.827.416**
BZ9999	***Totale costi della produzione (B)***	**163.044.602**
	C) Proventi e oneri finanziari	
CA0010	*C.1) Interessi attivi*	**-**
CA0050	*C.2) Altri proventi*	**-**
CA0110	*C.3) Interessi passivi*	**-**
CA0150	*C.4) Altri oneri*	**-**
CZ9999	***Totale proventi e oneri finanziari (C)***	**-**
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
DA0010	*D.1) Rivalutazioni*	-
DA0020	*D.2) Svalutazioni*	-
DZ9999	***Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)***	**-**
	E) Proventi e oneri straordinari	
EA0010	E.1) Proventi straordinari	4.098.902
EA0260	E.2) Oneri straordinari	-888.516
EZ9999	***Totale proventi e oneri straordinari (E)***	**3.210.386**
XA0000	***Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)***	**5.522.776**
	Y) Imposte e tasse	
YA0010	**Y.1) IRAP**	**5.488.873**
YA0060	**Y.2) IRES**	**33.903**
YA0090	**Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)**	-
YZ9999	**Totale imposte e tasse (Y)**	**5.522.776**
ZZ9999	**RISULTATO DI ESERCIZIO**	**-**

PRODUZIONE

Nel corso dell'anno 2023 l'ASST è stata impegnata nel recupero di attività ai fini della riduzione dei tempi/liste di attesa. I limiti organizzativi presenti in termini di carenza di risorse sono stati in parte compensati dalla erogazione di attività con modalità incentivanti ed hanno consentito di raggiungere i risultati come di seguito riportati:

AMBULATORIALE

Numero Prestazioni	2.291.278
Valorizzato	€ 28.501.421

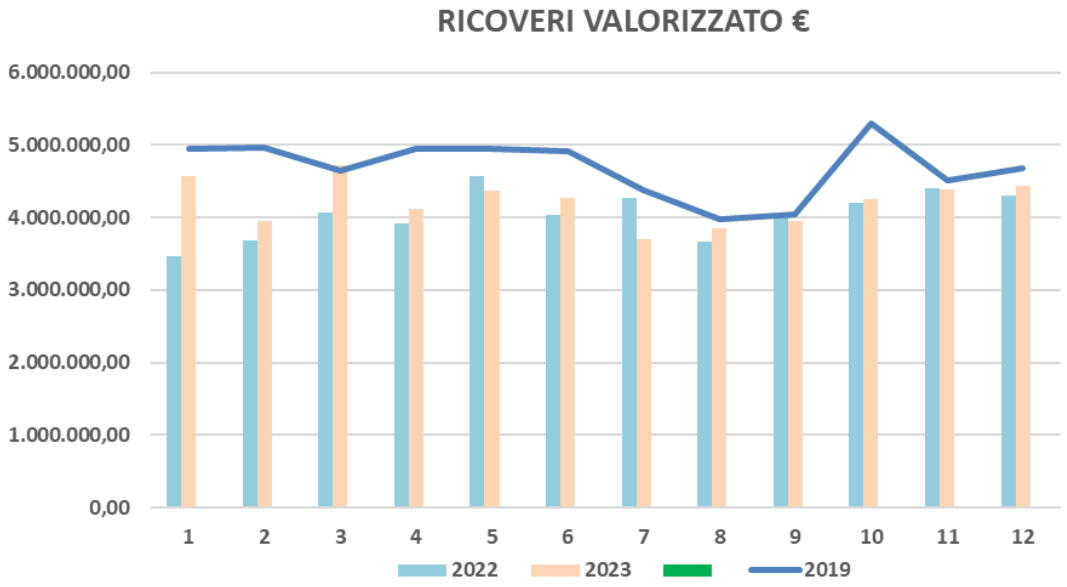


DI CUI SCREENING

Valorizzato	€ 498.541

RICOVERI

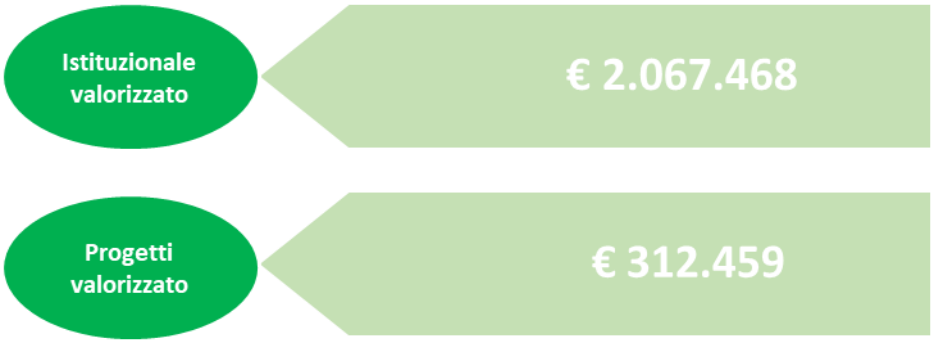
Giornate di degenza	106.258
Numero ricoveri	13.222
Valorizzato	€ 50.556.496



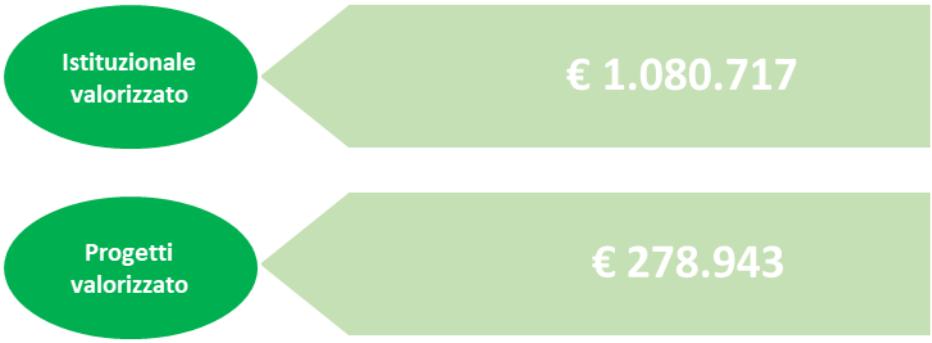
SUB ACUTE – OdC Soncino

Giornate di degenza	10.103
Numero ricoveri	357
Valorizzato	€ 1.744.090

PSICHIATRIA



NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



CURE PALLIATIVE

Misurazione e valutazione della performance organizzativa

DIMENSIONE: EFFICACIA ESTERNA

DENOMINAZIONE	Contenimento liste d'attesa ricoveri
DESCRIZIONE E FINALITA'	Azioni di miglioramento e di monitoraggio della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni sanitarie => Ricoveri chirurgici oncologici e non. Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano per le liste di attesa 2023, relativamente all'erogazione di prestazioni (volumi) di ricoveri chirurgici programmati.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022 DGR XII /88 del 03/04/2023
INDICATORE	➢ Aumento del 10% mensile rispetto al 2019 della produzione in termini di volumi delle prestazioni chirurgiche programmate che dovranno interessare le aree chirurgiche dalla n.1 alla n. 17 (esclusa la n. 15) del PNGLA (DGR n.XII/88 del 03/04/2023); ➢ Mantenimento in termini di volumi dei ricoveri chirurgici programmati che non rientrano nella DGR XII/88 => valore atteso 100% del 2019; ➢ Tasso di saturazione del blocco piastra: rilevazione giornaliera delle ore effettuate (inizio intervento - fine intervento) per singola sala rispetto alle ore di apertura con esclusione dei piccoli interventi e delle urgenze; ➢ Rispetto dei tempi di attesa del 90% per i ricoveri chirurgici programmati oncologici in classe A.

03-QUANTITA PRESTAZIONI PROGRAMMATE

PRESTAZIONI	QUANTITA_2019	QUANTITA_2023	%_RAGGIUNTA
01 - Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	107	93	87%
02 - Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	8	5	63%
03 - Interventi chirurgici tumore maligno colon	24	22	92%
04 - Interventi chirurgici tumore maligno retto	5	6	120%
05 - Interventi chirurgici tumore maligno dellutero	4	1	25%
06 - Interventi chirurgici per melanoma	3	3	100%
07 - Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	6	9	150%
09 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	177	208	118%
10 - Endoarteriectomia carotidea	17	23	135%
11 - Intervento protesi danca	36	8	22%
13 - Colecistectomia laparoscopica	131	145	111%
14 - Coronarografia	7	4	57%
16 - Emorroidectomia	29	30	103%
17 - Riparazione ernia inguinale	195	265	136%
Totale	**749**	**822**	**110%**

COMMENTO	I volumi di attività chirurgica hanno superato quelli del 2019. L'ASST di Crema si è impegnata nel recupero dei pazienti i cui interventi sono stati sospesi negli anni del COVID.

DENOMINAZIONE	Contenimento liste d'attesa ambulatoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Azioni di miglioramento e di monitoraggio della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle prime visite e alle prime prestazioni diagnostico-terapeutiche. Rispetto delle indicazioni e raggiungimento dei target previsti dalla Direzione Generale Welfare in ordine all'attuazione del piano per le liste di attesa 2023, relativamente all'erogazione di prestazioni (volumi) di specialistica ambulatoriale.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7475 del 30/11/2022; DGR XI/7819 del 23/01/2023; DGR XII /88 del 03/04/2023.
INDICATORE	➢ TARGET: Incrementare il volume di ogni singola prestazione del 10% rispetto all'erogato dello stesso mese del 2019 come da nota del DS del 9/01/2023; OGGETTO: le prestazioni elencate dalle DGR 7475/2022 e 7819/2023; PERIODO DI RIFERIMENTO: 01/01/2023 al 31/03/2023. ➢ TARGET: Incrementare il volume della singola prestazione del 10% rispetto al maggior valore tra l'erogato del 2019 e l'erogato del 2022; OGGETTO: le prestazioni elencate dalla DGR 88/2023 in aggiunta a quelle già previste dalle DGR 7475/2022 e 7819/2023; PERIODO DI RIFERIMENTO: 01/04/2023 al 31/12/2023.

	TARGET	EROGATO	%SATURAZIONE
PRESTAZIONI	ASST DI CREMA	ASST DI CREMA	ASST DI CREMA
Prima visita cardiologica (897A3)	2463	2857	116%
Prima visita chirurgica vascolare (897A6)	709	634	89%
Prima visita dermatologica (897A7)	4356	493	11%
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897B2)	3317	1620	49%
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897A8)	1132	1067	94%
Prima visita gastroenterologica (897A9)	937	658	70%
Prima visita ginecologica (89261)	275	607	221%
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	1454	1679	115%
Prima visita oculistica (9502)	4645	2745	59%
Prima visita oncologica (897B6)	405	467	115%
Prima visita orl (897B8)	2209	2304	104%
Prima visita ortopedica (897B7)	3835	2154	56%
Prima visita pneumologica (897B9)	1222	1454	119%
Prima visita urologica/andrologica (897C2)	1381	1252	91%
Totale prime visiste	**28340**	**19991**	
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	727	640	88%
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	1.119	1.314	117%
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	0	8	-
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	474	526	111%
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	1.249	1.509	121%
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	3.476	2.987	86%
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e	243	219	90%

88.72.A) (88723)			
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	1.297	1.315	101%
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	4.016	4.380	109%
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	381	723	190%
Elettrocardiogramma (8952)	4.625	4.424	96%
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	1.316	1.208	92%
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	203	993	489%
Esame audiometrico tonale (95411)	563	421	75%
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	1.440	1.409	98%
Fotografia del fundus (9511)	0	0	-
Mammografia (878371,87372)	430	399	93%
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	140	91	65%
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	1.318	1.564	119%
Spirometria (89372,89371)	1.519	1.637	108%
Test da sforzo (8944, 8941)	2	7	350%
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	2.916	3.374	116%
Totale diagnostica e strumentale	**27.454**	**29.148**	**106%**
TOTALE	**55.794**	**49.139**	**88%**

COMMENTO	L'ASST di Crema ha incrementato complessivamente del 10% il volume di attività ambulatoriale, compensando nelle aree con organico professionale adeguato i deficit che si sono verificati nelle specialità nelle quali non sono stati trovati candidati disposti a sostituire Specialisti pensionati o dimessi per altri motivi.

DENOMINAZIONE	**Contenimento liste d'attesa ambulatoriale**
DESCRIZIONE E FINALITA'	Governo delle liste d'attesa.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022.
INDICATORE	➢ Aumento delle agende trasparenti e prenotabili (pubblicazione alla Rete Regionale di Prenotazione); ➢ Incremento dei servizi di remind per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni; ➢ Aumento delle disponibilità di slot in "overbooking" da utilizzare in caso di no-show; TARGET: rispetto dei target e delle indicazioni di Regione Lombardia.
VALORE OTTENUTO	100%
COMMENTO	Durante il 2023 è stata realizzata l'esposizione del 100% delle agende ambulatoriali aziendali. E' stato realizzato il servizio di remind per tutte le prestazioni radiologiche ed endoscopiche ad alto impatto organizzativo ed è stato realizzato un sistema di overbooking per consentire l'inserimento per tempo in lista di attesa per esami e visite con livello di urgenza maggiore.

DENOMINAZIONE	Contenimento liste d'attesa ambulatoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Libera Professione.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge n. 412 del 30/12/1991 art. 4, comma 7; Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.1992, n. 421" e s.m.i.; Legge n. 662 del 23/12/1996 art. 1, commi 5-19; D.M. 31/07/1997 del Ministro della Sanità "Linee guida dell'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria"; D.M. 31/07/1997 del Ministro della Sanità "Attività libero-professionale e incompatibilità"; Legge n. 448 del 23/12/1998 art. 72, commi 4-16; D.P.C.M. 27/03/2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale"; D.G.R. n. VII/3373 del 9/02/2001 "Approvazione delle linee guida per l'attività libero-professionale (A.L.P.)"; D.G.R. n. 2308 del 05/04/2006 "Linee guida regionali per la predisposizione dei regolamenti aziendali che disciplinano l'attività libero-professionale intramuraria"; D.G.R. n. VIII/5162 del 25/07/2007 "Determinazioni in ordine all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria"; Legge n. 120 del 03/08/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale, intramuraria e altre norme in materia sanitaria; L.R. n. 33 del 30/12/2009 "Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo"; Accordo CSR n. 189 del 28/10/2010; Accordo CSR n. 198 del 18/11/2010; Legge n. 189 del 08/11/2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. n. 158 del 13/09/2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" (Legge Balduzzi); D.M. 21/02/2013 del Ministero della Salute "Modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura di rete per il supporto all'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria, ai sensi dell'art. 1, co. 4, lett. a-bis) della L. n. 120 del 03/08/2007 e ss.mm"; Accordo CSR n. 19 del 19/02/2015; L. n. 24 del 08/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (Legge Gelli-Bianco); D.G.R. n. X/6963 del 31/07/2017 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei Direttori Generali delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende socio sanitarie territoriali (ASST) e dell'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2017"; L.R. n. 15 del 28/11/2018 "Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all'allegato 1 della L.R. n. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" che ha introdotto il comma 8 ter all'art. 18 della L.R. n. 33/2009; CCNL dell'Area Sanità – triennio 2019-2021 – sottoscritto in data 23/01/2024 di

	seguito indicato CCNL del 23/01/2024.
INDICATORE	Le prestazioni di cui all'elenco sopra indicato e per tutte le prestazioni del PNGLA il cui tempo di attesa superi le soglie per classe di priorità, il rapporto tra attività svolta in libera professione e attività svolta in regime istituzionale dovrà essere minore di 1 e comunque non superiore al valore del 2019 (anno di riferimento);
VALORE OTTENUTO	Primo report effettuato per il periodo 1.05.2023-30.09.2023 sulle seguenti U.OO.: Cardiologia, Gastroenterologia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia, Urologia (selezionate in base alla numerosità delle prestazioni effettuate in intramoenia). Esito: riscontrata un'anomalia relativamente alla U.O. Ostetricia e Ginecologia, segnalata alla DMP quanto di competenza con nota prot. n. 42637/2023. Secondo report effettuato per il periodo 1.01.2023-30.09.2023 sulle seguenti U.OO.: Chirurgia Vascolare, Medicina, Neurologia, Oculistica, Pneumologia. Esito: nessuna anomalia riscontrata (prevalenza dell'attività istituzionale rispetto all'attività libero-professionale).
COMMENTO	I report sono stati elaborati mediante estrapolazione dei dati dall'applicativo aziendale RW10, effettuata direttamente dal personale afferente alla SC Affari Generali e Legali, secondo le indicazioni fornite e condivise con il Controllo di Gestione. Il dettaglio dei singoli report è riportato negli allegati parti integranti delle note di cui ai protocolli aziendali n. 42637 del 26.10.2023 e n. 49014 del 20.12.2023.

DENOMINAZIONE	**Efficientamento del flusso del Pronto Soccorso - ricoveri**
DESCRIZIONE E FINALITA'	Ridurre il tempo che intercorre tra l'accesso al pronto soccorso e il ricovero nell'aree di degenza: ✓ Controllo del flusso dei pazienti in Pronto Soccorso; ✓ Ricettività dei reparti di area medica (degenza); ✓ Misurare in maniera accurata il fenomeno del boarding (utilizzo obbligatorio del flag);
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/6893/22.
INDICATORE	➢ n pz in PS con attesa di posto letto > 12 ore da triage (escluso OBI) => rilevazione giornaliera; ➢ n pz in OBI con attesa di permanenza di posto letto > 44 ore da triage => rilevazione giornaliera; ➢ tempo medio di permanenza in PS/OBI dei pz ricoverati oltre le 8 ore da triage=> rilevazione mensile, rendicontazione trimestrale; ➢ n. ricoveri da PS in area medica rispetto al numero previsto dalla nota 42192 => rilevazione giornaliera; ➢ n. posti letto messi a disposizione per i ricoveri da PS entro le ore 12.00 rispetto al numero totale dei letti messi a disposizione per i ricoveri PS => rilevazione giornaliera; ➢ % pz ricoverati da PS stratificati per codice triage e modalità di accesso => rilevazione mensile, rendicontazione trimestrale; ➢ pz ricoverati da PS con degenza < 2 gg esclusi parti, deceduti e ricoveri con

	procedura interventistica => rilevazione mensile, rendicontazione trimestrale; ➢ indicatori di attività in area medica: degenza media, degenza mediana, tasso di saturazione, intervallo di turnover, % pz ricoverati da semintensiva/intensiva, indice di rotazione PL=> rilevazione mensile, rendicontazione trimestrale.
VALORE OTTENUTO	Rilevazione giornaliera dei posti letto: 100%; Controllo giornaliero dei flussi dei pazienti di Pronto Soccorso: 100%; Ricettività dei reparti di area medica e numero di posti messi a disposizione per il PS: 100%.
COMMENTO	- Rilevazione e monitoraggio attivo e costante degli indicatori richiesti relativi ai tempi medi di ricovero; - rilevazione dei BedBlockers a partire dal pronto soccorso e attivazione di percorsi alternativi al ricovero ospedaliero (attivazione assistente sociale o trasferimento presso la struttura di Soncino); - tempo di "boarding medio dei pazienti ricoverati dopo le 8 h di triage" minore rispetto alla maggioranza delle ASST della Lombardia, con un trend tendenzialmente costante, ma con solo un lieve peggioramento nel periodo concomitante ai picchi di affluenza stagionale, in concomitanza con la riduzione dei posti letto; - comunicazione giornaliera dei posti letto dai reparti con il raggiungimento della quota dichiarata a Regione; - costante comunicazione dei pazienti BedBlockers il quindicesimo e l'ultimo giorno del mese.

DENOMINAZIONE	**Efficientamento del flusso del Pronto Soccorso- bed blockers**
DESCRIZIONE E FINALITA’	Ridurre gli ostacoli clinico-sociali: - l'evidenza nella documentazione sanitaria della valutazione all'ingresso del paziente volta ad individuare tempestivamente gli ostacoli clinico-sociali che potrebbero ritardare la sua dimissione; - l'evidenza nella documentazione sanitaria del momento in cui il paziente ha concluso il suo iter per quantificare il fenomeno dei bed blockers.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/6893/22
INDICATORE	TARGET: rispetto dei target e delle indicazioni di Regione Lombardia 1)Rilevazione il 15 e l'ultimo giorno di ogni mese del n. di pz dimissibili da reparto per acuti di area medica ma che non riescono ad essere dimessi stratificati per tipologia: - problematica sociale; - IDR, RSA,hospice, altro (ADI, SAD..); - altro da specificare; 2) n. dimissioni da degenza ordinaria delle uuoo di area medica con SDO 9 "dimissione ordinaria con attivazione domiciliare integrata".
VALORE OTTENUTO	100% riguardante la compilazione e segnalazione dei bed blockers da parte delle U.O.
COMMENTO	Si evidenzia una tempestiva compilazione della rendicontazione da parte delle U.O. relativa ai bed blockers e l'invio regolare al bed Manager nei giorni richiesti (il 15 e l'ultimo giorno del mese).

DENOMINAZIONE	Screening
DESCRIZIONE E FINALITA'	Garantire un numero di sedute di screening adeguato al raggiungimento degli obiettivi di copertura della popolazione (proprio territorio); Adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022.
INDICATORE	➢ Garantire i volumi di attività non inferiori agli standard indicati dalle linee guida adattati al contesto della domanda e dell'offerta nell'area di ATS di appartenenza; TARGET: standard di ATS; ➢ Raggiungimento e mantenimento degli standard qualitativi in riferimento alle linee guida regionali in materia di screening oncologici TARGET: standard di Regione Lombardia (DGRXI/7758 del 28/12/2022 Allegato 12); ➢ Counselling, supporto al MMG/ PLS per il recupero dei non rispondenti (infermieri di famiglia); ➢ Raccordi organizzativi con medicina di famiglia (distretto).
VALORE OTTENUTO	100%.
COMMENTO	Il notevole impegno profuso dagli operatori del secondo livello del percorso dello screening CCR ha consentito di coprire interamente il fabbisogno rispetto agli aderenti al primo livello con SOF positivo e di avere anche slot inutilizzati per lo screening che sono stati riutilizzati per altre indicazioni.

DENOMINAZIONE	Ottimizzare il processo di prelievo organi e tessuti in accordo con le indicazioni regionali
DESCRIZIONE E FINALITA'	Incremento graduale, nell'arco del triennio, della percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL'AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.) - ANNO 2023 (Delibera n. XII/512 del 26/06/2023)
INDICATORE	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare
VALORE OTTENUTO	**A) Donazione organi** A1) (risultato atteso: rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali in rianimazione >40%): **non raggiunto;** A2) (risultato atteso: rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cere- brali totali>15%): **non raggiunto;** **B) Donazione multitessuto** (risultato atteso: rapporto tra donazioni multitessuto e totale decessi>2%): **non raggiunto;** **C) Donazione Cornee**

	(risultato atteso: rapporto tra donazioni cornee e totale decessi> 10%): **14,43% obiettivo raggiunto.**
COMMENTO	➢ L'obiettivo C donazione tessuto corneale trasversale a tutti i reparti è stato raggiunto; ➢ Gli obiettivi A1 e A2 non sono stati raggiunti a causa della discrepanza tra il numero dei pazienti con lesioni encefaliche e quelli evoluti verso la condizione clinica di morte cerebrale (solo 2 nel 2023) perché spesso questi pazienti di età avanzata e estremamente fragili muoiono per altre complicanze di tipo respiratorio ed emodinamico; ➢ L'obiettivo B multi-tessuto non è stato raggiunto per opposizione dei parenti o controindicazione clinica alla donazione; ➢ Nel 2023 sono state aggiornate tutte le procedure come da indicazione regionale.

DENOMINAZIONE	**Attuazione legge regionale n. 22/2021**
DESCRIZIONE E FINALITA'	Piena operatività del Dipartimento Cure Primarie.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022; LR 22/2021; DM 77/2022 Linee Guida; DGR 6278/2022; POAS DGR 7660/2022; DGR 7592/2022; DGR 7758/2022; ACN; AIR.
INDICATORE	➢ Governo, secondo le indicazioni nazionali e regionali, delle attività previste dalle convenzioni per il medico di ruolo unico e il pediatra di libera scelta e delle relative progettualità; ➢ Coordinamento delle attività che coinvolgono i professionisti delle Cure Primarie nei luoghi di offerta territoriale (Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, …), nonché della loro formazione; ➢ Entro il 31/03/2023 Rapporti istituzionali con i medici del ruolo unico e pediatri di famiglia: aggiornare gli operatori distrettuali; Appropriatezza, formazione e governo clinico: formare gli operatori distrettuali; Attività amministrativa Diffondere indicazioni operative e aggiornare/formare gli operatori distrettuali; TARGET: DGR XI/7758 del 28/12/2022 allegato 14.
VALORE OTTENUTO	100%
COMMENTO	Rispetto alle attività sanitarie e di governo si sono attivate le seguenti azioni: • supporto e problem solving dei colleghi MMG e PLS; • relazioni con referenti AFT con incontri tematici mensili; • invio note del servizio farmaceutico; • rapporti con I dipartimenti ATS; • progettualità e monitoraggio campagne vaccinali.

DENOMINAZIONE	Potenziamento Rete Territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Terminare i lavori di adeguamento della Casa di Comunità di Crema. Realizzazione delle Case di Comunità presso Rivolta. Realizzazione degli Ospedali di Comunità presso Rivolta.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Contratto CIS prot. 33848 del 16.12.2022.
INDICATORE	Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare TARGET: entro l'anno 2024 terminare i lavori per la Casa di comunità, entro il 2023 per l'Ospedale di Comunità.
VALORE OTTENUTO	100 % per Ospedale di Comunità e rispetto del cronoprogramma per la Casa di Comunità entro l'anno 2024.
COMMENTO	Come si evince da monitoraggio ATS del 27/11/2023 il cronoprogramma della CdC di Crema e della CdC di Rivolta d'Adda è stato rispettato. Per quanto concerne l'OdC di Rivolta d'Adda in data 19/12/2022 è stato assunto al prot. n. 34011 il Progetto Esecutivo agli atti dell'ASST e trasmesso in data 22/12/2022 ad ARIA SPA per l'espletamento della gara lavori. Come segnalato nel monitoraggio ATS del 27/11/2023 e precedenti l'Accordo Quadro lavori ARIA è stato pubblicato sul mercato elettronico NECA solamente nel mese di luglio 2023 e la relativa adesione è stata immediatamente avviata e formalizzata con la stipula del contratto applicativo con l'aggiudicatario in data 11/08/2023. Con nota protocollo 38715 del 25/09/2023 questa ASST ha richiesto a Regione Lombardia di rideterminare la data per il termine dei lavori al 30/06/2024.

DENOMINAZIONE	Ospedale - Territorio
DESCRIZIONE E FINALITA'	Integrare le strutture territoriali con quelle ospedaliere al fine di garantire un omogeneo livello clinico- assistenziale nonché una continuità per il paziente.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/6760/2022.
INDICATORE	La componente ospedaliera partecipi attivamente all'assistenza territoriale svolta presso la casa di comunità e l'ospedale di comunità; TARGET: modello organizzativo proposto con DGR XI/6760/2022.
VALORE OTTENUTO	100%.
COMMENTO	E' stato attivato il Punto unico di accesso; è stato avviato il processo di introduzione degli ambulatori specialistici all'interno delle Case di comunità a partire dalla Cardiologia. Messa a sistema l'attività del Punto Unico di Accesso -PUA- che ha gestito nell'anno 2023 un totale di n.921 accessi così ripartiti: • accessi sociosanitari 820 • accessi amministrativi 101 Trattandosi di un nuovo servizio e non avendo dati di riferimento, si può dire che è stato soddisfatto il 100% delle richieste pervenute allo stesso.

	Per quanto riguarda la presenza degli specialisti ospedalieri a riprova dell'integrazione tra area ospedaliera ed area territoriale, anche a garanzia di una continuità di presa in carico del paziente cronico, ma non solo, tenuto conto che allo stato attuale lo stabile di Via Gramsci, sede futura della Casa della Comunità, è in fase di adeguamento strutturale come da finanziamento PNRR, si può tradurre in questo modo: 1_presso la sede di Via Gramsci trovano spazio ad oggi: • l'ambulatorio cronicità dei pazienti cardiologici • l'ambulatorio cronicità del paziente geriatrico • il servizio della psicologia territoriale 2_Tutte le visite relative alle seguenti specialità, che vengono richieste come consulenza e/o come controllo a tempo definito per tutti i pazienti cronici, vengono gestite dal CUP di Via Gramsci. • cardiologia • neurologia • endocrinologia • diabetologia • gastroenterologia • nefrologia • chirurgia vascolare • oculistica • oncologia • pneumologia • reumatologia • ematologia • dislipidemie • psichiatria Il numero totale dei pazienti cronici con un PAI attivo ad oggi, seguiti e gestiti risulta essere n.344 a cui si aggiungono n. 719 pazienti che hanno avuto almeno un accesso sociosanitario nell'anno 2023 così ripartiti: • n.66 senza valutazione • n.653 con valutazione di cui: ▪ n.651 con apertura progetto individuale ▪ n. 1 senza apertura progetto individuale

DENOMINAZIONE	Salute mentale, dipendenze e disabilità
DESCRIZIONE E FINALITA'	L'integrazione e l'interconnessione tra le diverse discipline.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022.
INDICATORE	➢ Assicurare i trattamenti più appropriati, accessibili e fruibili ai pazienti e ai loro familiari; ➢ Garantire precocità nella diagnosi e tempestività negli interventi al fine di assicurare l'evoluzione più favorevole alle diverse situazioni, evitando ogni rischio di cronicizzazione;
VALORE OTTENUTO	Gli obiettivi descritti sono stati raggiunti al 100%.
COMMENTO	Nella UO Psichiatria sono stati pianificati e condotti incontri di sostegno con i familiari dei pazienti con gravi disturbi mentali. Tutti gli incontri calendarizzati sono stati effettuati, per un totale di 9 incontri, nelle seguenti date del 2023: 20/1, 17/2, 24/3, 14/4, 26/5, 30/6, 15/9, 13/10, 1/12. Nella UONPIA sono stati pianificati e condotti incontri di *parent training* con i genitori dei bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico. Gli incontri sono stati effettuati nelle seguenti date del 2023: 18/9, 2/10, 16/10, 30/10, 13/11, 27/11, 4/12. La UO Psicologia ha contribuito alla conduzione degli incontri con i familiari degli adulti e dei bambini/adolescenti. Nella UO SerD, per le persone con tossicodipendenza e dipendenza da alcool, è stato garantito un primo appuntamento entro sette giorni dal primo contatto, una prima valutazione generale entro dieci giorni dal primo contatto e una valutazione multidisciplinare entro i quindici giorni successivi, con formulazione di idoneo programma terapeutico individualizzato. Nel caso di persone con dipendenza da tabacco è stata attivato, oltre alla presa in carico individuale, almeno un corso per l'anno 2023. Per le persone con dipendenza da gioco d'azzardo patologico è stata garantita l'attuazione del Progetto GAP 2023. Infine, nei giovani di età 14-19 anni è stata garantita l'erogazione di un primo appuntamento socioeducativo con valutazione fattori di protezione e di rischio presenti, oltre a uno screening di secondo livello medico e psicologico a fronte di profili di particolare vulnerabilità con agiti precoci di comportamenti a rischio.

DENOMINAZIONE	Potenziamento servizi domiciliari
DESCRIZIONE E FINALITA'	Realizzazione di n. 3 Progetti di Telemedicina: 1) Joint Action "Jadecare", partecipazione nel ruolo di partner, che aveva tra le finalità il rafforzamento della capacità delle autorità sanitarie coinvolte nell'affrontare gli aspetti fondamentali legati alla trasforazione del sistema sanitario nella transizione digitale e la assistenza integrata centrata sulla persona. 2) Progetto "Alcologia e Dipendenze nella forma della Telemedicina", partecipazione come Ente attuatore incaricato da Regione Lombardia capofila per il ministero della Salute, per il supporto allo sviluppo della Telemedicina nei Servizi di Alcologia e delle Dipendenze con costruzione di strumenti e protocolli ad hoc.

	3) Progetto di teleriabilitazione cardiologica integrata per pazienti con scompenso cardiaco, come prosecuzione del programma riabilitativo ospedaliero, nell'ambito dello studio PNRR-MAD-2022-12376159 di cui ASST Crema è parte del consorzio di centri sperimentali.
RIFERIMENTI NORMATIVI	- Intesa Conferenza Stato-Regioni del 20-02-2014 "Telemedicina, Linee di indirizzo nazionali"; - Decreto Ministero della Salute 21 settembre 2022 "Approvazione delle Linee Guida per i servizi di telemedicina"; - Legge 30 marzo 2001, n.125 "Legge Quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"; -Mnistero della salute. 2° Avviso pubblico per la presentazione e selezione di progetti di ricerca da finanziare nell'ambito del PNRR sulle seguenti tematiche: 1. Proof of concept (PoC); 2. Tumori Rari (TR); 3. Malattie Rare (MR); 4. Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali: 4.1 Innovazione in campo diagnostico, 4.2 Innovazione in campo terapeutico; 5. Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali: 5.1 Fattori di rischio e prevenzione, 5.2 Eziopatogenesi e meccanismi di malattia.
INDICATORE	1) Realizzazione di una sperimentazione di Telemedicina nel Servizi della Salute Mentale con Colloqui psicologici e Scala Honos erogati in telemedicina a n.12 utenti in carico ai Servizi di Psichiatria selezionati dalla Equipe curante. Realizzazione di una sperimentazione di Teleriabilitazione con Colloqui di Monitoraggio Sanitario e Scala Core-Om erogati in telemedicina a n.11 utenti della U.O. Riabilitazione delle Dipendenze. 2) Realizzazione di una Review scientifica sul tema della Telemedicina nelle Dipendenze. Costruzione di un Protocollo per il Monitoraggio Sanitario con netiquette dell'operatore, Netiquette dell'utente, Traccia per il Colloquio di monitoraggio, Diario elettronico per l'automonitoraggio e condivisione col curante. Sperimentazione multicentrica nazionale con oltre 70 soggetti reclutati da Servizi delle Dipendenze. 3) Organizzazione logistica del percorso di teleriabilitazione, identificazione dei contenuti, definizione delle valutazioni cliniche di inizio e fine percorso, avvio della fase di trattamento con offerta del percorso a tutti i pazienti candidabili al termine della riabilitazione degenziale o ambulatoriale presso il Presidio di Rivolta D'Adda della ASST Crema.
VALORE OTTENUTO	PROGETTI 1-2) -100% del raggiungimento degli obiettivi e rispetto delle scadenze previste dai due Progetti di Telemedicina. -Incremento della capacità dei Servizi della Salute mentale e delle Dipendenze e della competenza degli operatori che vi operano nella erogazione di Televisite e Colloqui e di Monitoraggio Sanitario in Telemedicina. - Drop out e riacutizzazioni inferiori al 10% dei partecipanti a tutte le sperimentazioni - Customer satisfacion positiva per più del 93% degli utenti partecipanti a tutte le sperimentazioni. Progetto 1) Realizzazione di n.5 videotutorial per gli operatori sulla modalità

	di organizzazione ed erogazione delle prestazioni in Telemedicina, posizionati su intranet aziendale. Convegno Aziendale conclusivo su questo tema. Progetto 2) Produzione di un Dossier sulla telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze per conto di Regione Lombardia al Ministero della Salute; Produzione di Netiquette e del Protocollo per il Monitoraggio Sanitario in Telemedicina. Realizzazione in Regione Lombardia di un Convegno Nazionale conclusivo del Progetto. Progetto 3) Organizzati e validati i percorsi clinici e logistici interni. Avviati complessivamente nel 2023 nove pazienti alla fase di teleriabilitazione.
COMMENTO	Progetto 1: Tutte le azioni progettuali sono state effettivamente eseguite in linea con le attese ed entro le tempistiche dovute. Obiettivi del progetto raggiunti al 100% Progetto 2: Tutte le azioni progettuali sono state effettivamente eseguite in linea con le attese ed entro le tempistiche dovute. Obiettivi del progetto raggiunti al 100% Progetto 3: Azioni effettivamente eseguite in linea con le attese.

DENOMINAZIONE	**Attuazione di nuove modalità di interventi a sostegno dei pazienti fragili con disabilità**
DESCRIZIONE E FINALITA'	Progetti di buone pratiche di accoglienza e accessibilità alle cure per le persone con disabilità.
RIFERIMENTI NORMATIVI	-Legge n.134/2015 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e assistenza alle famiglie" -DGR XI/5415 del 25/10/2021 "Piano Operativo Regionale Autismo".
INDICATORE	- Riunioni verbalizzate destinate alla costituzione di GDL dedicati alla presa in carico di persone con Autismo e loro familiari cui hanno partecipato Responsabili e operatori della UONPIA, CPS, UOPSI, Casa di Comunità; Comunità Sociale Cremasca; - Gruppo di Miglioramento (accreditato ECM) con periodici incontri per gli operatori della ASST di Crema che operano con soggetti autistici in età evolutiva, transizione ed adulta allo scopo di costruire la continuità assistenziale dalla minore alla maggiore età; - Avvio Attività cliniche specificatamente dedicate a persone con funzionamento dello spettro autistico in età evolutiva, di transizione ed adulti: valutazioni cognitive e funzionali refertate e registrate nelle cartelle cliniche delle U.O.; incontri di rete anche con i Servizi Sociali per la stesura di progetti di vita; Gruppo di Parent training per genitori che ricevono la prima diagnosi; Gruppo di sviluppo di Social skill per adolescenti maggiorenni.
VALORE OTTENUTO	- Realizzazione al 100% degli obiettivi previsti dal Progetto AUTER e PERVINCA; - Istituzione di Equipe multidisciplinari stabilmente dedicate alla accoglienza e alle presa in carico specialistica di persone con

	funzionamento dello spettro autistico; - Nucleo Funzionale Autismo per l'età evolutiva (ref. A. Foppa Pedretti); - Equipe Specialistica Psichiatrica Autismo (ref. S.Galvani); - Equipe per l'età di Transizione Autismo (ref. M. Patrini); - Equipe Funzionale Integrata Autismo (ref. M.L. Vailati).
COMMENTO	Nell'ambito dell'area della disabilità, l'ASST di Crema ha strutturato percorsi dedicati all'accoglienza e "presa in carico" facilitata e protetta alle persone con disabilità intellettive, relazionali, psichiche e fisiche che necessitano di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e/o assistenziali. - Attivato gruppo di lavoro; - Definiti: attività, modalità operative, professionisti coinvolti e ambiti di responsabilità; - Elaborata procedura aziendale "Percorso Fragilità" con definiti i seguenti percorsi di presa in carico: • Percorso con accesso da Pronto soccorso; • Percorso con accesso PUA; • Percorso con Accesso al Pre-ricovero e/o area Mac Crema/Rivolta; • Percorso di accompagnamento alle vaccinazioni del minore fragile con particolare riferimento ai disturbi del neurosviluppo; Realizzazione del 100%.

DENOMINAZIONE	**Prevenzione del fenomeno della corruzione Trasparenza**
DESCRIZIONE E FINALITA'	Realizzazione e attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione. Migliorare l'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Legge nr 190/2012 e smi; PNA 2022; Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) aggiornamento 2023-2025 che include la sezione Anticorruzione e Trasparenza (ex PTPCT); D.Lgs. N.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016;
INDICATORE	➢ Rispetto puntuale e corretto del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale attraverso il conseguimento delle misure di prevenzione in esso previsti; ➢ Rispetto puntuale e corretto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente; TARGET: Monitoraggio quadrimestrale.
VALORE OTTENUTO	Il livello di attuazione delle misure di prevenzione previste dalla sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO è stato pari al 95,8%. Il livello di pubblicazione dei documenti di competenza dell'anno 2023 è stato pari al 99,9%.
COMMENTO	Con delibera n. 52 del 31/01/2023 è stato adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) aggiornamento 2023-2025 che include la sezione Anticorruzione e Trasparenza (ex PTPCT).

	Si ritiene che lo stato di attuazione della sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO (definito attraverso una valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione delle misure in esso contenute) sia buono per le seguenti ragioni: i monitoraggi svolti, nell'anno 2023, sullo stato di realizzazione delle misure di prevenzione previsti dalla sezione evidenziano che le misure di prevenzione generali programmate trovano regolare applicazione all'interno dell'azienda; mentre non tutte le misure specifiche sono state pienamente implementate. In merito all' adempimento degli obblighi di trasparenza si rileva che il livello di adempimento agli obblighi di pubblicazione è in linea con le disposizioni ex d. lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare e con le indicazioni delle Linee Guida ANAC emanate con delibera n 1310/2016. Le criticità riscontrate attengono principalmente alla mancata tempestività nell'aggiornamento dei dati. Si ritiene complessivamente idonea la strategia di prevenzione della corruzione, con particolare riferimento alle misure previste nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO e attuate , per le seguenti ragioni: - il coinvolgimento dei Dirigenti aziendali nel processo di gestione del rischio e nell' individuazione delle misure di prevenzione; - il costante monitoraggio attuato dal RPCT sulla applicazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza; - l'inclusione degli adempimenti previsti dalla sezione Anticorruzione e Trasparenza tra gli obiettivi di Budget.

DIMENSIONE: ECONOMICITA'

DENOMINAZIONE	Tempi di pagamento
DESCRIZIONE E FINALITA'	Riduzione/mantenimento dei tempi di pagamento beni e servizi secondo le tempistiche previste dalla normativa vigente.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR N° XI / 7758 del 28/12/2022 DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2023 – (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI E LUCCHINI) – (paragrafo: pagamento verso fornitori).
INDICATORE	Monitoraggi trimestrale degli indicatori di tempestività medio dei pagamenti, in linea con le regole di Sistema Regionali (PCC).
VALORE OTTENUTO	Il valore dell'ITP annuale al 31/12/2023 è pari a -28,79 giorni.
COMMENTO	Trimestralmente la SC BPFC verifica l'indice di tempestività dei pagamenti (ITP) confrontando i dati presenti in PCC e i dati estratti dal programma amministrativo contabile (Eusis). Il valore dell'ITP annuale al 31/12/2023 è pari a -28,79 giorni (PCC -28 gg.), rispetto a -27,10 giorni dell'anno 2022. E' stato trimestralmente pubblicato sul sito internet aziendale dell'Amministrazione Trasparente e illustrato nella Relazione del Direttore Generale in occasione dei CET e in sede di Bilancio di Esercizio 2023.

DENOMINAZIONE	Recupero Crediti e mancate disdette
DESCRIZIONE E FINALITA'	Sollecito pagamento ticket (diritto di credito) agli utenti che hanno fruito di una o più prestazioni sanitarie il cui ticket risulta insoluto oltre al recupero per mancate disdette in base alla normativa vigente.
RIFERIMENTI NORMATIVI	RECUPERO CREDITI: - artt. 1219 e 2943 del Codice Civile; - art. 474 del Codice di procedura civile; - D.P.R. 602/1973 e ss.mm.ii.; - D.M. 321/199; MANCATE DISDETTE: DRG XI/1046 del 17/12/2018.
INDICATORE	Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti
VALORE OTTENUTO	100% L'attività è in linea con quanto richiesto e con le tempistiche previste dai regolamenti aziendali.
COMMENTO	RECUPERO CREDITI Il target è stato rispettato in quanto: • per anni precedenti a novembre 2023 inviare solleciti fino al 2018: o crediti da gennaio 2010 a dicembre 2014 sollecitati tramite raccomandata R/R; o crediti da gennaio 2015 caricati sul Portale di Agenzia delle Entrate-riscossione: ▪ codici bianchi di Pronto Soccorso: da gennaio 2015 a settembre 2023; ▪ ticket: da gennaio 2015 a settembre 2021; • a dicembre 2023 inviare ad Agenzia delle Entrate i solleciti di ottobre 2023, come da Regolamento: per l'anno 2023 è stata rispettata la programmazione come da Regolamento e vengono caricati ogni mese i crediti risalenti ai due mesi precedenti, pertanto a dicembre è stato caricato il mese di ottobre 2023. MANCATE DISDETTE Il target è stato rispettato in quanto a dicembre 2023 le sanzioni relative agli anni precedenti (da gennaio 2019 a febbraio 2020 (interruzione dovuta allo stato di emergenza per Sars-Covid 19) sono state inviate. Inoltre, sono state inviate anche le sanzioni relative al periodo post emergenza sanitaria, quindi da aprile 2022. L'emissione delle sanzioni è in linea con le tempistiche richieste dal Regolamento.

DENOMINAZIONE	Perseguimento degli obiettivi di bilancio definiti a livello regionale e alle regole di sistema
DESCRIZIONE E FINALITA'	Mantenimento equilibrio di bilancio.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR N° XI / 7758 del 28/12/2022 DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2023 – (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI E LUCCHINI).
INDICATORE	Mantenimento del rapporto tra macro aggregati di costo e di ricavo (costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio), in coerenza con le assegnazioni di costo e ricavo.
VALORE OTTENUTO	Pareggio di Bilancio 2023 in coerenza alla assegnazione con Decreto Presidenza n. 7950 del 24/05/2024 di Regione Lombardia.
COMMENTO	La coerenza del rapporto tra macro-aggregati di costo e di ricavo (Costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio) e le assegnazioni regionali è stata verificata e mantenuta in occasione dei CET dell'anno 2023 e del Bilancio d'esercizio 2023 approvato dall'Azienda con atto deliberativo n. 440 del 28/05/2024, che si è chiuso in pareggio e in coerenza alla assegnazione con Decreto Presidenza n. 7950 del 24/05/2024 di Regione Lombardia.

DENOMINAZIONE	Ammodernamento del parco tecnologico e sviluppo delle infrastrutture tramite l'utilizzo di specifici finanziamenti
DESCRIZIONE E FINALITA'	Sostituzione delle grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico assegnate da Regione Lombardia con fondi PNRR.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Component 2 – Mission 6- Grandi Apparecchiature.
INDICATORE	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento. Target: rendicontazione trimestrale.
VALORE OTTENUTO	I cronoprogrammi hanno scadenza 31/12/2024. Gli step di acquisto, installazione e collaudo sono stati condizionati dalla tempistica delle gare CONSIP centralizzate per l'acquisto delle apparecchiature assegnate con fondi PNRR. Ad inizio 2023 è stato emesso ordine per l'ecotomografo ad uso internistico per la Radiologia dell'Ospedale Maggiore di Crema ed a maggio 2023 è stato installato e collaudato.
COMMENTO	Nel corso del 2023 si è mantenuto monitorato l'andamento della gara centralizzata CONSIP per l'acquisto di un ortopantomografo con 3D da installare a Rivolta d'Adda che al 31/12 non era ancora conclusa. Nel 2023 si è più volte interloquito con Regione Lombardia per individuare la forma di acquisto più opportuna del telecomandato digitale destinato alla Radiologia dell'Ospedale Maggiore di Crema. A fine 2023 si è individuata una gara della Centrale Acquisti regionale ARIA e si è chiesto autorizzazione al suo utilizzo, impegnando i fondi PNRR.

DIMENSIONE: EFFICACIA INTERNA E ORGANIZZATIVA

DENOMINAZIONE	Controlli interni
DESCRIZIONE E FINALITA'	Rafforzamento degli strumenti di controllo interni.
RIFERIMENTI NORMATIVI	LR n. 17 del 4/06/2014; DGR n. XI/6387/2022; Piano annuale di attività di audit 2023.
INDICATORE	Consolidamento attività congiunta dei controlli interni; Svolgimento di audit nei tempi prefissati.
VALORE OTTENUTO	Audit eseguiti nr 3
COMMENTO	Nell' anno 2023 sono stati eseguiti i seguenti AUDIT: *Nr. 1 Prosecuzione Audit 3-2022 Acquisizione del personale: Verifica Procedura rinnovo incarico dirigenziale di struttura complessa in base al CCNL vigente.* AREE AUDITATE: UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ELEMENTI DI ATTENZIONE: Le note operative interne redatte nel maggio 2022 non sono complete rispetto ai tempi procedimentali e vanno implementate al fine di istituire una procedura interna. I rinnovi degli Incarichi di struttura complessa esaminati (SC Direzione Amministrativa di presidio, SC Ostetricia e ginecologia, SC Riabilitazione Respiratoria) sono stati avviati antecedentemente la data di scadenza degli stessi ma i tempi procedimentali si sono protratti ben oltre la scadenza. *Nr.2: Contratti pubblici: Procedura di acquisto servizio di gestione dei rifiuti sanitari.* AREE AUDITATE: UOC Gestione Acquisti, Direzione Medica dei presidi ELEMENTI DI ATTENZIONE: Premesso che il capitolato di gara dispone che i sistemi di pesatura debbano essere tarati a intervalli regolari, dalle verifiche condotte è emerso che non sono stati prodotti, dall'aggiudicatario al referente dell'Azienda, i certificati annuali relativi all'attività di verifica e taratura. Riguardo alla fatturazione del servizio si rileva che nel CT all'art.8 è previsto quanto segue: "Il quantitativo fatturabile in chilogrammi è quello rilevato dalla pesatura effettuata alla partenza e riportata sia sullo scontrino che sul formulario identificazione rifiuti". Si riscontra difformità operativa in quanto la fatturazione viene effettuata sui quantitativi pesati a destinazione. *Nr.3: Percorso attuativo della certificabilità (PAC) del Bilancio aziendale: Area F Crediti e Ricavi – Procedura P7 Altri Ricavi.* AREE AUDITATE: UOC Programmazione bilancio contabilità e strutture di riferimento. ELEMENTI DI ATTENZIONE: Dall' analisi della Procedura PAC è emerso che: 1) a pagg. 10-11 la tabella 3. Tempistiche deve essere aggiornata nei campi Soggetto e Tempistiche; 2) la modalità di riscossione presente nella tabella a pagg. 5-6-7 deve essere aggiornata prevedendo l'utilizzo del PAGOPA in sostituzione del Bonifico; 3) l'assenza di specifiche check list relative alla fase di controllo della documentazione inviata dagli altri uffici.

DENOMINAZIONE	Valorizzazione del capitale umano
DESCRIZIONE E FINALITA'	Sviluppo delle competenze.
RIFERIMENTI NORMATIVI	CCNL Dirigenza Area Sanità del 19 dicembre 2019; CCNL Dirigenza Funzioni Locali del 17 dicembre 2020; CCNL Comparto Sanità del 03 novembre 2022.
INDICATORE	Implementazione degli incarichi dirigenziali e di funzione al personale dipendente; realizzazione delle iniziative previste dal piano di formazione 2023
VALORE OTTENUTO	Conferimento incarichi dirigenziali di tipo gestionale: 17 Conferimento incarichi dirigenziali di tipo professionale: 7 Conferimento incarichi di funzione: 21
COMMENTO	Nell'anno appena concluso, l'organizzazione ha intrapreso un impegno strategico per valorizzare il capitale umano, riconoscendo quale elemento strategico lo sviluppo delle competenze, dell'esperienza e dell'apporto lavorativo del personale dipendente. L'indicatore significativo del conferimento degli incarichi dirigenziali e di funzione è la dimostrazione dell'impegno perseguito da parte dell'Amministrazione nella valorizzazione del capitale umano.La creazione di percorsi di carriera ben definiti è, appunto, un elemento cruciale per la valorizzazione del capitale umano. Questa leva strategica non solo stimola le risorse umane ad esprimere il loro pieno potenziale, ma contribuisce anche a creare un ambiente lavorativo in cui ciascuno si sente valorizzato e riconosciuto. Inoltre, favorisce lo sviluppo personale e professionale, assicurando che l'organizzazione disponga delle competenze necessarie per raggiungere gli obiettivi strategici. Nella successiva annualità, l'organizzazione continuerà a concentrarsi su queste iniziative, con l'obiettivo di migliorare ulteriormente le performance e di creare un ambiente di lavoro ancora più gratificante e produttivo, attraverso la responsabilizzazione delle competenze. La valorizzazione del capitale umano rimarrà una priorità strategica per la nostra Amministrazione.

DENOMINAZIONE	Flusso Contratti
DESCRIZIONE E FINALITA'	Dismissione dell'Osservatorio Acquisti e introduzione del nuovo "flusso contratti regionale" tramite piattaforma SMAF.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR 7758 del 29/12/22 – All. 7 p.9.
INDICATORE	Dismissione dell'Osservatorio Acquisti e introduzione del nuovo "flusso contratti regionale" tramite piattaforma SMAF secondo le indicazioni regionali. Target previsto: 70%.
VALORE OTTENUTO	86,25%
COMMENTO	Nell'anno 2023 è stato attivato il nuovo Flusso Contratti secondo quanto previsto dalla DGR 7758/2022. La SC Gestione Acquisti provvede mensilmente all'estrazione degli errori, all'invio degli stessi alle SC competenti per la correzione ed al successivo caricamento in SMAF del Flusso. Il target previsto per l'anno 2023 pari al 70%, è stato ampiamente raggiunto e risulta uno dei migliori risultati a livello regionale.

DENOMINAZIONE	Pari opportunità ed equilibrio di genere
DESCRIZIONE E FINALITA'	1. Conciliazione vita lavoro- famiglia: favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari dei dipendenti; 2. Formazione/Eventi su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione; 3. Iniziative formative legate alla medicina di genere.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022.
INDICATORE	1. La possibilità di avere un'articolazione oraria della prestazione lavorativa compatibile con la cura dei figli, familiari; La possibilità di fruire del lavoro in modalità agile ai sensi del Regolamento aziendale in materia; 2. Formazione/Eventi su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione; 3. Iniziative formative legate alla medicina di genere.
VALORE OTTENUTO	1. 100%. 2. 100%. 3. 100%.
COMMENTO	1. Nella ASST di Crema, si è pienamente consapevoli dell'importanza di un equilibrio tra vita professionale e personale. Si riconosce inoltre che il benessere delle Risorse Umane è fondamentale per il buon funzionamento della nostra Amministrazione. A conferma dell'impegno per la conciliazione vita-lavoro, sono da diverso tempo state introdotte fasce di ingresso flessibili per il personale non turnista. Questa iniziativa offre ai dipendenti la libertà di prendere servizio in una fascia temporale flessibile che si adatta meglio alle loro esigenze personali, pur contemperando la necessità di garantire elevanti standard quali-quantitativi. E' convinzione che questa flessibilità possa contribuire a ridurre lo stress, aumentare la produttività e migliorare la soddisfazione sul lavoro, mantenendo al contempo l'efficienza operativa. Inoltre, l'Amministrazione ha strutturato un percorso ormai consolidato per offrire al proprio personale dipendente, nei limiti contrattualmente previsti, la possibilità di fruire dell'orario ridotto, in modo orizzontale, bilanciando da un lato le esigenze aziendali e dall'altro quelle del singolo dipendente. È stato inoltre avviato un percorso di sviluppo del lavoro agile che consentirà progressivamente, per i profili lavorativi che effettuano una prestazione lavorativa smartabile, di lavorare in modo flessibile e autonomo, conciliando le diverse necessità individuali e contribuendo alla produttività complessiva dell'organizzazione. Si auspica che tale istituto faciliti la conciliazione della prestazioni lavorative e delle esigenze individuali, limitando la casistica che talvolta si osserva, del personale che per esigenze personali, si trova costretto a fruire di periodi di aspettativa/congedo sospendendo in toto l'effettuazione della propria prestazione lavorative. L'Amministrazione è fermamente impegnata a creare un ambiente di lavoro che valorizzi e promuova l'equilibrio tra vita e lavoro, continuando a sviluppare e implementare politiche e pratiche che sostengano questo obiettivo, sempre nel rispetto degli obiettivi di valore pubblico che

	l'Amministrazione intende raggiungere. Azioni Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie: • Incontro con coordinatori per condivisione della politica di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare dei collaboratori gestiti • Mappatura della presenza di coniugi e/o conviventi e/o altre situazioni particolari rappresentate dal dipendente (es. genitore unico, etc….) • Pianificazione della turnistica finalizzata alla conciliazione tra tempi di vita lavorativa, familiare e cura dei figli (es: turno alternato) se richiesta dal dipendente • Nel 2023 non sono pervenute alla DAPSS segnalazioni di non accoglimento richieste. 2. Sono state introdotte le seguenti azioni: • E' stato costituto un gruppo di lavoro per la revisione della procedura organizzativa di prevenzione e/o gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. • E' stato reso disponibile sulla piattaforma Syllabus il corso: "RIForma Mentis Costruiamo una nuova cultura contro le molestie sul lavoro" promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica - Presidenza del Consiglio dei Ministri con lo scopo di sensibilizzare le lavoratrici e i lavoratori sull'importanza di un luogo di lavoro sano, fondato sulla cultura del rispetto e orientato alla parità di genere e alle pari opportunità, che ha l'obiettivo di far acquisire consapevolezza sui diversi tipi di discriminazioni legate al genere che i lavoratori, in particolare le donne, posso subire sul luogo di lavoro, fornendo le conoscenze giuridiche e organizzative di base utili per riconoscere le situazioni di rischio e per individuare le relative soluzioni. 3. Sono stati invitati, attraverso l'invio di mail, i membri del CUG e i medici specialisti a partecipare a convegni, eventi organizzati dalla Fondazione Onda quali ad esempio: • Podcast "Dalla medicina di genere ai percorsi clinici dedicati alle donne"; • 7° congresso nazionale "L'impatto delle diseguaglianze di genere sulla salute e sulla ricerca scientifica"; • Conferenza del Mese Rosa sul "Tumore al seno metastatico • Seminario formativo "Verso la certificazione della parità di genere - Tutela della genitorialità e conciliazione vita-lavoro".

DIMENSIONE: DIGITALIZZAZIONE E SEMPLIFICAZIONE

DENOMINAZIONE	DIGITALIZZAZIONE "Sistema di gestione digitale del territorio"
DESCRIZIONE E FINALITA'	Rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Missione 6 del PNRR DM 77/2022; Deliberazione N° XI / 7758 del 28/12/2022; Deliberazione N° XI/5872 del 24/01/2022.
INDICATORE	Attivazione delle funzionalità necessarie ad implementare i principali processi di ambito territoriale: ▪Assistenza Domiciliare Integrata; ▪Dimissione Protetta; ▪Gestione dei servizi infermieristici territoriali; TARGET: rispetto delle indicazioni stabilite dalla DG Welfare.
VALORE OTTENUTO	Raggiungimento dei seguenti obiettivi: - Utilizzo della piattaforma SGDT presso il Punto Unico di Accesso (PUA): Raggiungimento obiettivo 100%; - Utilizzo della piattaforma SGDT presso gli ambulatori infermieristici della CdC di Crema e OdC di Rivolta D'Adda: Raggiungimento obiettivo 100%; - Utilizzo della piattaforma SGDT nell'ambito delle Dimissioni protette: progetto sperimentale in collaborazione con i reparti di pneumologia, riabilitazione respiratoria e cardiologica di Rivolta d'Adda: Progetto in corso raggiungimento obiettivo 30%; - EVM (ADI Valutativa): Dismesso il portale ATS Teknè e migrati tutti i pazienti sulla nuova piattaforma SGDT. Raggiungimento obiettivo 100%.
COMMENTO	Una sintesi delle principali attività concluse: Effettuati nel corso dell'anno 2023 num. 9 incontri formativi e di confronto sui modelli operativi in essere tra il personale ASST ed i referenti ARIA. Identificazione del personale presso il polo territoriale ed il polo ospedaliero e profilazione dello stesso con le nuove credenziali PDA/PDR per la piattaforma SGDT. Compilazione, in collaborazione con ufficio affari generali e legali e Data Protection Officer (DPO) dei nuovi moduli privacy per utilizzo della piattaforma. Simulazione in ambiente di test delle attività di: presa in carico paziente, dimissioni protette, inserimento anagrafica, e compilazione scale valutative ed attivazione servizi.

<table>
<tr><th>DENOMINAZIONE</th><th>DIGITALIZZAZIONE
"Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliere"</th></tr>
<tr><td>DESCRIZIONE E FINALITA’</td><td>Potenziamento del livello di digitalizzazione dei DEA:
▪ Implementazione dell'order entry;
▪ Implementazione del nuovo sistema di Cartella clinica Elettronica;
▪ Progettazione ed introduzione di nuovi sistemi per l'Automazione della logistica del farmaco.</td></tr>
<tr><td>RIFERIMENTI NORMATIVI</td><td>PNRR.</td></tr>
<tr><td>INDICATORE</td><td>Partecipare attivamente alle attività progettuali e all'implementazione dei nuovi servizi
TARGET:
- rispetto delle indicazioni stabilite dalla DG Welfare;
- entro l'anno 2023 attivazione puntuale dei servizi implementati:
▪ order entry;
▪ ADT;
▪ Firma remota.</td></tr>
<tr><td>VALORE OTTENUTO</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>COMMENTO</td><td>Relativamente agli adempimenti conseguenti al PNRR sopra descritto si è in linea con quanto prescritto, in particolare le azioni necessariamente attivabili:
• ADT: attivato in tutta la Azienda dal 12.12.2023
• Order Entry: avviate tutte le integrazioni, modificabili in relazione delle indicazioni regionali sull’implementazione di quello contenuto nella CCE
• Firma remota: tutti i medici hanno dispositivo e attivazione della firma remota.
<table>
<tr><td>Alla ASST Crema sono stati riconosciuti 5,580 mln € per la digitalizzazione del presidio DEA di Crema
Sintesi stato importi ASST Crema</td><td>Sintesi stato progetti[1] ASST Crema</td></tr>
<tr><td>
</td><td>
</td></tr>
<tr><td>⚠ 1.570.000 € sono destinati ad approvvigionamento HW/altri fabbisogni non indirizzabili su lotti CONSIP autorizzati</td><td>⚠ 2.487.000 € di progettualità sono vincolate ad approvvigionamenti non indirizzabili su lotti CONSIP autorizzati</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

DENOMINAZIONE	DIGITALIZZAZIONE "Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico"
DESCRIZIONE E FINALITA’	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022.
INDICATORE	Attuare gli interventi tecnici e organizzativi necessari alla trasformazione del FSE da raccoglitore di documenti a gestore dei dati strutturati degli assistiti TARGET entro il primo semestre 2023 aggiornare le versioni dei proprio software, introdurre tecnologie di firma digitale Pades e implementare i nuovi scenari di integrazione.
VALORE OTTENUTO	100%.
COMMENTO	Applicativi migrati al FSE2.0 giugno 2023: RIS, LIS e PS . 12/12/2023 LDO – LDO è stata integrata a settembre per il necessario cambio dell’ADT che è stato messo in produzione il 12/12/202.

DENOMINAZIONE	Miglioramento continuo del livello di sicurezza dei sistemi informativi
DESCRIZIONE E FINALITA’	Innalzamento del livello di sicurezza informatica dell'intera architettura dei sistemi informativi: ▪ Introduzione e attivazione di un servizio di Cyber Threat Intelligence
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022
INDICATORE	Entro il primo trimestre 2023, con il supporto di ARIA s.p.a. predisporre il piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e la programmazione degli interventi tecnici e organizzativi, con quantificazione e allocazione delle relative risorse. Installazione delle nuove linee di comunicazione sulla base del progetto infratel.
VALORE OTTENUTO	100%
COMMENTO	Redazione del piano di sicurezza entro le tempistiche richieste da RL. Proseguimento del percorso “sicurezza” con ARIA e RL con incontri e attività periodiche seguendo un GANTT regionale.

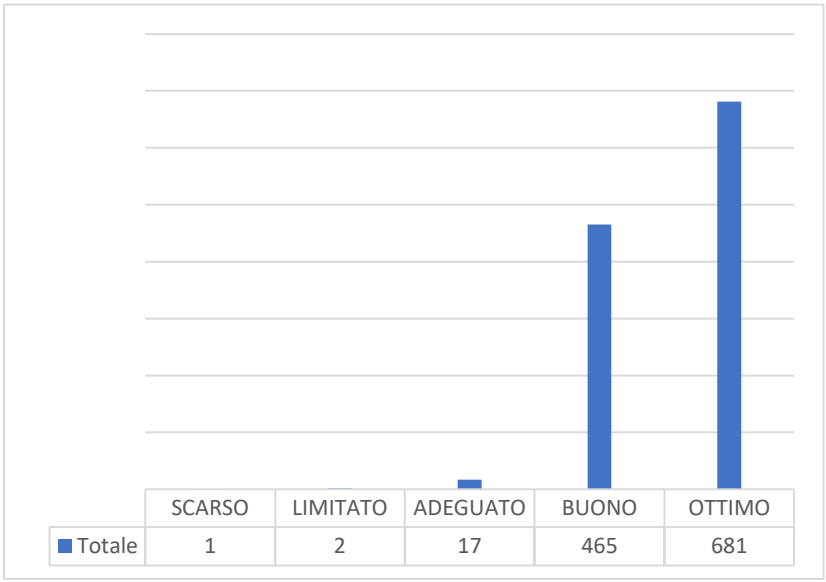
DENOMINAZIONE	Sanità connessa
DESCRIZIONE E FINALITA’	Adesione al progetto "infratel".
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022.
INDICATORE	Installazione delle nuove linee di comunicazione sulla base del progetto infratel TARGET: rispetto delle indicazioni stabilite dalla DG Welfare.
VALORE OTTENUTO	100%.
COMMENTO	Adesione progetto INFRATEL SANITA’ CONNESSA. GANTT di attivazioni presso le varie ASST predisposto da RL con società aggiudicatarie.

DENOMINAZIONE	Semplificazione dei percorsi fisico e digitale ai cittadini
DESCRIZIONE E FINALITA'	Miglioramento dei sistemi di accoglienza; Potenziamento dell'infrastruttura fruibile via internet da parte del cittadino.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI/7758 del 28/12/2022.
INDICATORE	➢ Zero coda; ➢ Numero dei reclami; ➢ Progetto accoglienza; ➢ Pago PA.
VALORE OTTENUTO	N° Accessi al CUP tramite Zero Coda 2023 (media giornaliera 305) e 2022 (media giornaliera 280) con un aumento di oltre il 9%; N° Reclami 12 (N° Encomi 2).
COMMENTO	Accessi al CUP tramite **Zero Coda**: E' stato aggiornato il sito aziendale consigliando la prenotazione: per ulteriore sensibilizzazione sono state espletate interviste a campione agli utenti presso il CUP nonché campagne stampa. Allo sportello CUP, al momento della consegna all'utente del pro-memoria prenotazione, l'operatore allega anche il modulo **PagoPA** e ne incentiva verbalmente l'utilizzo. Completamento del **progetto accoglienza**: • installazione nuovi TOTEM MULTIFUNZIONE; • installazione sistema accoglienza in radiologia; • sostituzione totem obsoleti; • aggiornamento versione sw elimina code. Installazione nuovi riscuotitori automatici integrati al sw aziendale Camelia-CUP. I **reclami** sono stati immediatamente presi in carico e, ove pertinenti, sono state poste in essere azioni correttive per evitare il ripetersi dei disservizi segnalati.

Misurazione e valutazione delle performance individuali

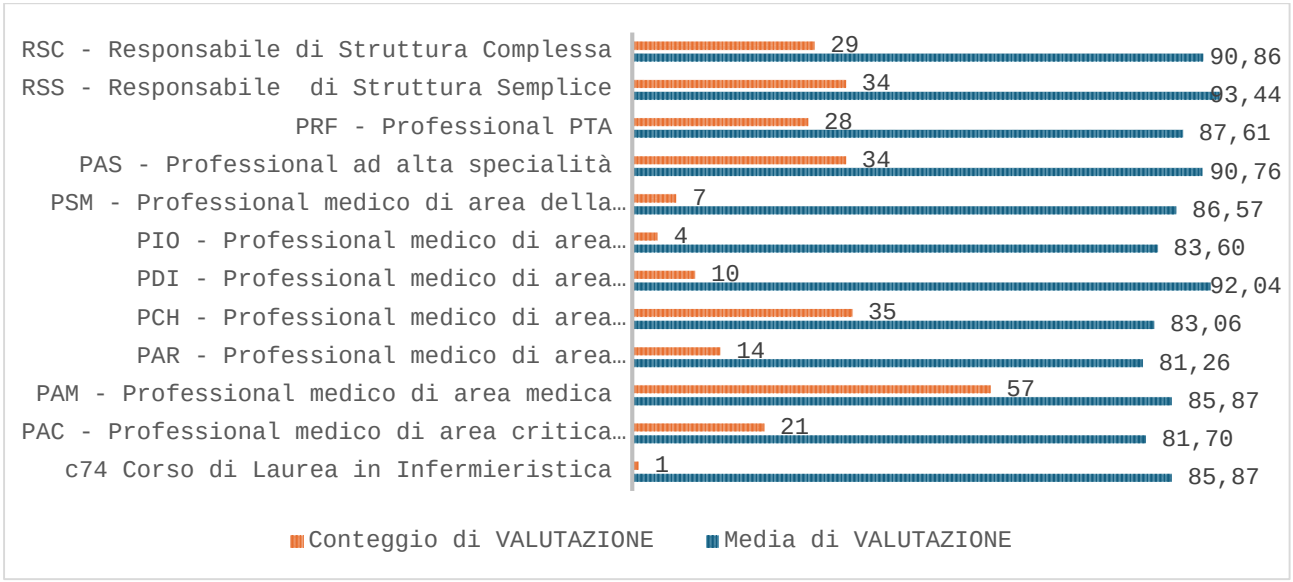
Il ciclo di gestione delle performance si completa con la valutazione individuale del personale dipendente, appartenente sia alla dirigenza che al comparto. Tale valutazione si basa sul sistema di valutazione adottato dall'azienda e coinvolge i valutatori di prima istanza, ovvero i Responsabili o Coordinatori delle unità operative aziendali.
La performance individuale rappresenta il contributo di ciascun dipendente verso il raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa di appartenenza. Questo processo presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una visione comune dell'operatività, basata sull'integrazione di diverse professionalità.
La valutazione individuale si basa su obiettivi specifici e competenze, valutate attraverso la compilazione di una scheda predisposta nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale. Durante il colloquio, si tiene conto sia della qualità della prestazione fornita dal dipendente che del livello di partecipazione quantitativo e qualitativo nel raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.
La valutazione dei risultati individuali è collegata alla retribuzione accessoria, che fa parte del Fondo di Risultato per la dirigenza e del Fondo per la Produttività Collettiva del comparto.
Recentemente, il processo di valutazione del personale del comparto è stato innovato con l'introduzione di un nuovo sistema di valutazione individuale a partire dal 2023. Questo nuovo sistema supera il concetto di punteggio standard presente nel precedente sistema di valutazione e introduce il risultato della performance organizzativa della unità operativa di appartenenza quale componente fissa del 50% del punteggio totale. L'esame della media del punteggio ottenuto dal personale del comparto è stato pari 46,9/50, e il 38,32% dei dipendenti ha ottenuto una valutazione superiore alla mediana aziendale.
Per quanto riguarda la dirigenza, il sistema di valutazione rimane invariato anche per l'annualità 2023. La media dei dirigenti è stata pari al 87,42%, e il 49,44% dei dipendenti dirigenti ha ottenuto una valutazione superiore alla mediana aziendale.
Le distribuzioni dei punteggi sono rappresentate nei due grafici seguenti, rispettivamente per il comparto e per la dirigenza.

DISTRIBUZIONI DELLE VALUTAZIONI DEL COMPARTO PER RANGE DI PUNTEGGIO



COMPARTO	
# VALUTATI	1166
# VALUTATORI	73
MEDIA VALUTATI/VALUTATOI	15,97
MEDIA VALUTAZIONI	46,90
MEDIANA VALUTAZIONI	48
DEVIAZIONE STANDARD	3,46
VALUTAZIONE MINIMA	24
VALUTAZIONE MASSIMA	50

CONTEGGIO E MEDIA DELLE VALUTAZIONI DELLA DIRIGENZA PER TIPOLOGIA DI SCHEDA



DIRIGENZA	
# VALUTATI	274
# VALUTATORI	38
MEDIA VALUTATI/VALUTATORI	7,21
MEDIA VALUTAZIONI	87,42
MEDIANA VALUTAZIONI	87,88
DEVIAZIONE STANDARD	9,79
VALUTAZIONE MINIMA	50
VALUTAZIONE MASSIMA	100