

# Piano della Performance per il triennio 2016-2018



---

# 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

## PIANO DELLA PERFORMANCE 2016 - 2018

Efficienza nella gestione	Pag. 10
Processi organizzativi	Pag. 12
Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza	Pag. 13
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Pag. 16
Attività di risk management	Pag. 18
Implementazione della L.R. 23/2015	Pag. 20
Attività legata agli obiettivi di trasparenza e lotta alla corruzione	Pag. 21

---

# 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; i vari piani 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”.

### 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 una importante chiarezza nell’esposizione dei contenuti ed una migliore adeguatezza rappresentativa) sia i contributi forniti dal Nucleo di Valutazione Aziendale che, attraverso puntuali suggerimenti e definendo opportune linee di indirizzo, fornisce costantemente un solido supporto all’azienda nella fasi di programmazione e di valutazione sia, ovviamente, quanto richiamato all’interno del Decreto Legislativo 150/2009.

In questo senso, richiamando proprio gli indirizzi dell’O.I.V. regionale, per la redazione del presente documento, 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;
- 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 sette distinte categorie, anche con l'intento di aumentare la chiarezza espositiva nella lettura e nella rendicontazione. Tali categorie sono:

- efficienza gestionale;
- processi organizzativi;
- efficacia, appropriatezza, qualità dell'assistenza;
- accessibilità e soddisfazione dell'utenza;
- attività di risk management;
- implementazione di quanto richiesto dalla Legge Regionale 23/2015;
- legame con l'area della trasparenza e delle norme anti-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 calcolo ed il valore di riferimento; ogni obiettivo pertanto presenta un'adeguata contestualizzazione e risulta di immediata comprensibilità.

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.

Gli obiettivi riportati nel Piano trovano poi traduzione, attraverso formulazioni e diciture appositamente declinate, all'interno dei prospetti di budget annuali.

In conclusione, attraverso il presente documento l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema ha inteso esplicitare le proprie progettualità per il triennio in corso evidenziando, di fatto, punti di forza e obiettivi di sviluppo da perseguire nel corso della propria gestione; se da un lato ciò viene implementato nel rispetto delle vigenti normative in tema di trasparenza dell'attività delle pubbliche amministrazioni, dall'altro la Direzione dell'ASST ha colto l'occasione per mostrare di disporre di 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.

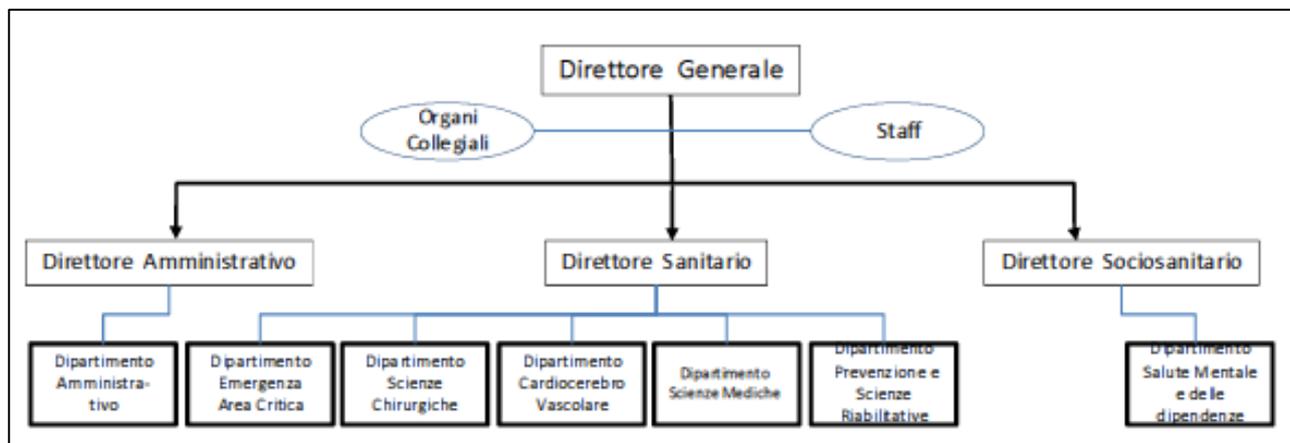
In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

- 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;

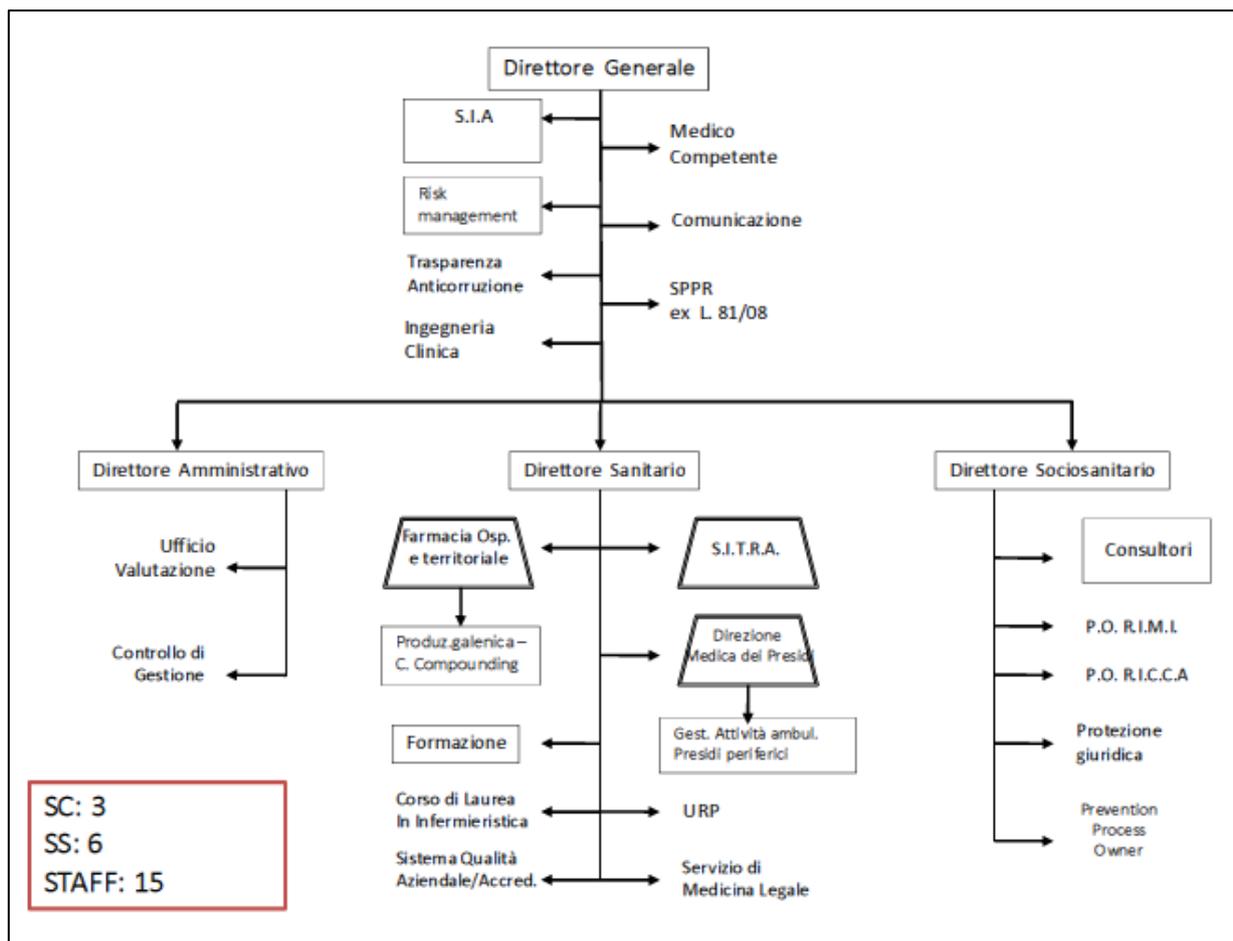
Su tali principi l'azienda ha redatto ed inviato entro i tempi previsti il POAS.

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 Residenzialità 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;

Si stima per il 2017 il consolidamento del trend in riduzione del tasso di ospedalizzazione, verisimilmente incompressibile, anche per il recupero di parte della mobilità passiva.

Nel solo Presidio di Crema i posti letto effettivi ordinari e day hospital sono 356 (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 2,0 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; raggiunge il 146/100000 se consideriamo tutti i ricoverati del distretto in qualsiasi ospedale e addirittura il 105/100000 per i soli ricoveri all'Ospedale di Crema. 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**

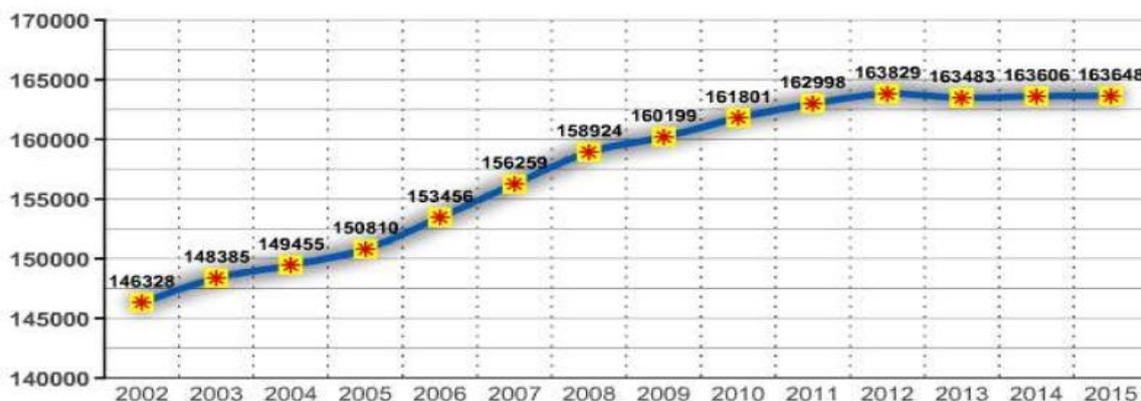
Il bacino di utenza prevalente è l'Area Nord della Provincia di Cremona sostanzialmente corrispondente al distretto Socio-Sanitario di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona. La L.R. n.23/2015, infatti istituendo l'ASST di Crema, ha stabilito che l'ASST comprende il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie 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).

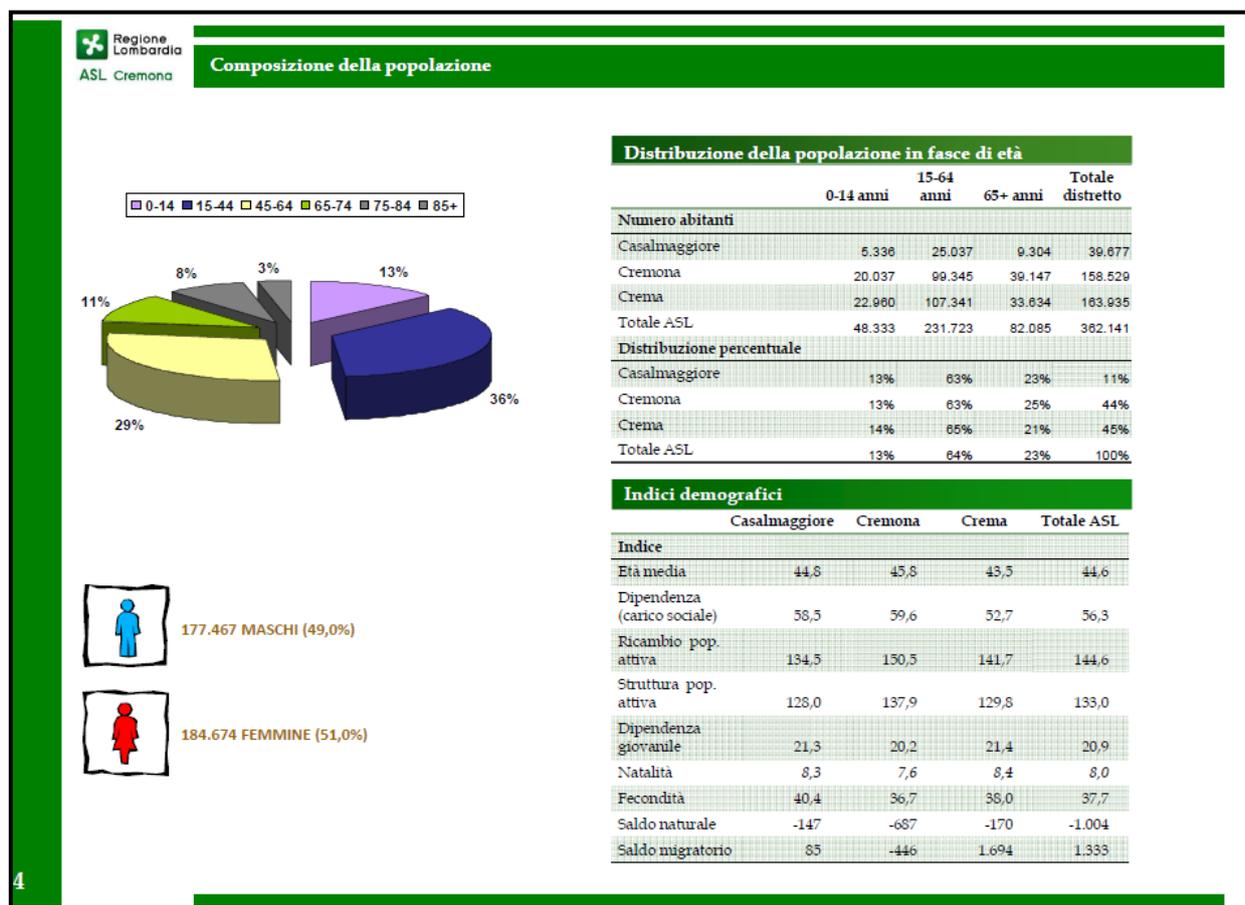
Il contesto demografico del Territorio della neonata ASST di Crema riveste alcune peculiarità di rilievo ed interesse nella programmazione e realizzazione dei servizi sanitari: il territorio della ASST infatti si identifica in buona sostanza con il precedente Distretto di Crema della ex ASL della Provincia 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.



Peculiare è inoltre la situazione demografica della Provincia di Cremona che si caratterizza per i seguenti elementi:

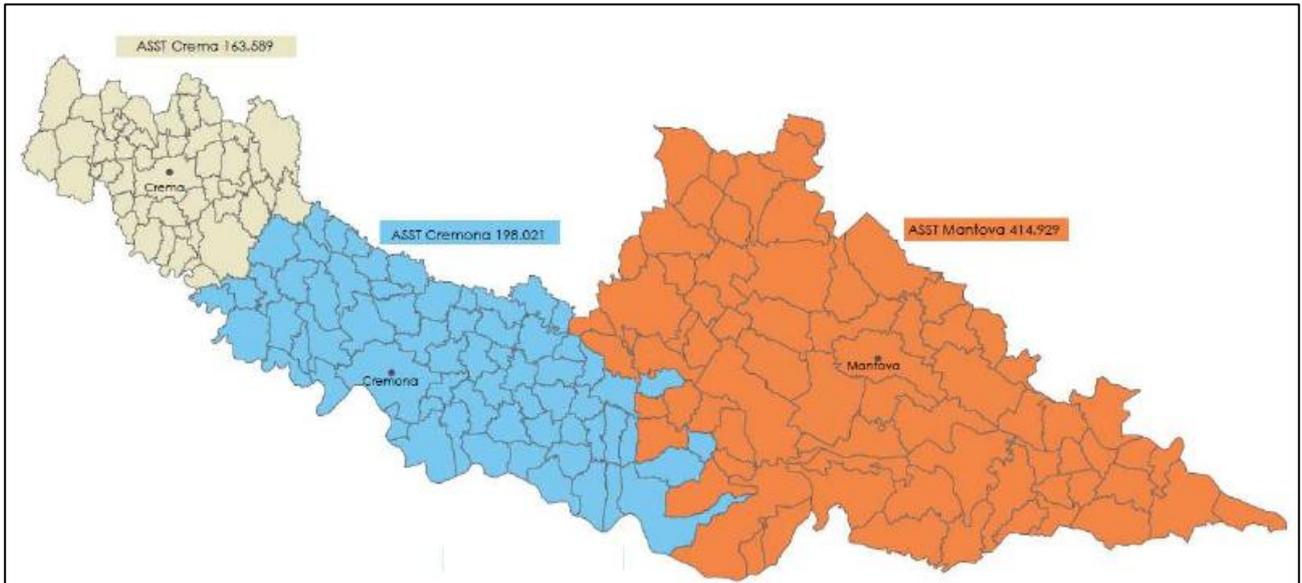
- il costante incremento demografico, rispetto all'anno precedente, della popolazione del distretto di Crema (+0,1%) a fronte del decremento della popolazione nel distretto di Cremona (-0,85%) e di Casalmaggiore (-0,4%);
- una significativa riduzione dell'indice di natalità: 8,4 contro il 9,7 dell'anno precedente.

La tabella seguente analizza il posizionamento dell'ASST di Crema rispetto agli altri distretti dell'ATS:



---

Il distretto di Crema ha una popolazione di circa 164.000 abitanti, suddivisi in 48 comuni, e rappresenta il 45% della popolazione rispetto all'ambito territoriale della ex Provincia di Crema e il 21,1% della popolazione della ATS della Val Padana. La sua estensione è di circa 572 Km<sup>q</sup>.



## IL PIANO DELLA PERFORMANCE 2016-2018

### Efficienza nella gestione

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento del livello di produzione																																				
<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 da tabelle regionali / Produzione prevista da Bilancio consuntivo																																				
<b>VALORE TARGET</b>	<p>Si riportano i dati relativi all'anno 2015:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Voce di produzione</th> <th style="text-align: right;">Effettivo 2015</th> <th style="text-align: right;">Consuntivo 2015</th> <th style="text-align: right;">Indicatore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatoriali</td> <td style="text-align: right;">26.653.496,70</td> <td style="text-align: right;">25.538.000,00</td> <td style="text-align: right;">1,04</td> </tr> <tr> <td>Screening</td> <td style="text-align: right;">178.538,36</td> <td style="text-align: right;">171.000,00</td> <td style="text-align: right;">1,04</td> </tr> <tr> <td>Ricoveri</td> <td style="text-align: right;">55.680.592,00</td> <td style="text-align: right;">54.182.000,00</td> <td style="text-align: right;">1,03</td> </tr> <tr> <td>Sub Acuti</td> <td style="text-align: right;">2.178.110,00</td> <td style="text-align: right;">1.222.000,00</td> <td style="text-align: right;">1,78</td> </tr> <tr> <td>NPI + Progetti</td> <td style="text-align: right;">1.142.427,50</td> <td style="text-align: right;">1.117.000,00</td> <td style="text-align: right;">1,02</td> </tr> <tr> <td>NRS</td> <td style="text-align: right;">680.319,00</td> <td style="text-align: right;">674.000,00</td> <td style="text-align: right;">1,01</td> </tr> <tr> <td>Psichiatria + progetti</td> <td style="text-align: right;">3.310.428,64</td> <td style="text-align: right;">2.721.000,00</td> <td style="text-align: right;">1,22</td> </tr> <tr> <td><b>Totale</b></td> <td style="text-align: right;"><b>89.823.912,20</b></td> <td style="text-align: right;"><b>85.625.000,00</b></td> <td style="text-align: right;"><b>1,05</b></td> </tr> </tbody> </table>	Voce di produzione	Effettivo 2015	Consuntivo 2015	Indicatore	Ambulatoriali	26.653.496,70	25.538.000,00	1,04	Screening	178.538,36	171.000,00	1,04	Ricoveri	55.680.592,00	54.182.000,00	1,03	Sub Acuti	2.178.110,00	1.222.000,00	1,78	NPI + Progetti	1.142.427,50	1.117.000,00	1,02	NRS	680.319,00	674.000,00	1,01	Psichiatria + progetti	3.310.428,64	2.721.000,00	1,22	<b>Totale</b>	<b>89.823.912,20</b>	<b>85.625.000,00</b>	<b>1,05</b>
Voce di produzione	Effettivo 2015	Consuntivo 2015	Indicatore																																		
Ambulatoriali	26.653.496,70	25.538.000,00	1,04																																		
Screening	178.538,36	171.000,00	1,04																																		
Ricoveri	55.680.592,00	54.182.000,00	1,03																																		
Sub Acuti	2.178.110,00	1.222.000,00	1,78																																		
NPI + Progetti	1.142.427,50	1.117.000,00	1,02																																		
NRS	680.319,00	674.000,00	1,01																																		
Psichiatria + progetti	3.310.428,64	2.721.000,00	1,22																																		
<b>Totale</b>	<b>89.823.912,20</b>	<b>85.625.000,00</b>	<b>1,05</b>																																		

<b>DENOMINAZIONE</b>	Efficientamento del costo del materiale farmaceutico						
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per materiale farmaceutico rispetto al livello di produzione effettivamente erogato. Un trend di riduzione di tale indicatore evidenzia un minor peso del costo del materiale farmaceutico rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da acquisti a miglior prezzo o ad una riduzione dei consumi.						
<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 farmaci (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali						
<b>VALORE TARGET</b>	<p>Si riportano i dati relativi all'anno 2015:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Totale Produzione</td> <td style="text-align: right;">89.823.912,20</td> </tr> <tr> <td>Costo farmaci (no file F)</td> <td style="text-align: right;">2.591.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>Farmaci / Produzione</b></td> <td style="text-align: right;"><b>2,88%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Totale Produzione	89.823.912,20	Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00	<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>2,88%</b>
Totale Produzione	89.823.912,20						
Costo farmaci (no file F)	2.591.000,00						
<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>2,88%</b>						

<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 dei dispositivi medici rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie, ottenuto da acquisti a miglior prezzo o ad una riduzione dei consumi.						
<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>VALORE TARGET</b>	Si riportano i dati relativi all'anno 2015: <table border="1" data-bbox="549 891 1214 1016"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> </tr> <tr> <td>Costo disp. medici</td> <td>6.211.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>Farmaci / Produzione</b></td> <td><b>6,91%</b></td> </tr> </table>	Totale Produzione	89.823.912,20	Costo disp. medici	6.211.000,00	<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>6,91%</b>
Totale Produzione	89.823.912,20						
Costo disp. medici	6.211.000,00						
<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>6,91%</b>						

<b>DENOMINAZIONE</b>	Efficientamento del costo dei service sanitari						
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'evoluzione del peso dei costi per service sanitari 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 service sanitari (consuntivo) / Produzione effettiva da tabelle regionali						
<b>VALORE TARGET</b>	Si riportano i dati relativi all'anno 2015: <table border="1" data-bbox="549 1800 1214 1926"> <tr> <td>Totale Produzione</td> <td>89.823.912,20</td> </tr> <tr> <td>Costo service sanitari</td> <td>10.089.000,00</td> </tr> <tr> <td><b>Farmaci / Produzione</b></td> <td><b>11,23%</b></td> </tr> </table>	Totale Produzione	89.823.912,20	Costo service sanitari	10.089.000,00	<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>11,23%</b>
Totale Produzione	89.823.912,20						
Costo service sanitari	10.089.000,00						
<b>Farmaci / Produzione</b>	<b>11,23%</b>						

## Processi organizzativi

<b>DENOMINAZIONE</b>	Monitoraggio del tasso di assenteismo
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>Il monitoraggio del tasso aziendale di assenteismo rappresenta uno strumento utile, congiuntamente ad altri elementi, al fine di rappresentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il livello di efficienza nell'utilizzo del fattore risorse umane (la presenza di situazioni significativamente distanti dai valori medi nazionali può essere indice di fenomeni di abuso e/o di inefficienza nella gestione delle risorse umane)</li> <li>• le condizioni di lavoro e di benessere degli operatori (ad es. la presenza di valori medi nelle assenze per malattia potrebbe essere indice anche di condizioni lavorative inadeguate, fonte di stress etc che alimentano un incremento delle assenze per malattie)</li> </ul>
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Le tipologie d assenza sono identificate e disciplinate dai diversi contratti collettivi nazionali di lavoro delle tre aree in cui è raggruppato il personale che opera nel Comparto Sanità: area dirigenza medica – area dirigenza SPTA – area personale non dirigenziale
<b>INDICATORE</b>	A) gg assenza malattia retribuita / numero dipendenti a tempo indeterminato B) gg altre assenze / numero dipendenti a tempo indeterminato
<b>VALORE TARGET</b>	<p>L'obiettivo è il mantenimento di un range di variazione compreso tra il 5% ed il 10% tra il dato dell'anno di competenza ed il dato registrato nell'anno precedente.</p> <p>La fonte dei dati elaborati è costituita dal flusso ministeriale annuale denominato "Conto Annuale" che interessa tutte le Pubbliche Amministrazioni. L'elemento di confronto del dato aziendale è costituito dai dati complessivi del comparto "Servizio Sanitario Nazionale"</p>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Mantenimento del monte ore dedicate ad attività formative
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>Questo obiettivo mira a valutare l'impegno aziendale dedicato alla formazione del proprio personale dipendente.</p> <p>L'importanza del mantenimento delle attività formative è da considerarsi la proxy di un indicatore di qualità dell'assistenza prestata</p>
<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>VALORE TARGET</b>	<p>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.</p> <p>Dato relativo all'anno 2015: 27.804 ore</p>

## Efficacia, appropriatezza e qualità dell'assistenza

<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>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 (pari a 5.130 unità) 2) Indicatore anno corrente / indicatore anno precedente $\geq$ 1,1 (anno 2015 pari a 10,89%)

<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>VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 71% (Fonte Regione Lombardia) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale di poco inferiore al 50% dei casi (36,78%)

<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>VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale inferiore al 20% (Fonte Regione Lombardia o PNE) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 19,10% dei casi

<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>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) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 53,97% dei casi

<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>VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento annuale di un valore percentuale maggiore del 60% (Fonte Regione Lombardia o PNE) Il dato relativo all'anno 2015 dell'A.O. di Crema è stato pari ad una percentuale pari al 63,56% dei casi

## Accessibilità e soddisfazione dell'utenza

<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 on line alcune tipologie di referti delle prestazioni eseguite, raccolte nel proprio fascicolo sanitario elettronico (FSE). 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>	Obiettivi SISS per l'anno di competenza PIMO
<b>INDICATORE</b>	Conteggio dei referti pubblicati per ciascuna tipologia (LIS-RIS-PS-L.DIM.-Altro)
<b>VALORE TARGET</b>	<p>L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente.</p> <p>I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 sono riportati di seguito: LIS: 15.109; RIS: 4.061; AMB: 9.617; PS: 4.103; L.DIM.: 1.121 <i>(non previsto il conteggio dei referti della categoria "altro" per l'anno 2015)</i> <i>(i valori si riferiscono al periodo 01/01/2015 – 31/07/2015; non sono disponibili i dati relativi all'annualità intera per l'anno 2015)</i></p>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Incremento valutazioni positive nei report di customer satisfaction
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	<p>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 affette da soggettività, 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.</p>
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivi di Mandato per l'anno di competenza PIMO
<b>INDICATORE</b>	Numero di questionari con valutazioni pari a 6 o 7 per la domanda "valutazione complessiva" / numero di questionari totali
<b>VALORE TARGET</b>	<p>L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente.</p> <p>Il valore ottenuto al termine dell'anno 2015 è stato pari ad 80,71% (3.858 questionari con risposte pari a 6 o 7, su un numero complessivo di questionari compilati pari a 4.780)</p>

<b>DENOMINAZIONE</b>	Tempo di attesa presso CUP Aziendale
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare la permanenza in attesa agli sportelli CUP aziendali dell'utenza ambulatoriale. 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).
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali
<b>INDICATORE</b>	% Pazienti con tempo di attesa medio > di 30 minuti
<b>VALORE TARGET</b>	L'obiettivo è il mantenimento/miglioramento dei dati riscontrati nel corso dell'anno precedente. I valori ottenuti al termine dell'anno 2015 evidenziano una percentuale di utenti con tempo di attesa inferiore a 30 minuti pari al 77,2% degli utenti che complessivamente si sono rivolti al CUP aziendale.

<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, tipicamente declinato nelle Regole di Gestione dell'SSR anno dopo anno
<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 per almeno il 95% dei primi accessi di tempi obiettivo previsti dalla DGR n.X/3993/2015
<b>VALORE TARGET</b>	L'obiettivo previsto è il rispetto delle indicazioni contenute, di anno in anno, nell'obiettivo Regionale di Mandato delle Direzioni aziendali, tipicamente declinato in maniera simile a quanto di seguito riportato: <i>"Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015"</i>

## 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>VALORE TARGET</b>	Il valore target riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito in un tasso < 0,18% Il valore ottenuto al termine dell'anno 2015 è stato pari a 0,15% (229 cadute su 150.911 giornate di degenza)

<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. E' un obiettivo presente anche nel PIMO aziendale
<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>VALORE TARGET</b>	Il valore target è il miglioramento, o l'allineamento, al dato dell'anno precedente. Dato relativo al numero di segnalazioni pervenute nel corso dell'anno 2015: 125, di cui 41 legate a reazioni gravi ed 84 legate a reazioni non gravi.

<b>DENOMINAZIONE</b>	Verifiche al corretto funzionamento degli impianti
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno dell'azienda al monitoraggio del funzionamento degli impianti tecnologici aziendali. Questa attività è da considerarsi una proxy di un indicatore della qualità e della sicurezza del percorso di cura del paziente. E' un obiettivo contenuto anche nel PIMO aziendale.
<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	Obiettivo nato su proposta degli staff aziendali P.I.M.O.
<b>INDICATORE</b>	Numero verifiche eseguite / Numero verifiche pianificate <i>(Nota: prima dell'anno 2017 l'indicatore PIMO prevedeva solo la specifica del valore percentuale, non del numeratore e del denominatore che lo determinavano)</i>
<b>VALORE TARGET</b>	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del <b>100%</b> delle attività previste nell'anno considerato. Tale valore è stato peraltro quello rilevato dall'ASST di Crema al termine dell'anno 2015.

## Implementazione della L.R. 23/2015

<b>DENOMINAZIONE</b>	Implementazione nuove attività di competenza dell'anno
<b>DESCRIZIONE E FINALITA'</b>	Questo obiettivo mira a valutare l'impegno profuso dalla ASST nell'attività di presa in carico e proseguimento di tutte le attività precedentemente in carico all'ASL di Cremona erogate nel distretto di Crema e che, secondo quanto stabilito dalla legge Regionale di Riforma del Sistema Sanitario, a partire dal 01/01/2016 divengono di competenza della nuova ASST di Crema.
<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>	Nuove funzioni avviate / Nuove funzioni da avviare
<b>VALORE TARGET</b>	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nell'avvio del <b>100%</b> delle attività previste nell'anno considerato

<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>VALORE TARGET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Esavalente (polio – difto –tetano-pertosse –epatite B – HIB)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥95%</li> </ul> </li> <li>- <b>Morbillo - Parotite – Rosolia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 1° dose ≥95%</li> <li>• Coorte nati residenti 2011: 2° dose ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- <b>Pneumococco</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: 3° dose ≥ 85%</li> </ul> </li> <li>- <b>Meningococco C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati residenti 2015: ≥85%</li> </ul> </li> <li>- <b>Difterite Tetano Pertosse Polio 4° dose</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nati 2011 residenti ≥ 95%</li> </ul> </li> <li>- <b>HPV femmine dodicenni</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coorte nate 2004: 2° dose ≥ 80%</li> </ul> </li> <li>- <b>Influenza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• over 65aa ≥ 75%</li> </ul> </li> </ul>

---

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

<b>DENOMINAZIONE</b>	Pubblicazione 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>VALORE TARGET</b>	Il target minimo riconosciuto a livello aziendale per ciascun anno di competenza è stato stabilito nel <b>90%</b> della documentazione di pertinenza dell'anno considerato