

STRUTTURA: SS CONTROLLO DI GESTIONE

Dirigente Responsabile: Damiano Tania

Responsabile del procedimento: Damiano Tania

Responsabile dell'istruttoria: Damiano Tania

DELIBERAZIONE N. 566 DEL 30/06/2026

OGGETTO: ADOZIONE RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025

IL DIRETTORE GENERALE - ALESSANDRO COMINELLI

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.: CANTONI RITA

IL DIRETTORE SANITARIO: ALESSANDRO MALINGHER

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO: VALENTINA BRUNELLI

## 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, nonché 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”, con cui sono state fornite indicazioni in merito alle modalità di redazione della Relazione annuale sulla performance (nel 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. 73 del 31 gennaio 2025 con la quale è stato approvato il PIAO 2025-2027, 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 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

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

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 2025 in data 29 giugno 2026, 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 di Damiano Tania, Direttore della SS CONTROLLO DI GESTIONE, quale Responsabile del procedimento che in tale veste 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 e del Direttore Socio-Sanitario, per quanto di competenza, così come previsto dall'art. 3 del Decreto Legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modificazioni;

### **DELIBERA**

per le motivazioni di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritte:

- 1) di adottare la Relazione sulla Performance dell'ASST Crema per l'anno 2025;
- 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 2025" (costituito da n.42 pagine);
- 3) di dare atto che il presente provvedimento deliberativo non comporta oneri;
- 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**

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA**

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

Data, 29/06/2026

Il Direttore di SS CONTROLLO DI GESTIONE

Damiano Tania

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

## RELAZIONE SULLA PERFORMANCE – ANNO 2025



# INDICE

PREMESSA.....	2
Analisi del contesto e delle risorse .....	3
L'ASST di CREMA.....	3
MISSION.....	4
L'ORGANIZZAZIONE .....	5
DATI .....	5
Misurazione e valutazione della performance organizzativa.....	15
Misurazione e valutazione della performance individuale .....	40

## 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 evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati (definiti nel PIAO approvato con delibera n. 73 del 31 gennaio 2025) 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 2025, 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.

È 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.



## 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'ASST di Crema pone alla base della propria mission aziendale i seguenti valori di riferimento:

- la centralità del paziente come bene fondamentale: prendersi cura del malato ed in generale di chi si rivolge alla struttura dell'ospedale, identificando con maggiore attenzione ed efficacia il percorso che egli sarà invitato a seguire;
- il riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio (valorizzazione di entrambi i sistemi e continuità assistenziale) in attuazione della L. 22 del 14.12.2021;
- l'integrazione tra sanitario e sociosanitario nella presa in carico della persona;
- la messa a sistema di soluzioni per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità;
- il personale come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita;
- il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato;
- l'innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività di qualità;
- la sicurezza nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente.

Con Deliberazione n. 891 del 18/10/2024 l'Azienda ha aggiornato il "Codice di comportamento per il personale e il Codice Etico dell'Azienda ASST di Crema".

L'Azienda adegua, sulla base della pianificazione strategica, la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale per realizzare gli Obiettivi. Lavorare per Obiettivi rappresenta il processo a supporto metodologico per l'attività aziendale.

L'ASST ai sensi del DL 80/2021 convertito con L. 113/2021 ha adottato Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) aggiornandolo per il triennio 2025/2027 con deliberazione n. 73 del 31/01/2025.

## **L'ORGANIZZAZIONE**

L'assetto organizzativo è declinato nel Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) approvato con DGR n. XI/6962 del 19/09/2022 ad oggetto "Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30/12/2009 e smi, come modificata con Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021". Con DGR n. XII/3285 del 31/10/2024 la Giunta Regionale ha approvato l'aggiornamento del POAS 2022/2024.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'ASST sono disciplinati, pertanto, 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 prediligano 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 costruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio.

## **DATI**

### **DOTAZIONE ORGANICA**

Con Deliberazione n. 227 del 31/03/2025 è stata adottata la proposta del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2025-2027. Come da nota regionale prot. G1.2025.0027579 del 09/07/2025 l'istruttoria tecnica ha dato esito positivo, il piano è stato approvato con DGR n. XII/4806 del 28/07/2025, e la deliberazione n. 642 del 12/08/2025 recepisce l'approvazione del piano.

La Dotazione Organica 2025 risulta così rappresentata:

DO 2025	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
		di cui pronto soccorso	trapianti, interventi, blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica									
<b>Raggruppamento profili</b>														
DIRIGENZA MEDICA	245	18	27	125	64	0	1	3	19		4	9	36	281
DIRIGENZA VETERINARIA													0	0
DIRIGENZA SANITARIA	15			8		0			15		2	3	20	35
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3					0					1		1	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	5												0	5
DIRIGENZA TECNICA	1												0	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10					1							1	11
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>279</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>133</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>58</b>	<b>337</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IPeC)	311	40	70	270	97	0		1	37		2	15	53	566
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						27	10				11		48	48
OSTETRICA	25				24							2	2	27
PERSONALE TECNICO SANITARIO	72			69	3								0	72
ASSISTENTI SANITARI	4			1				19	1		1	1	22	26
TECNICO DELLA PREVENZIONE	0												0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	49			36	3	9	3		23			3	38	87
ASSISTENTI SOCIALI						8	0		6			2	16	16
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	74		8	7	1				1		1	1	3	77
OTA	4		1	2	1				1				1	5
CSS	137	15	13	69	33	0	1		10		3	4	18	153
AUSILIARI													0	0
ASSISTENTE RELIGIOSO	1												0	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	150			2		3	1	2	4		21	9	40	190
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE	1												0	1
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>1.028</b>	<b>55</b>	<b>92</b>	<b>456</b>	<b>162</b>	<b>47</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>83</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>243</b>	<b>1.271</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.307</b>	<b>73</b>	<b>119</b>	<b>589</b>	<b>226</b>	<b>48</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>117</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>301</b>	<b>1.608</b>

Rispetto ai valori assegnati con Decreto della Direzione Centrale Bilancio e Finanze n. 14529 del 17/10/2025, così come integrati dai Decreti della Direzione Generale Welfare n. 19152 e n. 19153 del 24/12/2025, l'Azienda evidenzia nel preconsuntivo maggiori costi del personale riconducibili a specifiche dinamiche intervenute nel corso dell'esercizio.

## POSTI LETTO

Nella tabella seguente è indicata la dotazione a regime dei posti letto delle ASST di Crema.

PRESIDIO	31.12.2025								ACREDITATI							EFFETTIVI						
	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT								
<b>CREMA</b>	388	9	12	10	24	52	495	310	9	12	10	24	52	417								
<b>RIVOLTA D'ADDA</b>	75	0	0	0	6	14	95	55	0	0	0	6	14	75								
<b>SONCINO SUB ACUTI</b>	0	0	0	0	0	22	22	0	0	0	0	0	22	22								
<b>SONCINO Ospedale di Comunità</b>	0	0	0	0	0	19	19	0	0	0	0	0	19	19								
<b>RIVOLTA D'ADDA Ospedale di</b>	0	0	0	0	0	20	20	0	0	0	0	0	20	20								
<b>TUTTA LA AZIENDA</b>	463	9	12	10	30	127	651	365	9	12	10	30	107	553								

L'assetto rappresentato è passibile di trasformazione parziale e di rapida evoluzione in allineamento con i livelli di emergenza regionali definiti (DCR n. XI/2477/2022 - Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale – PANFLU 2021-2023; e prorogato con DGR XII/2241 del 22/04/2024).

Lo schema organizzativo aziendale è contenuto nel "Piano strategico-operativo locale della ASST di Crema in preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Panflu 2021 – 2023) o da un fattore x ignoto" vers. 01 del 04/08/2022; aggiornamento del 12 dicembre 2023.

Nel corso dell'anno 2025 è stato completato il percorso di accreditamento di 10 posti letto codice 75 dedicati alle gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) a fronte della diminuzione di 10 posti letto di riabilitazione neuromotoria codice 56.

Dal 9 dicembre 2025 è attivo l'Ospedale di Comunità di Rivolta d'Adda con n. 20 posti letto.

## **RISORSE ECONOMICHE**

La Regione Lombardia con DGR XII/3670 del 16/12/2024 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario per l'esercizio 2025 - quadro economico programmatorio - (di concerto con il Vicepresidente Alparone)" e con DGR XII/3720 del 30/12/2024 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 - (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli assessori Lucchini e Fermi)" e con successive DGR di modifica e integrazione (DGR N. XII/4264 del 30/04/2025 e n. XII/4938 del 04/08/2025) in riferimento agli obiettivi economici, ha rimarcato il pieno rispetto dell'equilibrio economico di sistema, in particolare per l'aggregato dei Beni & Servizi.

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.

## **CONTO ECONOMICO COMPLESSIVO**

CODICE	VOCE MODELLO CONTO ECONOMICO	IMPORTO Valori in €uro
	A) Valore della produzione	
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	77.067.303
AA0020	A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	75.259.856
AA0050	A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)	1.653.323
AA0180	A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	-
AA0230	A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	154.124
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	26.810

CODICE	VOCE MODELLO CONTO ECONOMICO	IMPORTO Valori in €uro
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti	1.227.068
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	114.875.532
AA0330	A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	110.465.940
AA0610	A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-
AA0660	A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	1.116.795
AA0670	A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	3.292.797
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	614.424
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.579.280
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	5.372.553
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	485.643
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	204.194.993
	B) Costi della produzione	
BA0010	B.1) Acquisti di beni	40.530.373
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	39.994.669
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	535.704
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	55.576.616
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	35.856.039
BA0410	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	15.150.967
BA0490	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	-
BA0530	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	41.196
BA0640	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-
BA0700	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	160.341
BA0750	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	-
BA0800	B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-
BA0900	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-
BA0960	B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	-
BA1030	B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	-
BA1090	B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	817.706
BA1140	B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	-
BA1200	B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	2.295.816
BA1280	B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	185.569
BA1350	B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	5.123.950
BA1490	B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	12.080.494
BA1550	B.2.A.17) Costi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale	-
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	19.720.577
BA1570	B.2.B.1) Servizi non sanitari	19.045.329

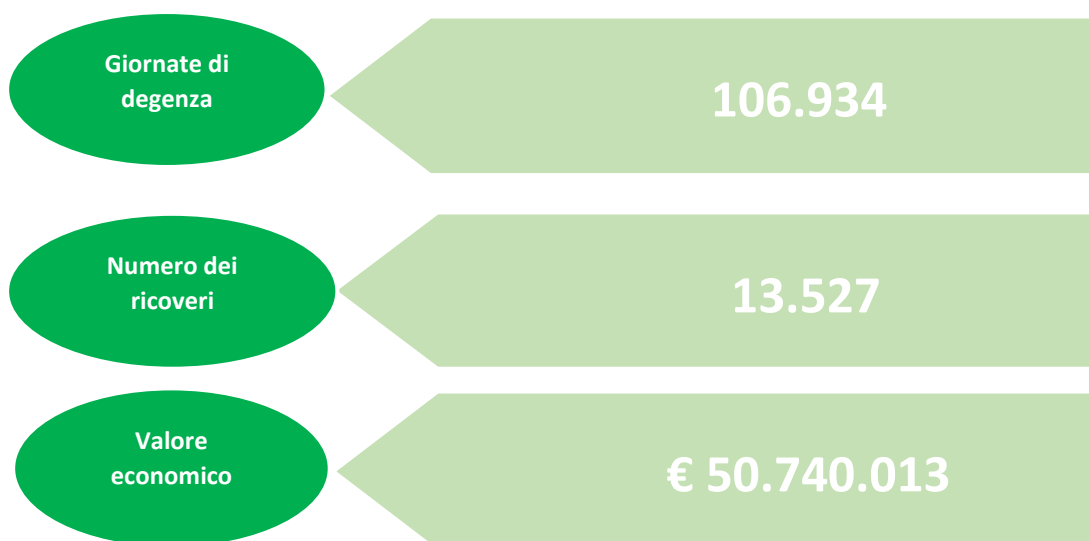
CODICE	VOCE MODELLO CONTO ECONOMICO	IMPORTO Valori in €uro
BA1750	<i>B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie</i>	459.565
BA1880	<i>B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)</i>	215.683
BA1910	<b>B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)</b>	<b>6.290.231</b>
BA1990	<b>B.4) Godimento di beni di terzi</b>	<b>1.710.920</b>
BA2080	<b>Totale Costo del personale</b>	<b>82.242.610</b>
BA2090	<b>B.5) Personale del ruolo sanitario</b>	<b>65.225.754</b>
BA2100	<i>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</i>	<b>30.742.309</b>
BA2190	<i>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</i>	<b>34.483.445</b>
BA2230	<b>B.6) Personale del ruolo professionale</b>	<b>370.574</b>
BA2240	<i>B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale</i>	<b>292.868</b>
BA2280	<i>B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale</i>	<b>77.706</b>
BA2320	<b>B.7) Personale del ruolo tecnico</b>	<b>9.420.172</b>
BA2330	<i>B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico</i>	79.578
BA2370	<i>B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico</i>	9.340.594
BA2410	<b>B.8) Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>7.226.110</b>
BA2420	<i>B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo</i>	711.437
BA2460	<i>B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo</i>	6.514.673
BA2500	<b>B.9) Oneri diversi di gestione</b>	<b>1.279.227</b>
BA2560	<b>Totale Ammortamenti</b>	<b>5.626.760</b>
BA2570	<b>B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali</b>	<b>329.934</b>
BA2580	<b>B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali</b>	<b>5.296.826</b>
BA2630	<b>B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti</b>	<b>79.802</b>
BA2660	<b>B.13) Variazione delle rimanenze</b>	<b>- 38.567</b>
BA2670	<i>B.13.A) Variazione rimanenze sanitarie</i>	- 8.383
BA2680	<i>B.13.B) Variazione rimanenze non sanitarie</i>	- 30.184
BA2690	<b>B.14) Accantonamenti dell'esercizio</b>	<b>5.374.304</b>
BA2700	<i>B.14.A) Accantonamenti per rischi</i>	971.569
BA2760	<i>B.14.B) Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)</i>	12.089
BA2770	<i>B.14.C) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati</i>	833.831
BA2820	<i>B.14.D) Altri accantonamenti</i>	3.556.815
BZ9999	<b>Totale costi della produzione (B)</b>	<b>198.672.276</b>
	<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>	
CA0010	<b>C.1) Interessi attivi</b>	-
CA0050	<b>C.2) Altri proventi</b>	-
CA0110	<b>C.3) Interessi passivi</b>	-
CA0150	<b>C.4) Altri oneri</b>	-
CZ9999	<b>Totale proventi e oneri finanziari (C)</b>	-
	<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>	
DA0010	<b>D.1) Rivalutazioni</b>	-
DA0020	<b>D.2) Svalutazioni</b>	-

CODICE	VOCE MODELLO CONTO ECONOMICO	IMPORTO Valori in €uro
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-
	E) Proventi e oneri straordinari	
EA0010	E.1) Proventi straordinari	707.095
EA0260	E.2) Oneri straordinari	264.431
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	442.664
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	5.965.381
	Y) Imposte e tasse	
YA0010	Y.1) IRAP	5.932.722
YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	5.483.615
YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	256.321
YA0040	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	192.786
YA0050	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciale	-
YA0060	Y.2) IRES	32.659
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	5.965.381
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-

## PRODUZIONE

L'analisi dei risultati di produzione dell'anno 2025 evidenzia lo sforzo organizzativo profuso dall'Asst. In un contesto particolarmente complesso, l'azione strategica dell'Azienda è stata guidata da una priorità: mettere in atto ogni risorsa e strumento disponibile per dare risposte concrete ai bisogni dei cittadini con un focus prioritario sulla riduzione dei tempi di attesa ambulatoriali e ricoveri, miglioramento del NSG ed efficientamento del Pronto Soccorso.

### RICOVERI



### SUB ACUTE



### SCREENING



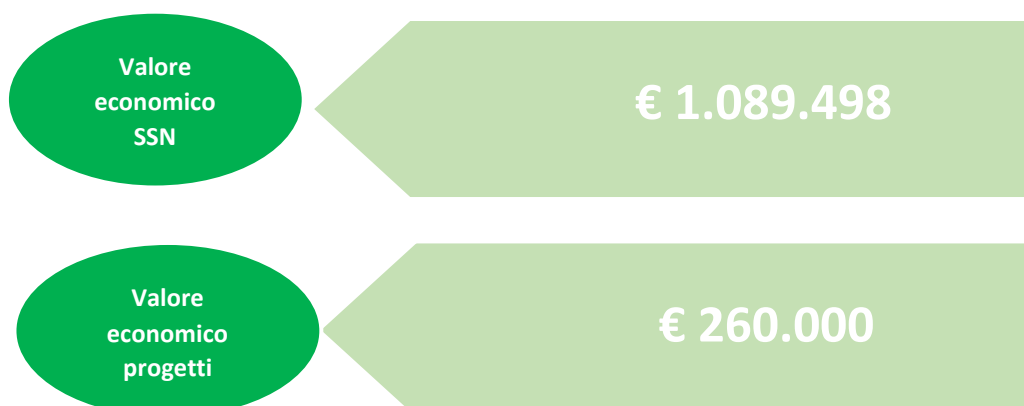
## AMBULATORIALE



## PSICHIATRIA



## NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



## CURE PALLIATIVE



## CURE DOMICILIARI



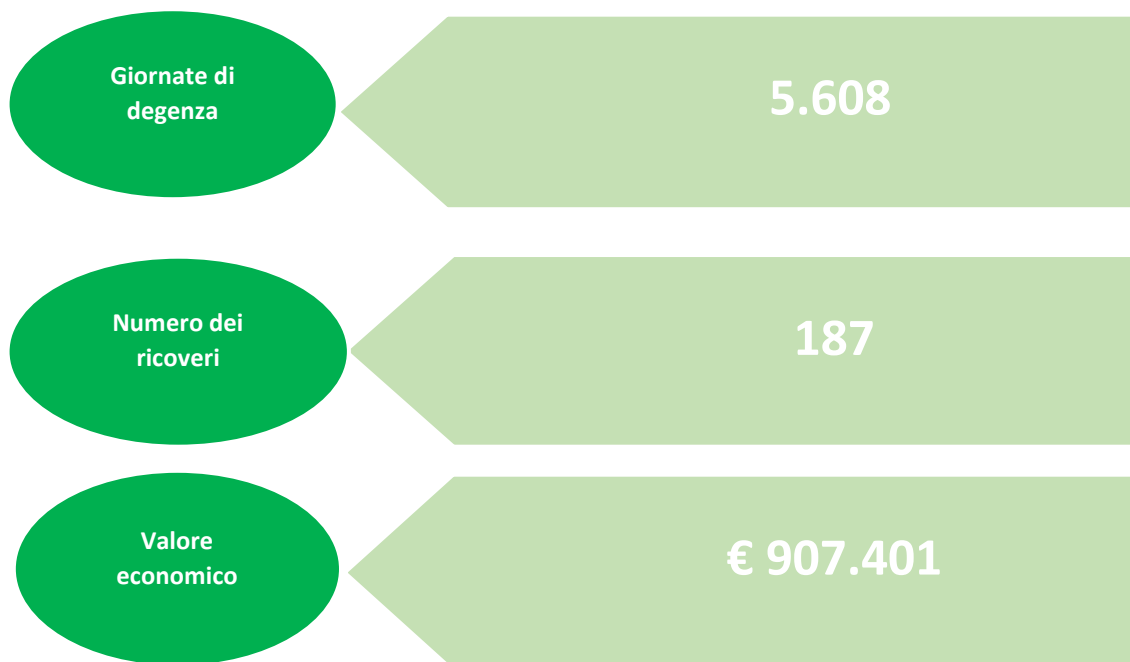
## CONSULTORIO



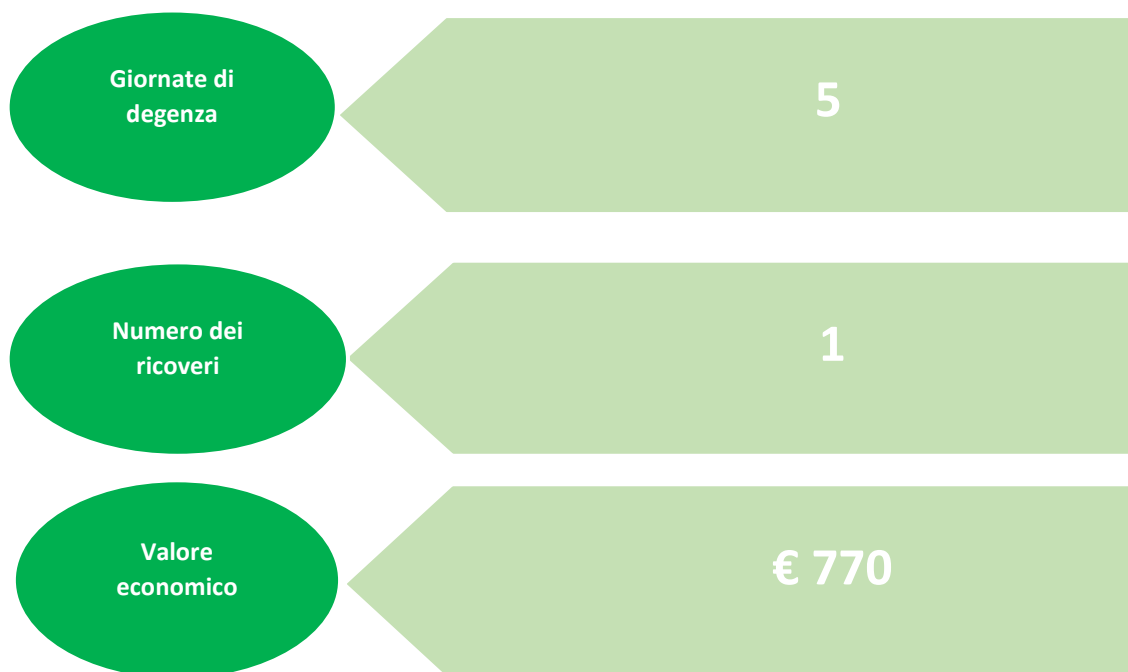
## SERD



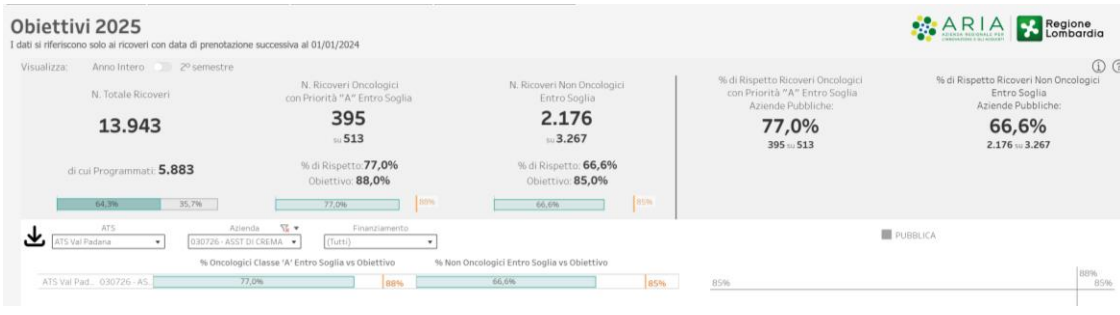
## ODC SONCINO

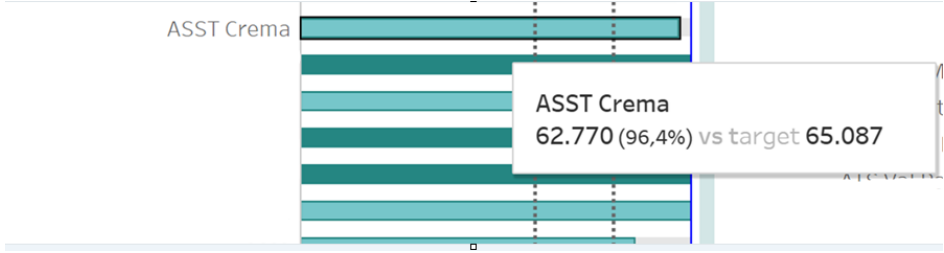


## ODC RIVOLTA D'ADDA




## Misurazione e valutazione della performance organizzativa

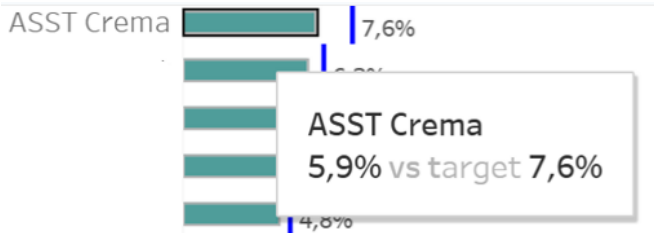
OBIETTIVO	Abbattimento delle liste d'attesa ricoveri
AREA	Tempi di attesa
DESCRIZIONE E FINALITA'	Rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR n. XII/3720/2024 Decreto 8636 del 18/06/2025
INDICATORE	<p>Raggiungimento dei target fissati con DGR n. XII/3720/2024 sui tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati (oncologici in classe di priorità A e non oncologici in tutte le classi di priorità) rispettando i volumi 2024 (senza considerare i ricoveri con anno di prenotazione 2023)</p> <p><b>ONCOLOGICI</b>  <b>Numeratore:</b> n di ricoveri chirurgici oncologici programmati (classe di priorità A) effettuati entro soglia  <b>Denominatore:</b> totale di ricoveri chirurgici programmati 2025 oncologici (classe di priorità A)  <b>Target: 88%</b></p> <p><b>NON ONCOLOGICI</b>  <b>Numeratore:</b> n di ricoveri chirurgici non oncologici programmati  <b>Denominatore:</b> totale di ricoveri chirurgici programmati 2025 (tutte le classi di priorità)  <b>Target: 85%</b></p>
VALORE OTTENUTO	<p>Risultato ottenuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 77% n di ricoveri chirurgici oncologici programmati (classe di priorità A) effettuati entro soglia rispetto a 88%</li> <li>✓ 66,6% n di ricoveri chirurgici non oncologici programmati (tutte le classi di priorità) rispetto a 85%</li> </ul> 
COMMENTO	L'indicatore ha avuto un progressivo incremento rispetto al dato storico, seppur non sia stato ancora raggiunto l'obiettivo.

OBIETTIVO	Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa
AREA	Tempi di attesa
DESCRIZIONE E FINALITA'	Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2025
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025 DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	Percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento.  <b>Numeratore:</b> volume erogato secondo i filtri individuati a livello di ASST <b>Denominatore:</b> totale target a livello di ASST Target: volume riportato nell'allegato 2 parte integrante della DGR XII/4556 del 16/06/2025
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 96%   <p>The chart displays a horizontal bar for ASST Crema with a value of 62.770, which is 96.4% of the target of 65.087. The bar is teal and is positioned below a dashed vertical line representing the target. A tooltip box highlights the ASST Crema data.</p>
COMMENTO	È stata svolta costante attività di monitoraggio delle agende congiuntamente al CUP per riprogrammare l'offerta, migliorando il nostro indicatore.

OBIETTIVO	Corretto utilizzo degli strumenti: la ricetta dematerializzata per favorire l'abbattimento delle liste d'attesa
AREA	Tempi di attesa
DESCRIZIONE E FINALITA'	Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili con ricetta dematerializzata
RIFERIMENTI NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025
INDICATORE	Rapporto tra prescrizioni effettuate in DEM e totale prescrizioni prescrivibili in DEM <b>Numeratore:</b> prescrizioni effettuate in DEM <b>Denominatore:</b> totale prescrizioni prescrivibili in DEM Target: ≥ 90%
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 92,08%
COMMENTO	L'obiettivo è stato raggiunto anche limitando la distribuzione dei ricettari RUR (Ricettario Unico Regionale), consegnati ai medici a volte solo per motivazioni circostanziate.

OBIETTIVO	Corretto utilizzo degli strumenti: la ricetta dematerializzata per favorire abbattimento liste d'attesa
AREA	Tempi di attesa
DESCRIZIONE E FINALITA'	Raggiungimento obiettivo DEM: percentuale di prescrizioni DEM in stato di "Blocco" associate alle prestazioni rendicontate in 28/SAN, dovrà essere in misura pari ad almeno il 98% e, di queste, la percentuale di prescrizioni DEM in stato "chiuso" dovrà essere pari ad almeno l'80%
RIFERIMENTI NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025
INDICATORE	<p>Prescrizioni DEM in stato di blocco maggiore del 98%, di cui in stato erogato maggiore del 80%</p> <p><b>Numeratore:</b> Prescrizioni DEM in stato di blocco <b>Denominatore:</b> totale delle prestazioni rendicontate in 28/SAN Target: 98% prescrizioni DEM in stato di blocco</p> <p><b>Numeratore:</b> Prescrizioni DEM in stato erogato <b>Denominatore:</b> totale delle prestazioni rendicontate in 28/SAN Target: 80% prescrizioni DEM in stato erogato</p>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 97,68% su 98% e 79,35% su 80%

OBIETTIVO	Abbattimento delle liste di attesa ambulatoriali
AREA	Tempi di attesa
DESCRIZIONE E FINALITA'	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P – Pubblici
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025 DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	<p>Percentuale di prestazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità.</p> <p><b>Numeratore:</b> N. di prestazioni erogate entro i tempi di attesa per classe di priorità <b>Denominatore:</b> N. di prestazioni totali erogate per classe di priorità Target: ≥ 90%</p>
VALORE OTTENUTO	<p>Risultato ottenuto: 80,90%</p> 
COMMENTO	Il miglioramento del dato rispetto al passato è stato raggiunto grazie al costante confronto con CUP e referenti medici sulla redistribuzione dell'offerta delle slot ambulatoriali per classi di priorità ovvero ricorrendo a prestazioni aggiuntive.

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Corretto utilizzo degli strumenti: la Rete Regionale di Prenotazione per favorire abbattimento liste d'attesa</b>
AREA	Tempi di attesa
DESCRIZIONE E FINALITA'	Governo Liste d'attesa: domini centrali. Riduzione della % di negoziazioni che non hanno esitato in prenotazioni per assenza di offerta nei tempi previsti dalla classe di priorità prescritta.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025 DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	Riduzione della % di negoziazioni che non hanno esitato in prenotazioni per assenza di offerta nei tempi previsti dalla classe di priorità prescritta <b>Numeratore:</b> Numero di negoziazioni che non hanno esitato in prenotazioni per assenza di offerta nei tempi previsti dalla classe di priorità prescritta <b>Denominatore:</b> Numero di negoziazioni totali Target: 7,6% Allegato 3 Target: volume riportato nell'allegato 2 parte integrante della DGR XII/4556 del 16/06/2025
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto 5.9%  The chart displays a bar for ASST Crema at 5.9%, which is below the target of 7.6%. Other bars are partially visible with values 7.6% and 4.8%.
COMMENTO	L'attività congiunta di CUP e Direzione Strategica ha permesso il raggiungimento dell'obiettivo.

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area distrettuale, nell'area ospedaliera e nell'area prevenzione</b>
AREA	Nuovo Sistema di Garanzia Lea
DESCRIZIONE E FINALITA'	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione
RIFERIM. NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025

INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)* 1.000 abitanti</li> <li>➤ D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a) Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01. B) Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi"</li> <li>➤ D33ZA: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)</li> <li>➤ D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</li> <li>➤ PDTA03(B): Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice</li> <li>➤ D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali</li> <li>➤ D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B</li> <li>➤ H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui</li> <li>➤ H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella</li> <li>➤ H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni</li> <li>➤ H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario</li> <li>➤ H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropr. in regime ordinario</li> <li>➤ H17C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con &lt;1.000 parti</li> <li>➤ H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico</li> <li>➤ D01C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)</li> <li>➤ D02C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico</li> <li>➤ D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco</li> <li>➤ D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (&lt; 18 anni) per asma e gastroenterite</li> <li>➤ H08Zb/H09Zb: Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali totali</li> <li>➤ P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023</li> <li>➤ P02C: MPR dose 1, coorte 2023</li> <li>➤ P15CA: Copertura screening oncologici [CERVIC UTERINA PAP TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato</li> </ul>
------------	--

- P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA HPV TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
- P15CB: Copertura screening oncologici [MAMMELLA] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato
- P15CC: Copertura screening oncologici [COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato

VALORE OTTENUTO

Indicatore	Target	AREA	Risultato 2025
<b>D01C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)</b>	≤14,55%	Ospedaliero	17,46%
	Risultato 2024 OSP: 32,60% (90/276) TER: 30,06% (89/296)	Territoriale	16,51%
<b>D02C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico</b>	≤ valore 2024	Ospedaliero	7,02%
	Risultato 2024 OSP: 6,76% (9/133) TER: 7,54% (12/159)	Territoriale	7,75%
<b>D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco</b>	≤ valore 2024 TER:208,887% (417/136.851)	Territoriale	220,517%
<b>D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (&lt; 18 anni) per asma e gastroenterite</b>	≤50% TER: 93,001% (20/24.318) di cui Asma 17,761% Gastroen. 75,240%	Territoriale	45,09%
<b>D04C.B: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (&lt; 18 anni) per gastroenterite</b>	≤50% Valore 2024: 17,761%	Territoriale	41,26%
<b>D04C.A: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (&lt; 18 anni) per asma</b>	≤50% Valore 2024: 75,2398%	Territoriale	3,82%

VALORE OTTENUTO	Indicatore			
	Indicatore	Target	AREA	Risultato 2025
	<b>D10Z:</b> Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>=90% Valore 2024 OSP: 78,60%	Ospedaliero	70,77%
	<b>D14C:</b> Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01 b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi	<= valore 2024: 4.983,148 (803.129/161.169)	Territoriale	4244,24
	<b>D22Z:</b> Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)* 1.000 abitanti	CIA1: valore >=4 e valore < 6 CIA2: valore >= 2,5 e valore < 6 CIA3: valore >= 2 e valore < 6 Valore 2024: CIA1:4,1819 CIA2: 7,1602	Territoriale	CIA1: 5,431 CIA2: 6,725 CIA3: 3,877
	<b>D27C:</b> N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali	Riduzione di 1 p.p. rispetto al 2024 OSP: 6,936% (12/173) TER: 7,386% (13/176)	Ospedaliero	5,29%
			Territoriale	4,73%
	<b>D30Z:</b> Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>= valore 2022: 54,66% (16.666/30.489)	Territoriale Regione	55,17%
	<b>D33ZA:</b> Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	>= valore 2024: 62,3944% (1.219/19.537)	Territoriale	74,04%
	<b>PDTA03(B):</b> Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice	Copertura farmacologica ≥ 75%	Territoriale	64,6%
	<b>H02Z:</b> Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	100% Risultato 2024:141	Ospedaliero	100% n. 146
	<b>H03C:</b> Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤2,5% Risultato 2024: 9,091% (6/66)	Ospedaliero	2,90%
	<b>H04Z:</b> Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropr. in regime ordinario	≤ 15% Risultato 2024 10,74% (974/9.071)	Ospedaliero	11,40%
	<b>H05Z:</b> Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	>= 90% Risultato 2024: 87,435% (167/191)	Ospedaliero	91,10%
	<b>H13C:</b> Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>= 80% Risultato 2024 67,677% (134/198)	Ospedaliero	83,02%
	<b>H13C.48:</b> Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario dall'ingresso in Pronto soccorso	>= 80% Risultato 2024 50% (99/198)	Ospedaliero	74,06%

	Indicatore	Target	AREA	Risultato 2025
	<b>H17C:</b> Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	<15% Risultato 2024 17,762/ (100/563)	Ospedaliero	21,83%
	<b>H23C:</b> Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤7,25% Risultato 2024 5,263% (7/133)	Ospedaliero	1,96%
	<b>H08Zb/H09Zb:</b> Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali totali	> 15%		0,00%
	<b>P01C:</b> Esavalente dose 3, coorte 2023	>=95% entro 24 mesi	Territoriale	98,20%
	<b>P02C:</b> MPR dose 1, coorte 2023	>=95% entro 24 mesi	Territoriale	98,10%
	<b>P15CA:</b> Copertura screening oncologici [CERVIC UTERINA PAP TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura  *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	Territoriale	51,50%
	<b>P15CA:</b> Copertura screening oncologici [CERVIC UTERINA HPV TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura  *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024		51,50%
	<b>P15CB:</b> Copertura screening oncologici [MAMMELLA] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥60%* copertura  *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	Territoriale	69,80%
	<b>P15CC:</b> Copertura screening oncologici [COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura  *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	Territoriale	49,30%
	P05C -Vaccinazioni, HPV: Copertura vaccinale anti-HPV	<b>Numeratore:</b> N. di vaccinati residenti e assistiti <b>Denominatore:</b> N. di residenti e assistiti	Territoriale	2 HPV 2011: 91,36% 2 HPV 2012: 87,49% 2 HPV 2013: 92,9%

COMMENTO	Per l'attività di revisione di alcuni processi clinici e/o di controllo della codifica delle SDO si sono ottenuti risultati in linea con l'atteso o comunque in miglioramento rispetto al passato.
----------	--

OBIETTIVO	Efficientamento del pronto soccorso
AREA	Sangue e Pronto Soccorso
DESCRIZIONE E FINALITA'	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub, delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/ 4434 del 26/05/2025
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti  <b>Numeratore:</b> N. di accessi in PS con codice di priorità 2 visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti  <b>Denominatore:</b> N. di accessi in PS con codice di priorità 2  Target: &gt; 85%</li>   <li>➤ Efficientamento delle tempistiche di sbarellamento  <b>Numeratore:</b> N. ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2025  <b>Denominatore:</b> N. ambulanze che sostano per un tempo superiore ai 30 minuti nel 2024  Target: ≤ 30%</li>   <li>➤ Riduzione del tempo di sbarellamento e di boarding  <b>Numeratore:</b> tempo medio di boarding 2025 tra tutte le strutture afferenti all'HUB  <b>Denominatore:</b> tempo medio di boarding 2024 tra tutte le strutture afferenti all'HUB  Target: ≤ 20%</li>   <li>➤ Numero di pazienti che lasciano il Pronto Soccorso dopo l'accettazione e prima della visita  <b>Numeratore:</b> N.di abbandoni da PS  <b>Denominatore:</b> N. di accessi in PS  Target: &lt; 1,25%</li> </ul>
VALORE OTTENUTO	<p>1.Risultato ottenuto: 48% di pazienti con codice di priorità 2 presi in carico entro 15 minuti, pari a un raggiungimento del 56% rispetto al target previsto &gt;85%. Nel corso del 2025 il Pronto Soccorso ha effettuato un monitoraggio costante in continuità con l'anno precedente e ha messo in atto azioni finalizzate al miglioramento della tempestività di presa in carico dei pazienti con codice di priorità 2. Il risultato deve essere letto tenendo conto dell'elevato carico assistenziale, della variabilità degli accessi, della complessità clinica dei pazienti e delle condizioni di sovraffollamento che incidono sui tempi di avvio al trattamento. Il dato conferma la necessità di proseguire nel percorso di efficientamento dei flussi interni e di gestione delle priorità assistenziali.</p> <p>2.Risultato ottenuto: nel 2025 l'1,61% dei trasporti in ambulanza ha registrato tempistiche di sbarellamento superiori a 30 minuti, rispetto all'1,58% del 2024.</p>

	<p>L'indicatore evidenzia una percentuale di ambulanze con permanenza superiore a 30 minuti estremamente contenuta e sostanzialmente sovrapponibile al dato dell'anno precedente.</p> <p>3. Risultato ottenuto: tempo medio di boarding 2025 pari a 8,33 ore, in riduzione rispetto al 2024, pari a 9,32 ore. Obiettivo raggiunto. L'obiettivo risulta raggiunto. Il tempo medio di boarding si riduce rispetto all'anno precedente e si attesta in prossimità della soglia delle 8 ore, confermando un miglioramento nella gestione dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso in attesa di ricovero. Il risultato è stato favorito dal monitoraggio quotidiano dei pazienti in attesa di posto letto, dall'attività di Bed Management, dal raccordo con i reparti di degenza e dalla disponibilità media di posti letto di area medica per i ricoveri da Pronto Soccorso.</p> <p>4. Risultato ottenuto: media annua pari al 2,8% di abbandoni prima della visita medica, rispetto al target previsto &lt;1,25%. Raggiungimento pari al 76%. Nel corso dell'anno sono state comunque mantenute azioni organizzative orientate al miglioramento dell'accoglienza, dell'orientamento dell'utenza, del monitoraggio delle attese e della gestione dei flussi. L'andamento conferma la necessità di proseguire nel rafforzamento delle misure organizzative volte a contenere il fenomeno degli abbandoni, in particolare nei periodi di maggiore afflusso.</p>
--	--

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Aumento della raccolta del plasma da aferesi di almeno il +5% rispetto al 2024</b>	
AREA	Sangue e Pronto Soccorso	
DESCRIZIONE E FINALITA'	Efficientamento del Pronto Soccorso	
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/ 4434 del 26/05/2025	
INDICATORE	Incremento del plasma raccolto rispetto al 2024 <u><b>Numeratore:</b></u> plasma da aferesi raccolto nel 2025 <u><b>Denominatore:</b></u> plasma da aferesi raccolto nel 2024 Target: ≥ 5%	
VALORE OTTENUTO	TARGET 2025	UNITA' VALIDATE
	Unità 2024 + 5%	GENNAIO – DICEMBRE 2025
	<b>UNITA' 2935</b>	<b>UNITA' 2990</b>

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Rispetto dei target definiti per le reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali</b>
AREA	Reti ospedaliere
DESCRIZIONE E FINALITA'	Adempimento degli indicatori specificati nella DGR XII/3458 del 25/11/2024 e DGR7755 del 28/12/2022 per la rete dei Centri di Senologia
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGRXII/3458/2024 DGR7755 del 28/12/2022
INDICATORE	Miglioramento indicatori <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ DGR XII/3458/2024</li> <li>➤ DGR7755 del 28/12/2022</li> </ul>
VALORE OTTENUTO	I dati di performance 2025 relativi alla Breast Unit indicano complessivamente il raggiungimento dei target ovvero il miglioramento degli indicatori rispetto all'anno precedente. In particolare, risultano adeguati i tempi di intervento chirurgico rispetto alla diagnosi cito-istologica così come la proporzione di reinterventi, delle visite multidisciplinari, per il trattamento radioterapico e per il follow up senologico. Per i tempi di inizio di chemioterapia o ormonoterapia e per il follow up radiologico è stata avviata una revisione dei percorsi per consentire un miglioramento del trend degli indicatori. Circa la percentuale non ottimale di chirurgia ricostruttiva in esiti di interventi demolitivi, preme rappresentare che la maggior parte dell'utenza di interesse rientra in un range di età avanzata che può ragionevolmente optare per un rifiuto alla protesizzazione, malgrado anche la recente introduzione di dispositivi con materiali più performanti per favorire la compliance all'accettazione. Si tratta, comunque, di un numero irrisorio per la nostra casistica che, quindi, non inficia i buoni risultati complessivamente raggiunti dalla Breast Unit.

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse</b>
AREA	Flussi informativi
DESCRIZIONE E FINALITA'	Coerenza e accuratezza tra flussi
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4434 del 26/05/2025 DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Copertura della SDO rispetto agli erogatori censiti nell'anagrafica delle strutture di ricovero (modelli HSP11 e HSP11bis) <b>Numeratore:</b> numero strutture di ricovero censite nei modelli HSP <b>Denominatore:</b> numero strutture che inviano il flusso SDO Target: 100%</li> <li>➤ Flusso SDO: qualità della rilevazione (errori gravi) <b>Numeratore:</b> n record SDO contenenti errori gravi <b>Denominatore</b> totale record SDO Target: ≤ 1%</li> <li>➤ Copertura flusso SDO-R (riabilitativa), rispetto all'atteso (SDO dai reparti codici 28,75,56) secondo i criteri definiti in note MdS e DGW</li> </ul>

	<p><b><u>Numeratore:</u></b> Numero di SDO-R trasmesse  <b><u>Denominatore:</u></b> totale SDO-R attese  Target: <math>\geq 95\%</math></p> <p>➤ Allineamento HSP/assetto accreditato  <b><u>Numeratore:</u></b> N. U.O. con posti letto, presenti sia in assetto accreditato che in flusso HSP per struttura  <b><u>Denominatore:</u></b> N. U.O. presenti in HSP e/o in assetto accreditato per struttura  Target: <math>\geq 90\%</math></p> <p>➤ Scostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO  <b><u>Numeratore:</u></b> CeDAP  <b><u>Denominatore:</u></b> SDO  Target: <math>&lt; 2\%</math></p> <p>➤ Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW  <b><u>Numeratore:</u></b> n record inviati entro la scadenza  <b><u>Denominatore:</u></b> totale record inviati  Target: 100%</p>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%
COMMENTO	Tutti gli indicatori hanno raggiunto il valore target previsto, con un livello di conseguimento pari al 100%.

OBIETTIVO	Incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse
AREA	Flussi informativi
DESCRIZIONE E FINALITA'	Coerenza e accuratezza tra flussi
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	<p>➤ Numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Percentuale di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN su protesi mammarie acquistate dal SSN (flusso consumi).  <b><u>Numeratore:</u></b> N. di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN  <b><u>Denominatore:</u></b> N. di protesi mammarie acquistate dal SSN* 100</p> <p>➤ Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Livello di copertura del Registro Nazionale e del Registro Regionale degli Impianti Protesici Mammari  <b><u>Numeratore:</u></b> n impianti-espanti effettuati registrati  <b><u>Denominatore:</u></b> n impianti-espanti effettuati in ciascun ente</p>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

OBIETTIVO	Adeguamento a nuove specifiche per i flussi EMUR-PS, MICRO-BIO
AREA	Flussi informativi
DESCRIZIONE E FINALITA'	Adeguamento a specifiche
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	Flusso EMUR-PS, MICRO-BIO (entro settembre): adeguamento a nuove specifiche
VALORE OTTENUTO	Flusso EMUR-PS: risultato ottenuto 100% Flusso MICRO-BIO: RAGGIUNTO AL 100% CON RIFERIMENTO ALLE ATTIVITA' PROPEDEUTICHE. NON APPLICABILE L'ADEGUAMENTO, per rinvio, come da indicazione regionale, all'anno 2026.

OBIETTIVO	Vaccinazioni
AREA	Prevenzione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Vaccinazioni MPR dose 2, coorte 2018 Vaccinazioni PC dose 3, coorte 2023 Vaccinazioni Men C dose 1, coorte 2023 Vaccinazioni Pol dose 4, coorte 2018 Vaccinazioni HPV dose 2, coorte 2013 Vaccinazioni Pol dose 5, coorte 2007 Vaccinazioni Pol dose 5, coorte 2009 Vaccinazioni RSV, coorte 2025 Vaccinazioni Influenza tra Operatori Sanitari Vaccinazioni DTP Donne in gravidanza
RIFERIMENTI NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025 DGR XII/4434 del 26/05/2025 DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vaccinazioni MPR dose 2, coorte 2018</li> <li>➤ Vaccinazioni PC dose 3, coorte 2023</li> <li>➤ Vaccinazioni Men C dose 1, coorte 2023</li> <li>➤ Vaccinazioni Pol dose 4, coorte 2018</li> </ul> <p><b>Numeratore:</b> n° di vaccinati residenti e assistiti <b>Denominatore:</b> n° di residenti e assistiti TARGET: &gt;=95%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vaccinazioni HPV dose 2, coorte 2013</li> <li>➤ Vaccinazioni Pol dose 5, coorte 2007</li> <li>➤ Vaccinazioni Pol dose 5, coorte 2009</li> </ul> <p><b>Numeratore:</b> n° di vaccinati residenti e assistiti <b>Denominatore:</b> n° di residenti e assistiti TARGET: &gt;=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vaccinazioni RSV, coorte 2025</li> </ul>

**Numeratore:** n° di vaccinati residenti e assistiti

**Denominatore:** n° di residenti e assistiti

TARGET: >=80%

➤ Vaccinazioni Influenza tra Operatori Sanitari

**Numeratore:** n° di vaccinati nel denominatore

**Denominatore:** n° operatori sanitari secondo da FLUPPER

TARGET: >=50% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente

➤ Vaccinazioni DTP Donne in gravidanza

**Numeratore:** n° di vaccinati

**Denominatore:** n° di residenti e assistiti da flusso CEDAP nati 2025

TARGET: >=70%

VALORE OTTENUTO

**R29 - VACCINAZIONI: COPERTURE VACCINALI ASST CREMA**

COPERTURE VACCINALI OBIETTIVI 2025	COORTE NATI 2022-2023	COORTE NATI 2018	COORTE NATI 2019	COORTE NATI 2012-2013	COORTE NATI 2008-2009	OVER 65 A NNI	COORTE NATI 1999-2000	OVER 18 PATOLOGICI
ESALENTE 3 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)	97,75-97,50							
MPRV 1 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)	97,46-97,50							
MPRV 2 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)		96,33	95,52	96,28-97,34	96,53-97,19		86,06-90,04	
PNEUMOCOCCO 3 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)	95,68-95,60	95,37	96,37					
MENINGOCOCCO B 2 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)	95,96-95,60	96,42	96,22					
ROTAVIRUS 2 <sup>a</sup> (≥ 90%)	91,88-90,51	85,52	90,94					
DIFTO-TETANO-PERTOSSE-POLIO 4 <sup>a</sup> -5 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)		95,10	95,11	88,51-92,20	92,59-92,33			
MENINGOCOCCO ACW135Y (≥ 95%)	95,77-95,60			87,67-92,14	91,37-92,94			
HPV 2 <sup>a</sup> dose (≥ 95%) Femmine dodicenni				90,44-87,05	92,77-91,64			
HPV 2 <sup>a</sup> dose (≥ 95%) Maschi dodicenni				87,05-91,00	91,04-96,00			
HPV 2 <sup>a</sup> dose (≥ 95%) Femmine venticinquenni							81,66-86,83	
ANTINFLUENZALE (≥ 75%)						53,79		
HERPES ZOSTER OFFERTA (ATTIVA)								2701

Vaccinazioni Pol dose 5, coorte 2007

726 - ASST DI CREMA

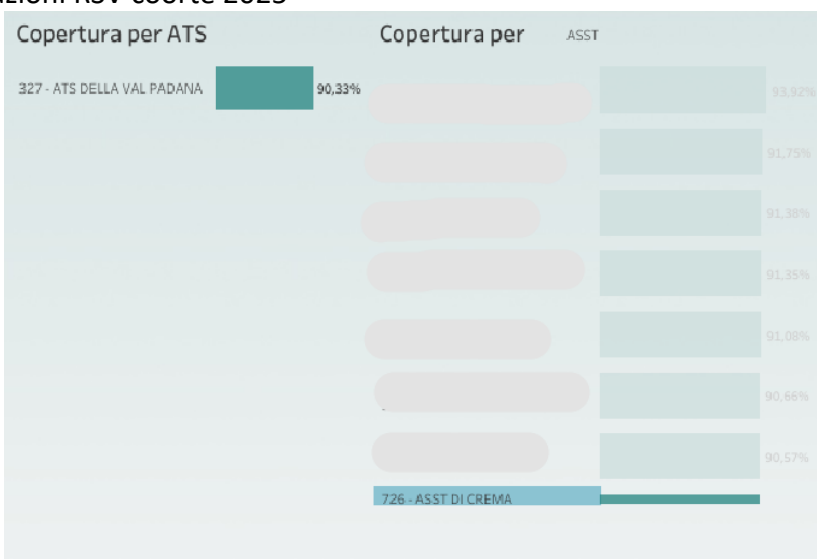
95,10%


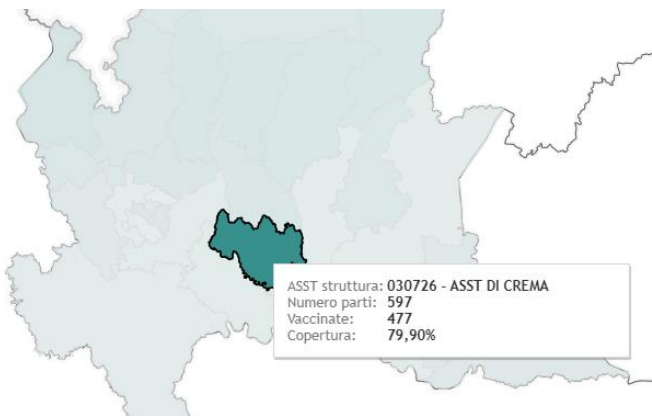
Vaccinazioni Pol dose 5, coorte 2009

726 - ASST DI CREMA

95,5%

Vaccinazioni RSV coorte 2025



	<p>Vaccinazioni influenza tra operatori sanitari</p>  <p>ASST DI CREMA 29,3%</p> <p>Vaccinazioni DTP Donne in gravidanza</p>  <p>ASST struttura: 030726 - ASST DI CREMA Numero parti: 597 Vaccinate: 477 Copertura: 79,90%</p>
COMMENTO	<p>Per tutti gli indicatori l'ASST di Crema ha raggiunto i valori Target, superando la media Regionali. L'unico indicatore al di sotto del valore Target è la percentuale di copertura per il vaccino antinfluenzale negli operatori sanitari, anche se il risultato raggiunto è comunque superiore alla media Regionale.</p>

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni</b>
AREA	Farmaceutica
DESCRIZIONE E FINALITA'	Monitoraggio trimestrale, in capo ai dipartimenti di cure primarie delle ASST prodotto insieme alle ATS, del valore di prescrizione per MMG sulla base degli assistiti, dei farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated. Fatty Acid N3 - acidi grassi omega 3) e i farmaci di cui alla nota AIFA 1 e 48
RIFERIMENTI NORMATIVI	DRG XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	Invio agli uffici regionali con cadenza trimestrale (luglio, ottobre e gennaio dell'anno successivo) di una scheda con il valore medio del consumo di farmaci sottoscritto da ATS e dip. Cure primarie ASST Target: 3 report contenenti il valore medio di consumo dei farmaci
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%
COMMENTO	Si è provveduto alla stesura di tre report di dettaglio delle prescrizioni da parte dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) dei farmaci a base di PUFA-N3 e farmaci della nota AIFA 1 e 48 (in collaborazione con Servizio Farmaceutico di ATS Val Padana) che sono stati trasmessi entro le scadenze previste dalla Direzione Generale di ASST Crema alla Direzione Generale Welfare di Regione.

OBIETTIVO	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni
AREA	Farmaceutica
DESCRIZIONE E FINALITA'	<p>Obbligo da parte delle Strutture che erogano i farmaci in File F di chiusura delle schede di Registro AIFA, quando il trattamento è concluso (obbligo di legge in capo al clinico).</p> <p>In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,03% a fine anno</p>
RIFERIMENTI NORMATIVI	<p>DGR XII/4556 del 16/06/2025</p> <p>DGR XII/4434 del 26/05/2025</p>
INDICATORE	<p>Chiusura di tutte le schede di registro AIFA attive nel 2024, che abbiano avuto almeno una dispensazione di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione. In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% a fine anno.</p> <p><b><u>Numeratore:</u></b> N schede aperte con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione</p> <p><b><u>Denominatore:</u></b> Totale schede AIFA con dispensazione di farmaco superiore ai 4 mesi senza motivazione</p> <p>Target: 100%</p>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

OBIETTIVO	Potenziamento della Dispositivo-Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni
AREA	Farmaceutica
DESCRIZIONE E FINALITA'	Copertura della struttura da almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance
RIFERIMENTI NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025
INDICATORE	<p>Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilance. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza.</p> <p><b><u>Numeratore:</u></b> N. segnalazioni registrate e validate nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza</p> <p><b><u>Denominatore:</u></b> N. segnalazioni pervenute nel sistema nazionale della dispositivo-vigilanza</p> <p>Target: 100%</p>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Rispetto dei target definiti per le reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali</b>
AREA	Reti ospedaliere
DESCRIZIONE E FINALITA'	Adeguamento degli Ospedali sedi di Stroke Unit di I e di II livello agli adempimenti previsti dalla DGR XI /7473 del 30/11/2022 e dotazione presso le Stroke Unit di Tac perfusionale e software adeguato a studio della penombra ischemica (così come modificato dalla DGR XII/4938 del 04/08/2025)
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XI /7473 del 30/11/2022 DGR XII/4938 del 04/08/2025
INDICATORE	Presenza e operatività H24 di TAC perfusionale e software adeguato a studio della penombra ischemica.
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti</b>
AREA	Telemedicina
DESCRIZIONE E FINALITA'	Avvio del Teleconsulto tra Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta (MAP/PLS) e Medici Specialisti
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	Creazione di agende specialistiche dedicate al teleconsulto con MAP/PLS in almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità.
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti</b>
AREA	Telemedicina
DESCRIZIONE E FINALITA'	Adozione della Telemedicina - Telemonitoraggio di tipo 1 pazienti cronici
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	Definire almeno una progettualità di telemonitoraggio di tipo 1 da attuare entro il 31/12/2025, declinandone gli aspetti organizzativi, la coorte di pazienti da arruolare, lo scenario di applicazione (ospedaliero, integrato, territoriale), i professionisti e le strutture aziendali coinvolte, il volume di pazienti previsti ed il fabbisogno di dispositivi medici.
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

OBIETTIVO	Adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti.
AREA	Telemedicina
DESCRIZIONE E FINALITA'	Adozione della Telemedicina - Utilizzo della Televisita di controllo per i pazienti con patologie croniche (branche specialistiche: cardiologia, diabetologia, oncologia, pneumologia, neurologia), con le seguenti finalità: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rinnovo dei piani terapeutici;</li> <li>➤ Programmazione del follow-up nell'ambito della presa in carico (PAI, pazienti complessi a gestione ospedaliera, reti di patologie, ecc.).</li> </ul>
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	Erogare almeno il 10% delle visite di controllo in modalità telemedicina (circa 60.000 televisite nel secondo semestre), in ambito diabetologico e/o cardiologico e/o pneumologico e/o neurologico e/o oncologico, comprese le visite per rinnovo dei Piani Terapeutici in modalità televisita entro 31/12/2025. La DGR 4938 del 04/08/2025 ha specificato che il target atteso deve essere inteso >=5% chiarendo che per il raggiungimento del target saranno considerate tutte le attività di telemedicina (televisita, telemonitoraggio e teleconsulto) erogate anche tramite applicativi già in uso dagli enti.
VALORE OTTENUTO	OBIETTIVO RAGGIUNTO 100% (pur considerando solo le branche specialistiche flussate in 28 san) Numeratore: 1.475 Denominatore: 23.533 Rapporto: 6,27 %

OBIETTIVO	Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Attivazione delle CdC
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	Numero di case di comunità attive con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77 per CdC HUB <b>Numeratore:</b> N. CdC attive che rispettano tutti i requisiti da DM77 entro il 31/12/2025 <b>Denominatore:</b> N. CdC da attivare entro il <b>31/03/2026</b> - (come da DGR 6426 del 23/05/2022) Target: > 90%
VALORE OTTENUTO	Tenuto conto che la Cdc di Crema è già funzionante ed Ats Val Padana ha attestato, a seguito di sopralluogo, il possesso dei requisiti (verbale Ats n. 30209/2025) e tenuto conto che lo stato di avanzamento lavori della cdc di Rivolta è al 90%, si ritiene di poter considerare raggiunto l'obiettivo.

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR</b>
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Attivazione degli OdC
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	<p>Numero di ospedali di comunità attivi con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77</p> <p><b>Numeratore:</b> N.OdC attivi che rispettano tutti i requisiti da DM77 entro il 31/12/2025</p> <p><b>Denominatore:</b> N.OdC da attivare entro il <b>31/03/2026</b> - (come da DGR 6426 del 23/05/2022)</p> <p>Target: 90%</p>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%
COMMENTO	<p><b>ODC SONCINO</b></p> <p>A decorrere dal 18/05/2023 l'Ospedale di Comunità di Soncino, viene inserito fra le strutture contrattualizzate in capo all'ASST di Crema per n. 19 posti letto in relazione alla D.G.R. n. XII/286 del 15/05/2023 che a seguito del Decreto ATS n. 286 del 02/05/2023 approva la messa in esercizio e l'accreditamento dell'Ospedale di Comunità.</p> <p>A decorrere dal 03/03/2025 l'OdC di Soncino è stato riclassificato (D.G.R. N.XII/3990/2025_ allegato 9.A), avendo completato il percorso di cui alla D.G.R. n. 1435/2022.</p> <p><b>ODC RIVOLTA D'ADDA</b></p> <p>In data 04/12/2025 Prot. N.38077/2025 è stata inoltrata Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) con contestuale richiesta di accreditamento di unità di offerta sociosanitaria ai sensi della D.G.R. del 31 ottobre 2014, n. 2569 e smi all'esito della manifestazione di interesse indetta ex D.G.R. del 27 novembre 2023, n. 1435, per l'ospedale di Comunità di Rivolta d'Adda.</p> <p>Il giorno 05 dicembre 2025 l'Ospedale di Comunità di Rivolta d'Adda ha iniziato la sua attività di ricovero e, alla data del 31.12.2025 il numero di pazienti ricoverati risultava essere n.14.</p> <p>Entro il 31/12/2025 entrambi gli OdC risultano in funzione e con utenza inserita. Si specifica che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ l'Ospedale di Comunità di Soncino è in possesso di Decreto Regionale di accreditamento dal 03/03/2025.</li> <li>➤ l'Ospedale di Comunità di Rivolta d'Adda è in attesa del Decreto Regionale di accreditamento avendo acquisito il parere favorevole di ATS Valpadana nel mese di dicembre 2025.</li> </ul>

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Misure a sostegno della salute mentale</b>
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Istituzione di Centri/Equipe per la psicopatologia dell'Adolescenza ex DGR 3720/24
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4434 del 26/05/2025

INDICATORE	Evidenza di avvio delle attività
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%
COMMENTO	<p>La D.G.R. n. XII/3720 del 30.12.2024, al punto “5.6.7. Sviluppo di Centri dedicati alla psicopatologia dell’adolescenza” prevede che “...le ASST, gli IRCSS pubblici sede di attività di psichiatria e NPIA dovranno prevedere, all’interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, luoghi dedicati all’intercettazione precoce e alla cura delle problematiche della fascia giovanile, che coinvolgano direttamente i servizi di psichiatria, NPIA, dipendenze e psicologia accessibili sia a minori che a giovani adulti.</p> <p>Tale modello prevede la presenza nella stessa sede dei diversi professionisti coinvolti, sia di profilo medico che di tipo psicosociale; dovrà essere collocato in luoghi non connotati e non stigmatizzanti”.</p> <p>È stata pertanto strutturata all’interno del DSMD una Equipe Dipartimentale Integrata per la psicopatologia dell’adolescenza, diretta e coordinata dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, dedicata all’intercettazione e al trattamento precoce delle problematiche della fascia giovanile con coinvolgimento di personale del CPS, UONPIA, SerD e Consultorio. L’equipe ha avviato una prima ricognizione dei casi contemporaneamente in carico a più Servizi afferenti al DSMDD e sperimentato una prima gestione mediante la costituzione di micro-equipes sul caso.</p> <p>Si è individuata come sede di lavoro dell’Equipe Dipartimentale Integrata la sala multifunzionale della Casa di Comunità di Crema, mentre sono stati individuati per l’accoglienza e la presa in carico gli ambulatori di Psicologia presso la stessa CdC, in quanto luoghi fisici non connotati e non stigmatizzanti da dedicare all’intercettazione precoce e alla cura delle problematiche della fascia giovanile.</p>

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Misure a sostegno della salute mentale</b>
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA’	Implementazione delle indicazioni ministeriali e regionali in materia di accesso dell’utenza ai servizi territoriali e ambulatoriali di Psichiatria, NPIA, Psicologia e adeguamento delle prassi operative dei servizi amministrativi (CUP, aree amministrative) e di cura (UO Psichiatria, NPIA, Psicologia).
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/3720 DEL 30/12/2024
INDICATORE	<p>Documento Aziendale che certifichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L’adozione delle indicazioni regionali e realizzazione di procedure e prassi operative e le schede per l’accettazione e la valutazione della richiesta di accesso;</li> <li>➤ Numero di utenti e prestazioni processate come estemporanee dai CUP;</li> <li>➤ Tempi medi di attesa tra l’arrivo della richiesta e la prima risposta del servizio rilevati nel secondo semestre (1.7.2025-31.12.2025).</li> </ul>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

OBIETTIVO	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/3720 DEL 30/12/2024
INDICATORE	<p>Presenza in carico dei minori attraverso i consultori</p> <p><b><u>Numeratore:</u></b> N. minori presi in carico dai consultori 2025</p> <p><b><u>Denominatore:</u></b> N. minori presi in carico dai consultori 2024</p> <p><b><u>Numeratore:</u></b> n. prestazioni svolte 2025</p> <p><b><u>Denominatore:</u></b> n. prestazioni svolte 2024</p>
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

OBIETTIVO	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MMG non aderenti a cooperativa
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	<p>Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MMG non aderenti a cooperativa</p> <p><b><u>Numeratore:</u></b> Numero di pazienti cronici presi in carico</p> <p><b><u>Denominatore:</u></b> totale dei pazienti di competenza</p> <p>Target: <math>\geq 10\%</math></p>
VALORE OTTENUTO	<p>Il target del 10% riparametrato su 7 mesi e pari al 5,8%.</p> <p>Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MAP non aderenti a cooperativa = 276</p>
COMMENTO	<p>Nel corso del 2025 sono state intraprese diverse azioni volte a sensibilizzare i Medici di Assistenza Primaria (MAP) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) all'inserimento proattivo dei loro assistiti nel percorso di Presa in carico della cronicità (PIC), utilizzando la piattaforma SGDT, che dal 10 marzo 2025 è stata resa disponibile da ARIA per la redazione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) a tutti i MAP e PLS.</p> <p>Durante il 2025 è stata progressivamente implementata l'attività del Centro Servizi, ad oggi denominato CUP di prossimità della CdC, il quale si occupa sia della prenotazione delle prestazioni relative ai pazienti cronici, sia segnalate nei PAI compilati in SGDT sia in uscita dagli ambulatori specialistici presenti in CdC; si occupa inoltre di svolgere attività di re-call per ricordare agli assistiti le prenotazioni e di monitorare le avvenute prestazioni. Nel caso in cui il paziente non si presenti all'appuntamento fissato il personale del CUP di prossimità della CdC provvede a ricontattare l'utente ed eventualmente ricalendarizzare la prestazione.</p>

	Da novembre 2025, per agevolare la presa in carico dei pazienti cronici in un ambiente non prettamente ospedaliero, sono stati aperti presso la Casa di Comunità di Crema gli ambulatori relativi alle seguenti specialità: cardiologia, diabetologia, geriatria territoriale, medicina interna, nefrologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oncologia e dietologia oncologica, pneumologia, psicologia territoriale.
--	---

OBIETTIVO	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MMG aderenti a cooperativa
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MMG aderenti a cooperativa <b>Numeratore:</b> Numero di pazienti cronici presi in carico <b>Denominatore:</b> totale dei pazienti di competenza Target: $\geq 20\%$
VALORE OTTENUTO	Il target del 20% riparametrato su 7 mesi e pari al 11,7%.  Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MAP aderenti a cooperativa = 245
COMMENTO	Nel corso del 2025 sono state intraprese diverse azioni volte a sensibilizzare i Medici di Assistenza Primaria (MAP) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) all'inserimento proattivo dei loro assistiti nel percorso di Presa in carico della cronicità (PIC), utilizzando la piattaforma SGDT, che dal 10 marzo 2025 è stata resa disponibile da ARIA per la redazione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) a tutti i MAP e PLS. Durante il 2025 è stata progressivamente implementata l'attività del Centro Servizi, ad oggi denominato CUP di prossimità della CdC, il quale si occupa sia della prenotazione delle prestazioni relative ai pazienti cronici, sia segnalate nei PAI compilati in SGDT sia in uscita dagli ambulatori specialistici presenti in CdC; si occupa inoltre di svolgere attività di re-call per ricordare agli assistiti le prenotazioni e di monitorare le avvenute prestazioni. Nel caso in cui il paziente non si presenti all'appuntamento fissato il personale del CUP di prossimità della CdC provvede a ricontattare l'utente ed eventualmente ricalendarizzare la prestazione. Da novembre 2025, per agevolare la presa in carico dei pazienti cronici in un ambiente non prettamente ospedaliero, sono stati aperti presso la Casa di Comunità di Crema gli ambulatori relativi alle seguenti specialità: cardiologia, diabetologia, geriatria territoriale, medicina interna, nefrologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, oncologia e dietologia oncologica, pneumologia, psicologia territoriale.


<b>OBIETTIVO</b>	<b>Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili</b>
AREA	Rete territoriale
DESCRIZIONE E FINALITA'	Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - Raggiungimento target PNRR Cure Domiciliari come definito nelle Regole 2025 e incentivare la sorveglianza domiciliare programmata da parte dei MAP (sia nell'attività a ciclo di scelta che su base oraria, quest'ultima particolarmente orientata alla presa in carico degli assistiti afferenti agli AMT)
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025 <b>Numeratore:</b> N. over 65 presi in carico 2025 <b>Denominatore:</b> N. over 65 presi in carico 2024 Target: presi in carico per ASST come da Regole 2025 paragrafo 5.10.3
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto nel 2025 4.997
COMMENTO	La SC Cure Primarie ha organizzato incontri periodici con i Referenti AFT e momenti collegiali di confronto con tutti i MAP del Distretto cremasco volti alla sollecitazione della presa in carico dei pazienti cronici tramite l'incremento dell'utilizzo dei percorsi domiciliari strutturati di: -Assistenza Domiciliare Programmata (ADP erogata dal MAP con accessi rendicontati sulla piattaforma SDG); -ADI erogata da Enti Erogatori (compresa ASST Crema dietro richiesta del MAP); -PSD erogato dal MAP in autonomia con il proprio personale infermieristico o dalle IFeC della CdC su segnalazione medica; - somministrazione di vaccinazioni domiciliari; che hanno nell'insieme contribuito al raggiungimento dell'obiettivo della PIC.

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro</b>
AREA	Prevenzione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Valutazione per l'area territoriale della prescrizione degli antibiotici attraverso la classificazione AWaRe, che suddivide gli antibiotici in tre categorie: Access (accesso), Watch (attenzione) e Reserve (riserva), per promuovere un utilizzo più mirato ed efficace di questi farmaci essenziali.
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	Gli antibiotici "Access" sono raccomandati per la maggior parte delle infezioni, presentando uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza; gli antibiotici "Watch" sono destinati a condizioni specifiche, con un uso più controllato per limitare lo sviluppo di resistenze; gli antibiotici "Reserve" sono riservati alle infezioni da agenti multiresistenti, per preservarne l'efficacia nel tempo

	<p><b>Numeratore:</b> DDD antibiotici in classe access</p> <p><b>Denominatore:</b> DDD antibiotici totali</p> <p>Target: &gt;=65% o comunque miglioramento di almeno il 5% rispetto al 2024</p>
VALORE OTTENUTO	<p>2024: 51,2%</p> <p>2025: 53,2%.</p>
COMMENTO	<p>La SC Cure Primarie ha incontrato periodicamente i Referenti AFT per analisi dei dati di prescrizione degli antibiotici ACCESS (dato disponibile per ogni MAP sulla piattaforma SDG) ed ha realizzato Audit in collaborazione con il Servizio Farmaceutico di ATS per l'analisi dei dati di prescrizione farmacologica prestando particolare attenzione alla categoria degli antibiotici "Access".</p> <p>I MAP del territorio hanno in più occasioni sottolineato che le prescrizioni specialistiche li inducono all'impossibilità di scegliere antibiotici "Access".</p>

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro</b>
AREA	Prevenzione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Effettuare almeno 1 esercitazione durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS pubblici
RIFERIMENTI NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025 DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	Numero di esercitazioni effettuate TARGET: Caricamento su Sasha del documento di valutazione relativo all'esercitazione effettuata durante l'anno solare 2025.
VALORE OTTENUTO	L'esercitazione Panflu 2025 condotta presso ASST Crema, si è svolta in data 21 ottobre 2025 coerentemente con quanto indicato nella nota regionale Protocollo G1.2025.0021488 del 03/06/2025. In particolare, dopo l'esercitazione pratica del 2024 in cui si è testata vestizione e svestizione e corretto uso di DPI, nell'edizione del 2025 è stato predisposto uno scenario di spillover da animale a uomo di infezione da virus influenzale aviario (H5N1).

<b>OBIETTIVO</b>	<b>Miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro</b>
AREA	Prevenzione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Influenza anno di nascita <=1960
RIFERIMENTI NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025 DGR XII/4434 del 26/05/2025
INDICATORE	capacità di una regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della patologia influenzale

	<p><b>Numeratore:</b> n° di vaccinati Assistiti da MMG dell'ASST di riferimento</p> <p><b>Denominatore:</b> n° di Assistiti da MMG dell'ASST di riferimento</p> <p>TARGET: Obiettivo minimo: &gt;=75% Oppure Obiettivo ulteriore da perseguire: &gt;3% vs 2024</p>
VALORE OTTENUTO	<p>726 - ASST DI CREMA</p>  <p>54,58%</p>
COMMENTO	<p>L'obiettivo ottenuto è in linea con i risultati degli anni precedenti e comunque superiore alla media Regionale. Per tale obiettivo oltre al contributo di MMG, Farmacie territoriali aderenti vi è stata la collaborazione dei reparti Ospedalieri di Asst Crema, hanno contribuito in modo capillare alla parte di sensibilizzazione e di invio presso i punti erogativi (MMG, Farmacie, Centro Vaccinale), in modo più limitato per la parte somministrativa. Presso il Centro Vaccinale sono stati garantiti ambulatori aggiuntivi per tutto il periodo 01/10/2025-31/12/2025, inoltre sono state istituite giornate di apertura al sabato e alla domenica. Tutti i giorni è stato previsto un ambulatorio ad accesso libero senza necessità di avere un appuntamento. Questo al fine di agevolare le principali categorie di Offerta (over 60 anni, donne in gravidanza, cronici, operatori sanitari e scolastici ec..)</p>

OBIETTIVO	Igiene mani
AREA	Prevenzione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Attivazione di un percorso di valutazione dell'adesione all'igiene delle mani mediante osservazioni dirette, in almeno un presidio ospedaliero afferente all'Ente, secondo le modalità e le tempistiche individuate dalla UO Prevenzione.
RIFERIMENTI NORMATIVI	Decreto 8636 del 18/06/2025
INDICATORE	Aumentare l'uso del gel idroalcolico per garantire l'igiene delle mani e quindi, il controllo delle infezioni ospedaliere raggiungendo lo standar minimo definito da OMS: consumo medio $\geq$ 20 litri di soluzione idroalcolica/ 1.000 giornate di degenza ordinaria per i reparti di degenza e un incremento di almeno l'80%rispetto al consumo 2024.
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

OBIETTIVO	PROMOZIONE SALUTE – EQUITA'
AREA	Prevenzione
DESCRIZIONE E FINALITA'	Promozione della salute - equità
RIFERIMENTI NORMATIVI	DGR XII/4556 del 16/06/2025
INDICATORE	Azione territoriale declinata in coerenza con Azione Equity del PRP (programma individuato in accordo con ATS fra PP1, PP2, PP3, PP4, PP5, PL16, PL 20)/1
VALORE OTTENUTO	Risultato ottenuto: 100%

## Misurazione e valutazione della performance individuale

Il ciclo della performance, delineato dal D.Lgs 150/2009, individua nella misurazione e valutazione della performance individuale il momento di raccordo fra strategia aziendale, responsabilità delle unità operative e contributo del singolo dipendente. Per il personale del Comparto, il Regolamento premi correlati alla performance organizzativa e individuale, recepito con Delibera n. 143/2023, costituisce tuttora il quadro di riferimento operativo dell'ASST di Crema. Il testo del Regolamento — che ha introdotto per il comparto la ponderazione fissa (50 %) del risultato di unità operativa a superamento del precedente “punteggio standard” — anche per l'impostazione 2025 conferma il binomio obiettivi-competenze.

Il processo, invariato sul piano metodologico, mantiene la doppia lettura risultati–comportamenti, con collegamento diretto agli incentivi economici e ai percorsi di sviluppo. Nell'ultimo ciclo sono stati valutati i dipendenti del comparto di ASST Crema da 73 valutatori (media 16,62 valutati per valutatore); il punteggio medio si attesta a 47,29/50 (mediana 48,  $\sigma = 3,36$ ; range 20-50). Gli item più performanti risultano Orientamento ai bisogni (4,83) e Osservanza delle procedure (4,78), mentre Utilizzo delle procedure informatiche (4,66), Comunicazione, Orientamento al risultato e Competenze (4,69) evidenziano la maggior necessità di crescita.

Per quanto concerne il percorso di Valutazione della Performance individuale della Dirigenza Area Sanità, viene confermato anche per il 2025 il percorso metodologico storicamente applicato. Gli esiti di tale percorso, con l'applicazione del "punteggio standard" vedono una valutazione dei Dirigenti di ASST di Crema effettuata da 36 valutatori (media 8,11 valutati per valutatore); il punteggio medio si attesta a 86,95/100 (mediana 86,68,  $\sigma = 9,51$ ; range 55,79-100). La ponderazione del risultato di Unità Operativa viene applicata proporzionalmente all'incarico attribuito: 10% per gli Incarichi Professionali, 15% per gli Incarichi di Alta Specializzazione, 25% per i Responsabili di Struttura Semplice e 50% per i Responsabili di Struttura Complessa.

Per quanto concerne il percorso di Valutazione della Performance individuale della Dirigenza PTA, il 2025 rappresenta il primo anno di applicazione del nuovo accordo in materia di valutazione, che ha introdotto una profonda revisione delle schede individuali: sono state definite tre tipologie di scheda, distinte per incarichi gestionali, incarichi professionali e direzione di dipartimento. Gli esiti di tale percorso vedono una valutazione dei Dirigenti PTA di ASST di Crema effettuata da 5 valutatori (media 2,20 valutati per valutatore); il punteggio medio si attesta a 90,04/100 (mediana 89,00,  $\sigma = 5,20$ ; range 84,00-100).

L'evoluzione, nel segno del miglioramento continuo, mira a un processo valutativo trasparente, oggettivo e motivante, capace di premiare il merito e di orientare gli interventi formativi e di sviluppo professionale dell'Azienda. La presente sezione, pertanto, conferma:

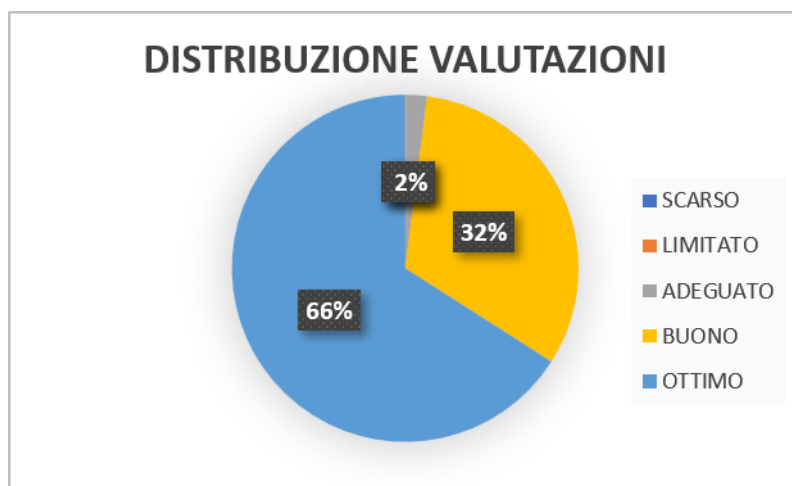
- Continuità metodologica – invariati criteri di valutazione, scale di punteggio e responsabilità degli attori, in modo da garantire stabilità del confronto storico e coerenza con la disciplina contrattuale vigente.
- Allineamento agli indirizzi Dipartimento della Funzione Pubblica – rafforzamento degli indicatori comportamentali relativi a leadership, comunicazione e orientamento al servizio, già presenti nella scheda di valutazione, in linea con le raccomandazioni ministeriali.

- Collegamento con il budget – conferma della correlazione tra esiti di struttura, risultato individuale e accesso ai fondi premiali, secondo la filiera obiettivi-risorse-premi.

Nel prosieguo sono riportati gli indicatori ritenuti significativi ai fini dell'analisi del processo di valutazione della performance individuale; si precisa, altresì, che nelle elaborazioni presentate non sono stati ricompresi i valori relativi alla performance organizzativa.

#### DISTRIBUZIONI DELLE VALUTAZIONI DEL COMPARTO PER RANGE DI PUNTEGGIO

N.VALUTATI	1213
N.VALUTATORI	73
MEDIA VALUTATI/VALUTATORI	16,62
MEDIA VALUTAZIONI	47,29
MEDIANA VALUTAZIONI	48,00
DEVIAZIONE STANDARD	3,36
VALUTAZIONE MINIMA	20,00
VALUTAZIONE MASSIMA	50,00



#### CONTEGGIO E MEDIA DELLE VALUTAZIONI DELLA DIRIGENZA PER TIPOLOGIA DI SCHEDA

##### Dirigenza Area Sanità

N.VALUTATI	284
N.VALUTATORI	36
MEDIA VALUTATI/VALUTATORI	8,11
MEDIA VALUTAZIONI	86,95
MEDIANA VALUTAZIONI	88,68
DEVIAZIONE STANDARD	9,51
VALUTAZIONE MINIMA	55,79
VALUTAZIONE MASSIMA	100,00

##### Dirigenza PTA

N.VALUTATI	11
N.VALUTATORI	5
MEDIA VALUTATI/VALUTATORI	2,20
MEDIA VALUTAZIONI	90,04
MEDIANA VALUTAZIONI	89,00
DEVIAZIONE STANDARD	5,20
VALUTAZIONE MINIMA	84,00
VALUTAZIONE MASSIMA	100,00

### Dettaglio Dirigenza Area Sanità

