

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2025



Sommario

Premessa	Pag. 3
1. L'ASST di Cremona in cifre	Pag. 4
2. Il Ciclo di Gestione della Performance	Pag. 14
3. La valutazione della Performance	Pag. 17
3.1 I progetti strategici realizzati: un quadro di sintesi	Pag. 17
3.2 La performance Aziendale e la performance organizzativa	Pag. 31
3.3 La Performance individuale	Pag. 40
4. Organizzazione del capitale umano	Pag. 41
4.1 Organizzazione del lavoro agile	Pag. 41
4.2 Piano triennale dei fabbisogni di personale	Pag. 42
4.3 Piano della formazione	Pag. 44
5. Trasparenza e Anticorruzione	Pag. 45
6. Internal Auditing	Pag. 47

Premessa

Il Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO) 2025-2027, adottato con decreto n. 77 del 30 gennaio 2025, è stato predisposto secondo le disposizioni contenute dall'art.6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Esso rappresenta il documento strategico programmatico per il triennio che dà anche avvio al ciclo di gestione delle performance, definendo, in coerenza con le risorse assegnate, quali sono gli obiettivi, gli indicatori e i target sui quali si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance stessa dell'ASST per il periodo in oggetto. Attraverso questo documento, quindi, l'ASST descrive le attività e i progetti attivi che sono rappresentati da indicatori di misurazione.

La presente relazione è il documento conclusivo del ciclo della performance relativo al 2025 ed è anche l'atto con il quale viene messa a disposizione di tutti gli Stakeholders (cittadini, organizzazioni di consumatori, organizzazioni di pazienti, volontari, organizzazioni del terzo settore) una sintesi dei risultati conseguiti nel corso dell'anno 2025 rispetto a quanto programmato.

La presente Relazione, che fa riferimento al Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO) 2025-2027, è il prodotto dell'azione di programmazione e valutazione svolta dalla Direzione Strategica aziendale attraverso i Servizi di Staff e il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni Aziendale e rappresenta la sintesi di tutte le azioni messe in campo nelle diverse articolazioni dell'azienda da parte di tutti gli operatori.

In tale documento vengono descritti i risultati raggiunti nell'anno 2025 per ciascuno dei tre seguenti livelli:

1. progetti strategici realizzati e/o fasi rilevanti di progetti pluriennali effettuate nell'anno 2025;
2. la performance organizzativa sia a livello aziendale valutata rispetto al raggiungimento degli obiettivi definiti da Regione Lombardia sia a livello di unità operativa a cui, alla luce del processo di programmazione regionale e aziendale, sono stati assegnati gli obiettivi di budget per l'anno 2025 (secondo la procedura definita nel Sistema di misurazione e valutazione della performance);
3. la performance individuale del personale dipendente dell'Azienda, rispetto alla qualità della prestazione e al contributo individuale fornito alle strutture di afferenza per il raggiungimento degli obiettivi di budget, secondo le apposite procedure definite dalla contrattazione aziendale.

Al fine di dare conto in modo integrato dell'attuazione di tutte le sezioni presenti nel PIAO, nel documento vengono, inoltre, illustrate le azioni messe in campo nel corso del 2025 da parte della ASST sulle seguenti tematiche:

- a) organizzazione del capitale umano;
- b) piano triennale dei fabbisogni di personale;
- c) piano della formazione;
- d) prevenzione della corruzione e trasparenza.

La relazione viene pubblicata sul sito istituzionale dell'ASST di Cremona nella sezione "Amministrazione Trasparente" dedicata alla rendicontazione delle informazioni e dei documenti relativi al ciclo della performance.

1. L'ASST di Cremona in cifre

L'ASST di Cremona persegue i fini istituzionali di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività. La Mission dell'Azienda, in coerenza con le linee strategiche indicate negli indirizzi nazionali (ad esempio, Patto per la Salute, Piano Nazionale Cronicità – PNC ecc.), nonché con le Regole di Sistema di Regione Lombardia per l'anno 2025 (d.G.R. n. XII/3720 del 30/12/2024), è quella di concorrere con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, nella logica di presa in carico della persona, garantendo **massima accessibilità e libertà di scelta**, l'equità delle prestazioni, l'**ottimizzazione delle risorse**, promuovendo l'**integrazione ed il raccordo istituzionale** con gli enti locali e con le organizzazioni sanitarie e del volontariato.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona è stata costituita a decorrere dall'1.1.2016 con Deliberazione di Giunta della Regione Lombardia n. X/4494 del 10.12.2015 "Costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona" a cui ha fatto seguito il Decreto Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia n. 11964 del 31.12.2015 di "Attuazione L.R. 23/2015: Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona – Trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO".

Rispetto al territorio della ATS Val Padana, l'azienda è baricentrica, fattore che la rende interlocutore privilegiato per alleanze con le altre ASST dei territori confinanti in funzione di precise progettualità.

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Cremona risulta costituita da 2 presidi ospedalieri (Presidio Ospedaliero di Oglio Po - Presidio Ospedaliero di Cremona) già parte della ex Azienda Ospedaliera di Cremona e dai servizi sociosanitari provenienti dagli ambiti territoriali della ex ASL di Cremona, identificati nelle seguenti strutture/attività:

- **Serd (erogazione) (2 sedi):** si occupa prevalentemente della presa in carico di utenti con problemi di tossicodipendenza, alcool dipendenza, gioco d'azzardo e tabagismo. Effettua consulenze per le persone inviate dalla CMLP (protocollo CMLP – NOA per persone segnalate per guida in stato di ebbrezza) e programmi riabilitativi per le persone segnalate dalla Prefettura per infrazione art. 75 e 121 di cui al DPR 309/90. Il Sert di Cremona si occupa anche dei detenuti tossico/alcol dipendenti.
- **Consultori (3 sedi operative):** il modello consultoriale operativo realizzato è quello del Consultorio Familiare Integrato (CFI) con focus centrale sulla famiglia; si rivolge pertanto a persone singole, coppie e nuclei familiari in tutte le fasi esistenziali del ciclo di vita - gravidanza, maternità, età evolutiva, adolescenza, adultità, nonché in condizioni di disabilità ed età anziana, costituendo un'importante risorsa di sostegno. Gli interventi consultoriali afferiscono complessivamente a due macroaree, quella sanitaria e quella psico-socioeducativa, che si integrano nell'elaborazione del progetto d'intervento individualizzato. In ambito sanitario le principali attività erogate riguardano la gravidanza e la preparazione alla nascita, il post partum, la prevenzione ginecologica ed oncologica (screening), la contraccezione, la menopausa e adempimenti previsti dalla Legge n. 194/1978 (IVG). L'ambito psico-socioeducativo abbraccia generalmente il sostegno individuale, familiare e di coppia, nonché aree più specifiche quali la tutela sociale della maternità, (Bandi Famiglia e Misure a sostegno delle famiglie fragili), l'area giovani e adolescenti con lo Spazioxgiovani dedicato, lo Sportello Disabili, le adozioni, la Tutela Minori.
- **Attività territoriali:** protesica maggiore e minore, gestione trasporti dializzati, attività del servizio di Medicina Legale (di polizia mortuaria, visite fiscali, commissioni medico legali, rilascio di certificazioni medico legali e abilitazioni), farmaceutica: file F ex tipologia 13, attività distrettuali di cura del paziente (pazienti con patologie rare), valutazione multidimensionale, ADI valutativa al netto del costo del personale dipendente, ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR); le case di comunità previste dal PNRR; le centrali operative territoriali (COT) previste dal PNRR. Afferiscono inoltre alla Direzione Socio-Sanitaria:

- il Distretto di Cremona, con funzioni di implementazione dell'offerta territoriale e che assume un ruolo strategico di gestione e di coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali;
- il Dipartimento di Cure Primarie (in stretta sintonia con le strutture del Distretto) per la stesura di linee guida in materia di cure primarie nonché la gestione amministrativa delle Convenzioni degli MMG (Medici di Medicina Generale), PLS (Pediatri di libera scelta) e MCA (Medici di Continuità Assistenziale).

Si precisa che presso il presidio sanitario "Nuovo Robbiani" di Soresina è stata attivata la prima "Casa di Comunità" dell'ASST Cremona che prevede un ambulatorio di psicologia clinica, un ambulatorio di terapia del dolore e un ambulatorio di geriatria. Inoltre, nel mese di dicembre 2022 è stata aperta la Casa di Comunità di Casalmaggiore, sede operativa dei servizi sociosanitari territoriali che operano nel distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese, in stretta collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i servizi sociali, le associazioni territoriali, le cooperative e le strutture accreditate.

Risulta, inoltre, attivo dal 18/12/2023 l'Ospedale di Comunità di Cremona con 20 posti letto; struttura socioassistenziale nata per favorire la transizione dei pazienti da strutture ospedaliere per acuti al domicilio.

L'ASST di Cremona, nel 2025, conta **2.639 dipendenti** fra medici, infermieri, assistenti sociali, assistenti religiosi, personale tecnico e amministrativo con un'**età media di 46,37 anni** (cfr. Tabella 1), ed ha un valore della produzione di 373.637.267 euro (di cui 43.120.602 € relativi al territorio).

Tabella 1. Numero teste per ruolo (tempo determinato e indeterminato ad esclusione delle risorse acquisite con contratti atipici e liberi professionisti) con distinzione per Dirigenza e Comparto al 31.12.2025

	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero di Oglio Po	Strutture Territoriali	Totale Azienda
Dirigenza				
Sanitario Medico	311	48	48	407
Sanitario non medico	41	4	31	76
Professionale e Tecnica	8	0	0	8
Amministrativo	8	0	1	9
Totale Dirigenza	368	52	80	500
Età media Dirigenza				46,77
Comparto				
Sanitario	942	190	264	1396
Tecnico - Professionale	127	32	4	163
Sociosanitario	199	61	73	333
Amministrativo	182	25	40	247
Totale Comparto	1450	308	381	2139
Età media Comparto				46,28
Azienda				
Totale Azienda	1818	360	461	2639

Fonte: Gestione e sviluppo delle Risorse Umane – ASST Cremona

In termini di attività, l'ASST di Cremona nell'anno 2025 ha registrato **22.841 ricoveri** (di cui 82,59% ricoveri ordinari e 45% ricoveri di tipo chirurgico), 4.705.798 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC, di cui tabella 3) e 54.719 prestazioni psichiatriche (flusso 46SAN).

Tabella 2. Dati attività per presidio ospedaliero: attività di ricovero e specialistica ambulatoriale (2023 cfr. 2025)

	Presidio Ospedaliero di Cremona (incluso POT Soresina)			Presidio Ospedaliero di Oglio Po			Totale Azienda		
	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025
Ricoveri Ordinari (a)	14.768	15.023	15.509	3.126	3.383	3.356	17.894	18.406	18.865
GG degenza totali	127.276	125.264	126.159	27.797	30.738	28.640	155.073	156.002	154.799
degenza media	8,62	8,34	8,13	8,89	9,09	8,53	17,51	17,43	16,66
Peso medio DRG	1,242	1,259	1,241	1,205	1,23	1,216	2,447	2,489	2,457
Ricoveri Day hospital (b)	3.071	3.149	3.100	678	675	736	3.749	3.824	3.836
N.Accessi Totali	3.488	3.555	3.630	786	765	813	4.274	4.320	4.443
Peso medio DRG	0,778	0,782	0,808	0,779	0,778	0,793	1,557	1,56	1,601
Ricoveri Sub-acuti (c)	106	135	140				106	135	140
GG degenza totali	5.573	6.110	6.790				5573	6.110	6.790
degenza media	52,58	45,26	48,5				52,58	45,26	48,5
Totale Ricoveri (a+b+c)	17.945	18.307	18.749	3.804	4.058	4.092	21.749	22.365	22.841
- di cui %DRG Chirurgici							44%	45%	45%
- di cui % DRG Medici							56%	55%	55%
Totale numero Prestazioni ambulatoriali esterne	3.387.989	3.557.457	3.594.025	1.121.527	1.191.830	1.117.171	4.509.516	4.749.287	4.711.196
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali per esterni (esclusi MAC,BIC, NPI)	2.567.668	2.675.140	2.715.218	787.057	819.546	797.552	3.354.725	3.494.686	3.512.770
- di cui Numero Prestazioni ambulatoriali PS per esterni	798.842	866.377	862.186	330.054	367.678	315.194	1.128.896	1.234.055	1.177.380
- di cui Numero MAC	18.794	13.191	13.846	2.801	2.828	2.417	21.595	16.019	16.263
- di cui Numero BIC	2.685	2.749	2.775	1.615	1.778	2.008	4.300	4.527	4.783
Numero prestazioni NPI	27.378	32.078	35.104	5.245	6.462	5.398	32.623	38.540	40.502
Numero prestazioni 46/SAN (Psichiatria)	22.701	32.381	42.340	9.576	11.178	12.379	32.277	43.559	54.719

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Tabella 3. Prestazioni ambulatoriali per esterni per tipologia (2023 cfr. 2025)

Prestazioni ambulatoriali ASST Cremona						
	ANNO 2023		ANNO 2024		ANNO 2025	
	Numero	Valore lordo	Numero	Valore lordo	Numero	Valore lordo
Prestazioni ambulatoriali esterne	4.509.516	€ 74.813.771	4.749.287	€ 78.698.933	4.711.196	€ 80.867.425
- di cui Numero MAC	21.595	€ 3.381.895	16.019	€ 3.110.579	16.263	€ 3.254.059
- di cui Numero BIC	4.300	€ 4.191.311	4.527	€ 4.398.813	4783	€ 4.547.324
Esami radiologici	160.884	€ 9.708.039	178.054	€ 11.096.316	176.780	€ 11.616.677
Esami di laboratorio	3.572.963	€ 28.173.263	3.677.491	€ 28.433.459	3.755.271	€ 28.017.751
Altre prestazioni	749.774	€ 29.359.263	873.196	€ 31.659.766	758.099	€ 33.431.614

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

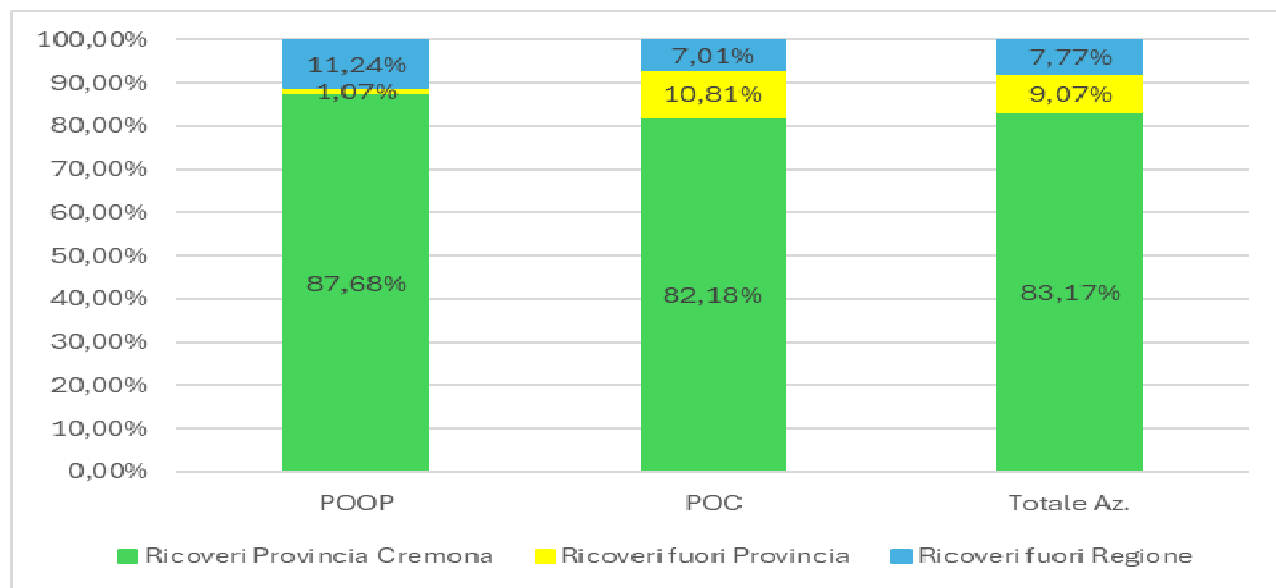
Riguardo all'area dei ricoveri, l'azienda registra un **tasso di attrazione del 16,83%** (9,07% provenienti da fuori provincia e 7,77% provenienti da fuori regione). Come riportato nella tabella 4, nel 2025 si è registrato un incremento dei pazienti fuori provincia (+8,29% rispetto al 2024) correlato alla ripresa graduale dell'attività di ricovero.

Tabella 4. Ricoveri per provenienza e per presidio ospedaliero (2024 e 2025)

		Ricoveri Provincia di Cremona	Ricoveri fuori Provincia	Ricoveri fuori Regione	Totale Ricoveri
POOP	2024	3.554	59	451	4.064
	2025	3.595	44	461	4.100
	Delta	41	-15	10	36
POC	2024	15.100	1.860	1.389	18.349
	2025	15.464	2.034	1.319	18.817
	Delta	364	174	-70	468
Totale Azienda	2024	18.654	1.919	1.840	22.413
	2025	19.059	2.078	1.780	22.917
	Delta	405	159	-60	504

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Grafico 1 - Distribuzione ricoveri per presidio ospedaliero 2025



Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Nel corso dell'anno 2025 a livello aziendale la valorizzazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali e chirurgiche elettive ha proseguito la crescita rilevata a partire dall'anno 2023, seppur ancora inferiore ai livelli di produzione dell'epoca pre-covid, determinata dall'attuazione del piano di ripresa, come raccomandato da Regione Lombardia.

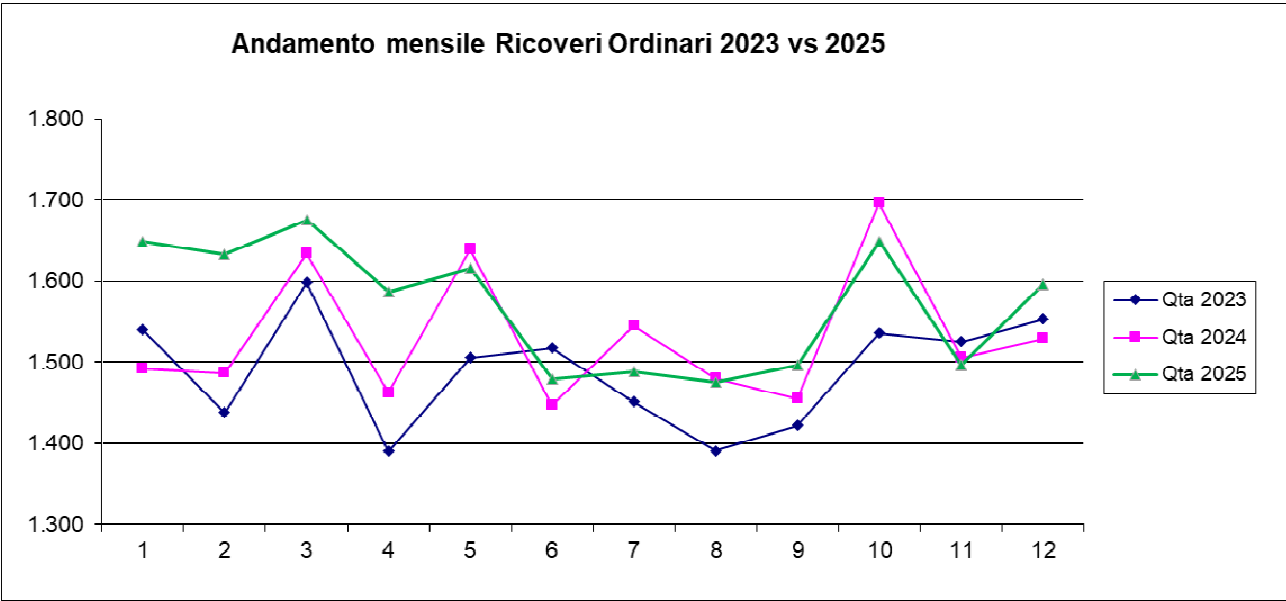
In particolare, Regione al fine di contenere i tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA 2025 ha posto alle aziende un obiettivo di vincolo numerico di prestazioni da erogare nel periodo giugno/dicembre (valore atteso: 76.389 prestazioni) indipendentemente dalla classe di priorità assegnata.

L'ASST a seguito della comunicazione di questo obiettivo ha attivato da subito tutti gli strumenti operativi necessari per il coordinamento e monitoraggio delle attività finalizzate a garantire il piano di ripresa, come dettagliato nella sezione "performance aziendale" del presente piano. Tali operazioni hanno consentito di raggiungere pienamente l'obiettivo fissato, anzi a fine anno il numero di prestazioni erogate da parte dell'ASST è stato pari a 81.248 e quindi nettamente superiore all'obiettivo fissato da Regione Lombardia (106,4% rispetto all'obiettivo).

Per quanto concerne l'attività di ricovero, pur non essendo stato assegnato nessun obiettivo specifico in termini di volumi da parte di Regione Lombardia, l'azienda si è impegnata al fine di garantire il rispetto dei tempi d'attesa per le varie classi di priorità, al fine di recuperare anche l'attività inervase in periodo pandemico, agendo in particolare sull'efficientamento delle sale operatorie mediante il monitoraggio di una serie di indicatori che hanno consolidato il miglioramento dei tempi e l'incremento del numero medio di interventi per seduta. (+4% rispetto al 01/01/2025).

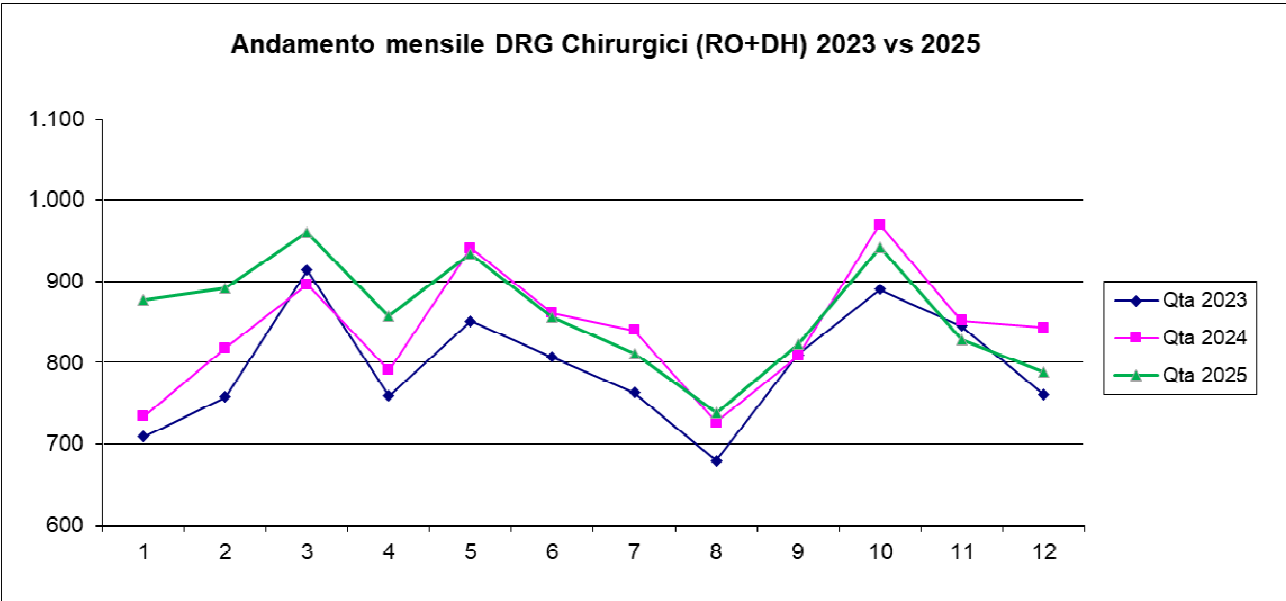
Come è possibile notare dai grafici riportati in seguito l'attività di ricovero complessiva ordinaria evidenzia un trend in crescita rispetto sia all'anno 2023 che al 2024, in particolare tale fenomeno è riconducibile ai DRG chirurgici complessivi (grafico 3), ciò a testimonianza dell'impegno profuso da parte dell'azienda sul recupero dell'attività chirurgica.

Grafico 2 – Andamento mensile Ricoveri Ordinari 2023/2024/2025



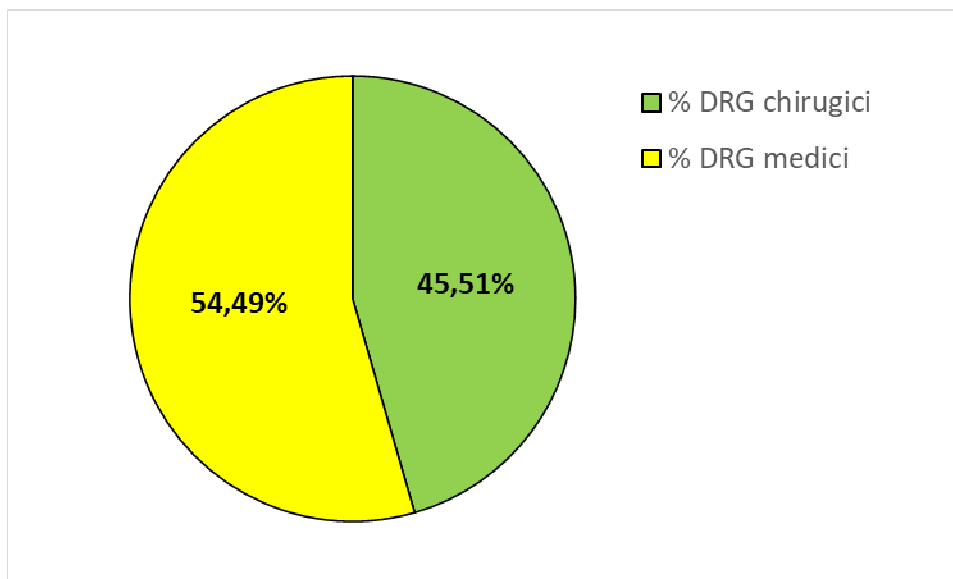
Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Grafico 3 - Andamento mensile DRG Chirurgici



Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Grafico 4 - Suddivisione ricoveri per tipologia



Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

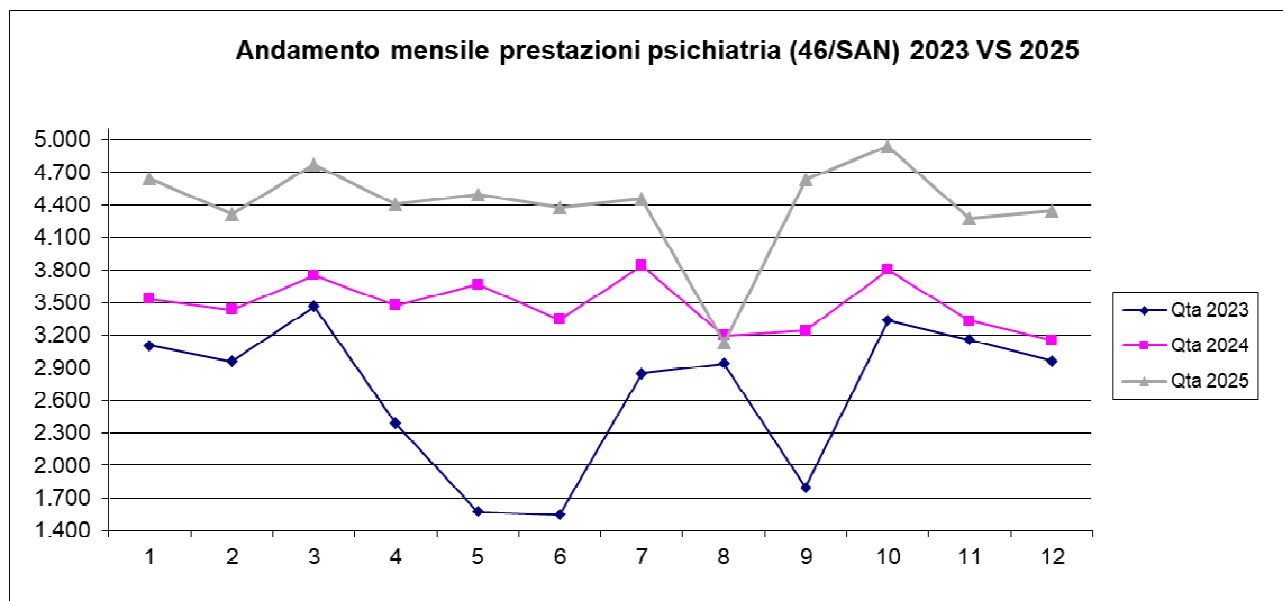
Resta comunque da segnalare che, nonostante la progressiva ripresa dell'attività, i ricoveri, risultano comunque inferiori a quanto prodotto in epoca pre-covid in relazione ai seguenti fenomeni di natura organizzativa:

- ridimensionamento della terapia intensiva neonatale: a seguito dell'attuazione di quanto indicato nelle d.G.R. n. XI/267 del 28/06/2018 "rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: intervento di riorganizzazioni dei punti nascita" e d.G.R. n. XI/2395 del 11/11/2019 "Rete regionale per l'assistenza materno neonatale: 1) requisiti e strutture dei centri di medicina materno fetale (MMF) ad elevata complessità assistenziale 2) requisiti e strutture sede dei centri di terapia intensiva neonatale (TIN)" con decorrenza 01/03/2020 la terapia intensiva neonatale della ASST di Cremona è stata declassata a terapia sub intensiva neonatale, determinando una notevole contrazione dei volumi prodotti
- sospensione dell'attività di ricovero riabilitativa a decorrere dal mese di ottobre 2020 a causa della carenza di organico medico ed infermieristico
- contrazione dei posti letto di alcune uu.oo. di carattere medico e oncologico finalizzate alla gestione del paziente vs setting di ricovero più appropriati.

Per quanto concerne l'attività psichiatrica si rileva una ripresa dell'attività avviata a partire dall'anno 2024 (grafico 5) determinata dai seguenti fattori:

- completo processo di arruolamento del personale del comparto collocato nei servizi territoriali e l'aumento dei pazienti sulle presenze semiresidenziali (a fronte della riduzione dei posti letto di SRP1-CRA per ristrutturazione
- attivazione del terzo appartamento adibito a Programmi di Residenzialità Integrata (ex Residenzialità Leggera)
- modifica delle regole di valorizzazione delle prestazioni erogate al domicilio del paziente consentendo la remunerazione dei singoli interventi erogati e non più dell'unico intervento domiciliare
- modifica della modalità di remunerazione degli interventi erogati all'interno dei Programmi Residenziali Integrati con un leggero incremento del valorizzato
- riapertura da dicembre 2024 della Struttura Residenziale Psichiatrica-CRA di Cremona, con il ripristino della collocazione dei 4 posti letto temporaneamente integrati nella SRP2-CPA e l'accoglimento di ulteriori 2 pazienti dal SPDC
- riattivazione a seguito di istanza di accreditamento dei nuovi spazi individuati per il Centro Diurno di Casalmaggiore, sempre nel corso del 2025 è stata riattivata la frequenza semiresidenziale per gli 8 posti previsti.

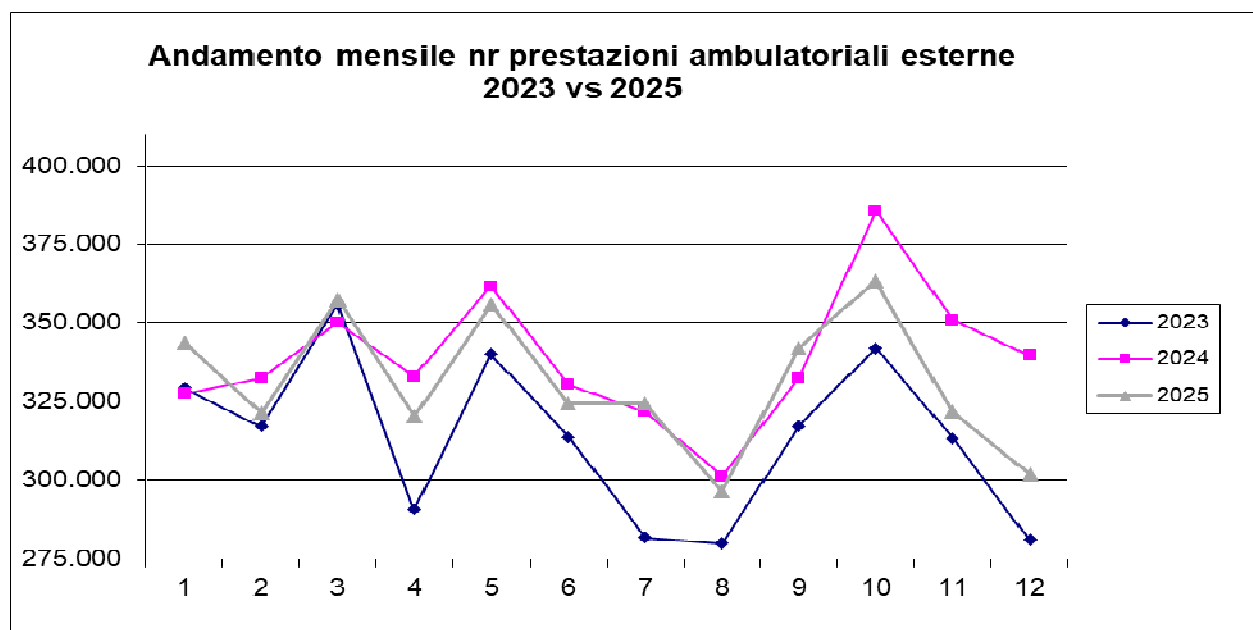
Grafico 5 – Andamento mensile prestazioni psichiatriche (2025 inclusa psicologia clinica)



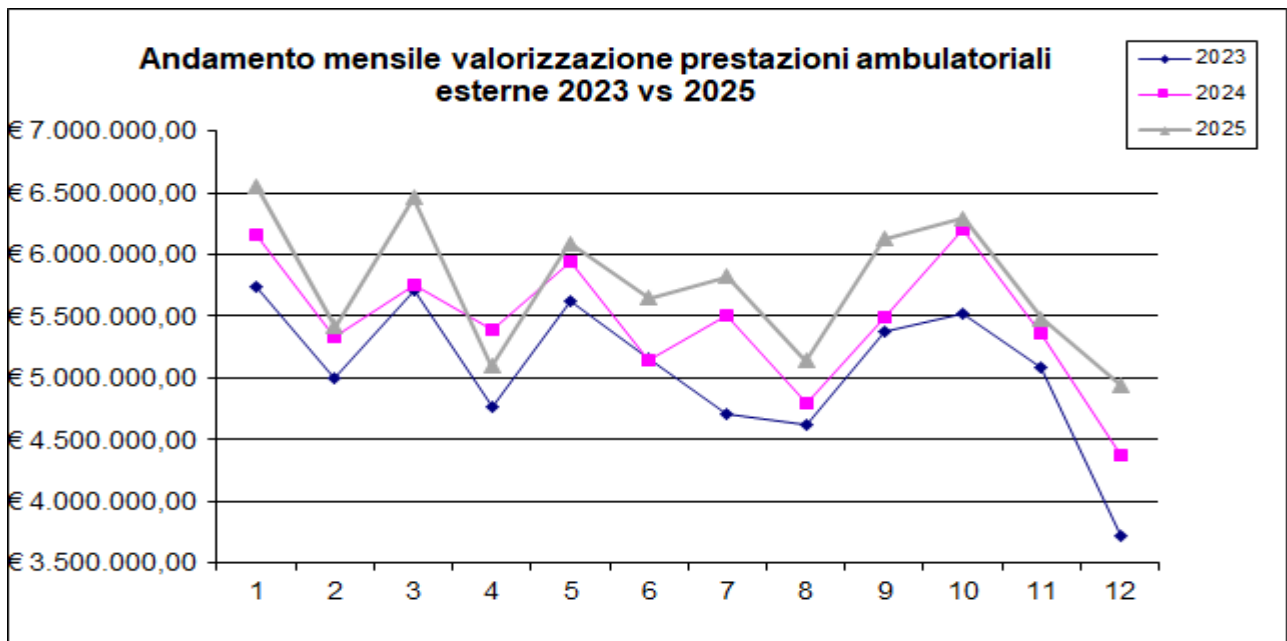
Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

L'attività ambulatoriale evidenzia un incremento in termini di valorizzazione della produzione sia rispetto al 2024, che al 2023, a testimonianza del massimo impegno profuso da parte del personale alla ripresa dell'attività, il calo del numero delle prestazioni è invece ascrivibile alla introduzione del nuovo nomenclatore ambulatoriale che ha previsto l'accorpamento di diverse prestazioni (es. prima visita cardiologica include anche l'elettrocardiogramma, che in passato veniva rendicontato separatamente, aumentato numericamente i volumi di produzione).

Grafico 6 – Andamento mensile prestazioni ambulatoriali



Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona



Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

L'attività di monitoraggio mensile sull'andamento della produzione è stata effettuata costantemente tutto l'anno.

Riguardo al percorso di emergenza-urgenza, si evidenzia per l'anno 2025 un numero totale di accessi al Pronto soccorso pari a 87.083 in incremento rispetto al 2024. Il tasso di ricovero da PS che ha subito una notevole contrazione negli ultimi anni a livello aziendale si è stabilizzato e nel 2025 è pari a 13.44% (15,27% per il POC e 9,26% per il POOP), a testimonianza del consolidamento del processo di efficientamento del pronto soccorso, in termini di maggior assistenza in fase di osservazione breve e di migliore appropriatezza degli eventuali successivi ricoveri.

Tabella 5 Accessi PS distinti per codice colore e modalità di dimissione (2023 cfr. 2025*)

N.B. si segnala che da maggio 2023 la classificazione dei codici di accesso in ps è stata modificata, pertanto, al fine di rendere confrontabili i dati con gli anni precedenti si è proceduto ad una suddivisione tra urgenza e non urgenza.

	Presidio Ospedaliero di Cremona				Presidio Ospedaliero di Oglio Po				Totale azienda			
	2023	2024	2025	Diff.2025-2024	2023	2024	2025	Diff.2025-2024	2023	2024	2025	Diff.2025-2024
Totale accessi	56.367	58.940	60.507	1.567	24.008	25.862	26.576	714	80.375	84.802	87.083	2.281
non urgenza (ex codici bianchi)	4.129	4.145	6.497	2.352	1.451	1.895	2.465	570	5.580	6.040	8.962	2.922
% non urgenza	7%	7%	11%		6%	7%	9%		6,9%	7,1%	10,3%	
urgenza	52.238	54.795	54.010	-785	22.557	23.967	24.111	144	74.795	78.762	78.121	-641
% urgenza	93%	93%	89%		93%	93%	89%		94%	93%	91%	
Ricoverati da PS	8.456	8.686	9.239	553	2.455	2.596	2.462	-134	10.911	11.282	11.701	419
% Ricoverati da PS	15,00%	14,74%	15,27%		10,23%	10,04%	9,26%		13,58%	13,30%	13,44%	
Dimessi a domicilio	47.710	50.002	50.986	984	21.524	23.216	24.023	807	69.234	73.218	75.009	1.791
% Dimessi a domicilio	84,64%	84,84%	84,26%		89,65%	89,77%	90,39%		86,14%	86,34%	86,14%	
Trasferiti	97	152	193	41	14	29	71	42	111	181	264	83
% Trasferiti	0,17%	0,26%	0,32%		0,06%	0,11%	0,27%		0,14%	0,21%	0,30%	
Deceduti	104	100	89	-11	15	21	20	-1	119	121	109	-12
% Deceduti	0,18%	0,17%	0,15%		0,06%	0,08%	0,08%		0,15%	0,14%	0,13%	

Con riferimento all'attività territoriale, di seguito vengono presentati alcuni dei dati più significativi in termini di prestazioni offerte relativi all'area socio-assistenziale: area interventi alla famiglia – Consultorio familiare, area dipendenze e SERT, area medicina legale, area Cure domiciliari e Cure primarie. Si evidenzia un trend crescente generalizzato su tale area a testimonianza della crescente integrazione tra ospedale e territorio.

Tabella 6: Screening di 1° e 2° livello (2023 cfr. 2025)

Tipologia screening	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. test eseguiti per tumore cervice uterina	7.430	7.677	7.956
n. test eseguiti per tumore colon retto	1.184	1.270	1.429
n. test eseguiti per tumore mammella	10.974	11.499	13.439

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Tabella 7: Dati attività Cure Palliative (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Numero ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	387	452	407
Nr pazienti domiciliari	282	280	244
Nr valutazioni multidisciplinari domiciliari non seguite da presa in carico	32	45	45
Valorizzazione ricoveri (residenziale e semiresidenziale)	€ 1.244.742	€ 1.138.955	€ 1.247.713
Valorizzazione attività domiciliare	€ 951.946	€ 890.737	€ 762.849

Fonte: Controllo di Gestione – ASST Cremona

Tabella 8: Dati Area interventi alla famiglia - Consultorio familiare (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. prestazioni totali (tariffate e non) area psicosociale	8.615	7.900	8.494
n. prestazioni totali (tariffate e non) area sanitaria	21.928	21.586	24.588
Valorizzazione forfettaria prestazioni non tariffate di Accesso e Tutoring	€ 77.924	€ 76.795	€ 76.504
Numero gravidanze seguite presso i consultori	518	526	604

Fonte: Serv. Distrettuali per la famiglia – ASST Cremona

Tabella 9: Dati attività Area delle Dipendenze/Sert (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. prestazioni tossicodipendenza	70.903	77.957	74.635
n. prestazioni alcolismo	6.925	7.465	8.994
n. prestazioni gioco d'azzardo	956	1.032	980
n. prestazioni tabagismo	2.683	2.094	2.074
n. prestazioni HIV/MTS	589	1.318	2.143
n. prestazioni - altro	608	1.100	362

Fonte: DSMD – ASST Cremona

Tabella 10: Dati attività Area - Medicina Legale (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. pratiche Commissione Invalidi	8.127	7.965	8.438
n. pratiche Commissione Medica Locale patenti	5.631	7.024	7.476
n. visite necroscopiche e fiscali	601	438	355
n. visite necroscopiche ospedaliere	1.414	1.323	1.113
Certificazioni monocratiche ed altre prestazioni (collegio medico, indennizzi L.210/92...)	584	803	820

Fonte: Medicina Legale – ASST Cremona

Tabella 11: Dati attività area valutazione multidimensionale (VMD) e Cure Domiciliari base ed integrate

* non vengono rilevati i dati di confronto degli anni precedenti in quanto trattasi di attività partita a pieno regime a fine 2024

	Anno 2025
N. TOT VALUTAZIONI C-DOM (Pratiche)	4.118
- DI CUI N. TOT. VALUTAZIONI C-DOM con scelta di erogatore esterno*	3.444
- DI CUI N. TOT. VALUTAZIONI C-DOM con scelta di erogatore ASST CR	674
N. TOT. ASSISTITI (C.F.) C-DOM ASST CR	374

Fonte: Servizi per la Domiciliarità – ASST Cremona

Tabella 12: Dati attività Area – altri servizi territoriali (2023 cfr. 2025)

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
n. prestazioni ventiloterapia, nutrizione artificiale domiciliare	1.782	1.977	2.327
n. prestazioni protesica maggiore	4.182	4.229	4.728
n. prestazioni protesica minore	11.073	11.389	11.210

Fonte: Servizi per le fragilità – ASST Cremona

Tabella 13: Dati attività Vaccinazioni (2023 cfr. 2025)

Tipologia vaccino	Nr somministrazioni ANNO 2023	Nr somministrazioni ANNO 2024			Nr somministrazioni ANNO 2025		
	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	altri punti vaccinali di ASST Cremona*	totale	presso SC Vaccinazioni (CV + HUB)	altri punti vaccinali di ASST Cremona*	totale
Nr somministrazioni ANTI-COVID	6.616	2.737	188	2.925	2.113	84	2.197
Nr somministrazioni ANTI-INFLUENZALI	6.385	5.179	790	5.969	5.073	656	5.729
Nr somministrazioni Ab anti VRS	-	405	172	577	132	421	553
Nr tutti gli altri vaccini NON influ, NON covid, NON VRS	39.091	45.257	160	45.417	51.561	131	51.692
TOTALE	52.092	53.578	1.310	54.888	58.879	1.292	60.171

* Carcere, domiciliari, Med. Lavoro, Emodialisi, Patologia Neonatale (dato non disponibile per l'anno 2023)

Fonte: UO Vaccinazioni – ASST Cremona

2. Il Ciclo di gestione della Performance

A partire dal 2012, l'Azienda ha avviato il proprio ciclo di gestione della performance in ottemperanza alle disposizioni di cui al D.Lgs. 150/2009 c.d. "decreto Brunetta", secondo le indicazioni di cui alle Linee Guida dell'OIV della Regione Lombardia, armonizzando gli esistenti strumenti di programmazione e controllo al nuovo modello integrato di valutazione.

In particolare, il modello predisposto per le Aziende Sanitarie Pubbliche di Regione Lombardia si pone i seguenti obiettivi:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica dell'azienda sanitaria mediante la predisposizione di un percorso di lavoro che la Direzione intende mettere in campo nel medio-lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di budgeting aziendale;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle performance;
- consentire benchmarking nell'ambito delle aziende del SSR.

Nel corso degli anni, si è, quindi, progressivamente consolidato il ciclo di gestione della performance.

In particolare, nel corso dell'anno 2025 il processo di budget è stato strutturato nelle seguenti fasi come indicato sul regolamento aziendale (Decreto n. 1203 18/12/2024). L'unica variazione riguarda la tempistica prevista per l'avvio del processo di budget che ha subito un ritardo in quanto la Direzione ha proceduto alla assegnazione degli obiettivi di budget in seguito alla declinazione degli obiettivi di mandato all'azienda da parte di Regione avvenuta con decreto n. 8634 del 18/06/2025:

- 1. Piano Integrato di attività ed organizzazione e definizione delle Linee guida del processo di Budget:** a seguito della presa d'atto delle regole del Sistema Sanitario Regionale e sulla base del Piano Integrato di attività ed organizzazione, le LLGG al budget sono condivise all'interno del Collegio di Direzione con i Direttori di Dipartimento.
- 2. Definizione delle Schede di Budget:** il Comitato Budget valida le proposte di schede di Budget elaborate dall'UO Controllo di Gestione, coerentemente alle "Linee Guida di Budget". Le proposte di schede di budget personalizzate vengono inviate a ciascun CdR a cui segue un momento di negoziazione ufficiale che si conclude con la sottoscrizione delle suddette schede da parte della Direzione Strategica, del Direttore del Dipartimento e del Responsabile di CdR. Entro un mese dalla sottoscrizione, ciascun Responsabile di CdR è tenuto a divulgare gli obiettivi negoziati e ad assegnare eventuali obiettivi individuali.
- 3. Monitoraggio infrannuale della performance** che consiste in un sistema di reporting e monitoraggio a cadenza mensile/trimestrale degli obiettivi contenuti nelle schede di budget e il cui raggiungimento è descritto da indicatori misurabili attraverso i sistemi informatici e resi disponibili nel datawarehouse aziendale; → la fase di monitoraggio è stata effettuata a partire dal mese di settembre al termine del periodo estivo. È proseguita comunque la pubblicazione dei dati di produzione standard all'interno del datawarehouse aziendale.
- 4. Valutazione performance organizzativa e performance individuale:** a seguito della raccolta dei dati e delle rendicontazioni delle UUOO certificatrici funzionali, viene effettuata la valutazione della scheda budget e, quindi, viene definito il grado di raggiungimento degli obiettivi per ogni singolo Centro di Responsabilità. Dopo eventuali controdeduzioni da parte delle singole UUOO, i risultati ottenuti sono presentati al Nucleo di Valutazione delle Performance per la validazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione dei risultati. Dopo che è stata assunta la valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi dei singoli CdR si procede alla valutazione della performance individuale sulla base della scheda di valutazione individuale.
- 5. Relazione sulla Performance:** come previsto dall'art. 10, c. 1, lettera b, del d. lgs. 150/2009, viene redatta la Relazione sulla Performance che rappresenta il momento conclusivo del Ciclo di Gestione della Performance, fornendo quindi un quadro completo e unitario di rendicontazione dell'andamento dell'Azienda agli stakeholder di riferimento.

Fasi/Tempi	Entro quando	Entro quando... anno 2025
1. Recepimento Regole di Sistema e incontro pre-budget con i Dipartimenti nell'ambito del Collegio di Direzione(LLGG al processo di budget) Piano Integrato di attività ed organizzazione	Entro gennaio/febbraio Entro 31/01	Entro gennaio PIAO
2. Negoziazione Schede Budget	Entro marzo/aprile	Entro luglio
3. Monitoraggio infrannuale con eventuale revisione	Trimestrale	Mensile a partire dal mese di settembre
4. Valutazione finale schede budget (performance organizzativa) 5. Valutazione budget performance individuale	Entro maggio/giugno anno successivo	Entro maggio 2026
6. Relazione Piano Performance	Entro giugno anno successivo	Entro giugno 2026

In particolare, per l'anno 2025, la programmazione aziendale degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi è stata effettuata sulla base della seguente normativa regionale:

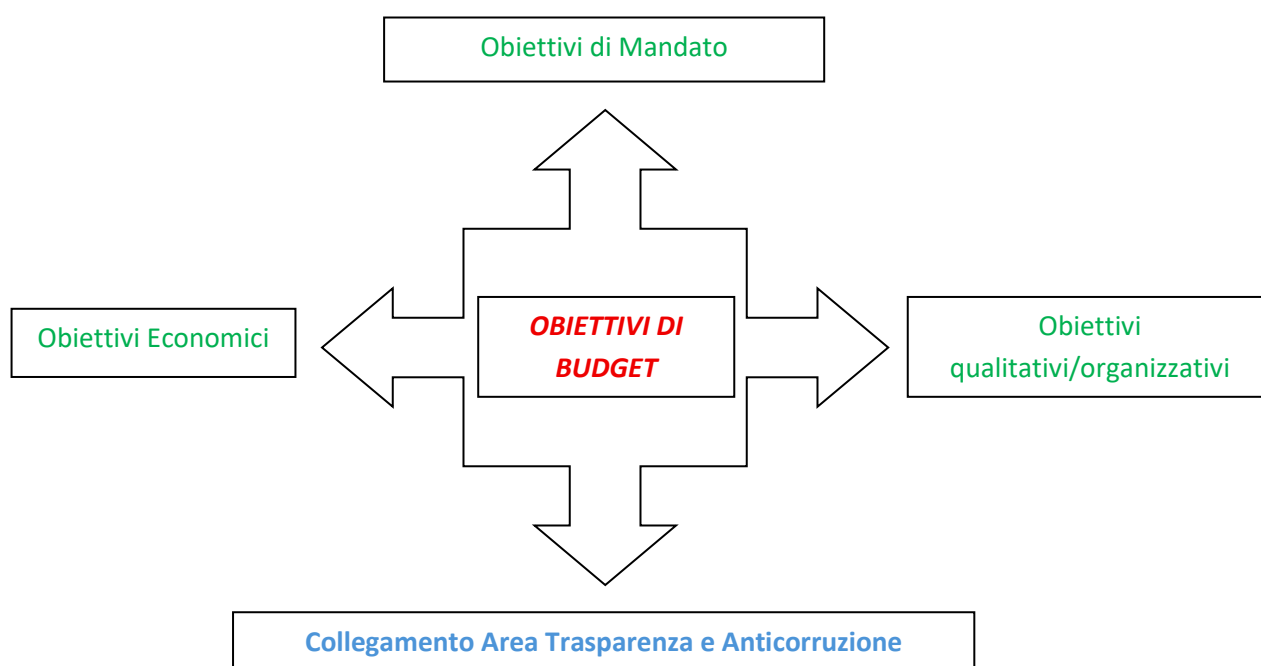
- Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014, adottato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 88 del 17.11.2010;
- Legge Regionale 23 del 11/08/2015;
- Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2025 (D.G.R. XII/3720 del 30/12/2024);
- Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 (delibera n. XII/4938 del 04/08/2025);
- Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzia della Tutela della Salute (ATS) delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) – anno 2025 (D.G.R. XII/4434 del 26/05/2025);
- Decreto n. 8634 del 18/06/2025 avente ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ASST di Cremona- anno 2025";
- DGR XII/4556 del 16/06/2025 "Determinazione in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste nel PNGLA 2025";
- Ulteriori determinazioni del piano operativo regionale anno 2025 per il contenimento dei tempi di attesa approvato con DGR XII/4556/2025 (DGR XII/5057 del 29/09/2025);
- Determinazione in ordine alla direzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona (D.G.R. XI/1082);
- Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST Cremona approvato con D.G.R. XI/6804 del 02/08/2022);
- Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027 approvato con decreto del Direttore Generale n. 77 del 30 gennaio 2025;
- Contratto definitivo anno 2025 tra ASST Cremona e ATS Val Padana per l'erogazione di prestazioni di ricovero, ricovero sub acuti, di assistenza specialistica ambulatoriale e per l'attività di psichiatria e di neuropsichiatria infantile sottoscritti in data 3/06/2025;
- Bilancio Preventivo Aziendale approvato con decreto n. 1228 del 20/12/2024.

Pertanto, l'ASST di Cremona, in linea con le indicazioni del Regolamento aziendale "Processo di budget" (Decreto n. 1203 del 18/12/2024), ha definito per l'anno 2025, nell'ambito del processo di programmazione e controllo annuale, un sistema di valutazione strutturato nelle seguenti aree di Performance:

- 1. Obiettivi di mandato** in tale ambito vengono attribuiti alle UU.OO./servizi per la parte di competenza gli obiettivi di mandato attribuiti da Regione Lombardia all'azienda per l'anno in corso (es. indicatori PNE/NSG, tempi d'attesa, volumi PNGLA, screening)
- 2. Obiettivi di carattere economico (attività e costi)** in tale area possono essere attribuiti: obiettivi di perseguimento dei livelli di efficienza (rapporto tra costi e valorizzazione dei ricavi), obiettivi

di contenimento di specifiche voci di costo, con l'obiettivo di ridurre gli sprechi su acquisti di beni sanitari e/o il loro stoccaggio non ponderato preventivamente, obiettivi di incremento/mantenimento della produzione finalizzati al recupero delle liste d'attesa ed infine obiettivi inerenti gli indicatori di ricovero ordinario (es. degenza e peso medio)

- 3. Obiettivi qualitativi/organizzativi:** in questo ambito sono previsti obiettivi e indicatori inerenti le seguenti tematiche: 1) valutazione della tempestività di risposta alle richieste degli utenti interni ed esterni al fine di migliorare l'accountability dell'Azienda nei confronti dei cittadini e degli stakeholder nell'ottica della massima trasparenza e rendicontazione puntuale delle attività svolte; 2) fluidità del percorso fisico del paziente tra i diversi setting assistenziali (ad esempio, dall'area di emergenza-urgenza all'area di degenza, da quest'ultima a strutture territoriali extra-ospedaliere nei casi di dimissione protetta o di avvio di percorsi territoriali di assistenza domiciliare integrata), occupazione dei Blocchi operatori e fluidità del percorso chirurgico 3) obiettivi di processo legati alla realizzazione di processi aziendali di rilevanza strategica ed organizzativa (ad esempio PDTA, stesura piano di lavoro)



La valutazione della performance

3.1. I progetti strategici: un quadro di sintesi

Con riferimento ai progetti strategici richiamati nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027, di seguito si propone una breve descrizione di quanto realizzato.

I progetti strategici ed operativi previsti ad inizio anno possono essere così classificati:

- **Sostenibilità ed equità:**
 - o Sostenibilità ambientale/energetica
 - o Parità di genere
- **Sviluppo e adeguamento della struttura di offerta:**
 - o Il Nuovo Ospedale
 - o Realizzazione ospedali di Comunità e Case di Comunità
- **Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità:**
 - o Efficacia clinica
 - o Rischio clinico
 - o Rispetto dei target di produzione indicati dalla DG Welfare
- **Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti:**
 - o Accessibilità e trasparenza delle liste d'attesa e governo dei tempi d'attesa
 - o Nuovo CUP regionale
 - o Efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso
 - o Ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente
- **Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio:**
 - o Infermiere di Famiglia e Comunità
 - o Dimissioni protette verso domicilio e verso strutture di cure intermedie
 - o Sviluppo Cure Domiciliari
 - o Piano di sviluppo del Polo Territoriale

Sostenibilità ed equità

- ❖ **Sostenibilità ambientale/energetica** - Nell'ambito del contratto gestione calore, tra il 2020 ed il 2022, si è proceduto alla riqualificazione delle centrali termiche delle strutture aziendali principali, ovvero i presidi ospedalieri di Cremona e Oglio Po di Casalmaggiore (CR), consistente in un revamping generale degli impianti con garanzia di diversificazione delle fonti energetiche di alimentazione (metano, teleriscaldamento). In entrambi i siti è stato installato un impianto di trigenerazione per la generazione termica / frigorifera e la produzione di energia elettrica. Il sistema consente alti livelli di rendimento e un consistente risparmio energetico. Inoltre, in tutti gli interventi di manutenzione straordinaria/ristrutturazione in programmazione o in corso di realizzazione, viene garantita l'applicazione delle prescrizioni normative vigenti in tema di risparmio energetico e sostenibilità ambientale.
- Anche negli interventi finalizzati rientranti negli investimenti PNRR in fase di realizzazione viene massimizzata l'attenzione al risparmio energetico e sostenibilità ambientale.
- In particolare, gli interventi finalizzati all'attivazione delle Case di Comunità di Cremona e di Soresina concorrono al raggiungimento del tag PNRR finalizzato al miglioramento delle prestazioni energetiche degli edifici.
- Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero Oglio Po nell'ambito di finanziamento ex Atto Integrativo dell'accordo di programma quadro per gli investimenti sanitari Art. 20 L 67/1988, è stata completata la progettazione di fattibilità tecnico economica rafforzata finalizzata alla ristrutturazione dell'involucro esterno con riqualificazione energetica del Presidio e nel corso dell'anno verrà espletata la progettazione esecutiva con affidamento dei lavori.

Per entrambi i Presidi Ospedalieri si è proceduto alla sostituzione dell'intera illuminazione esterna con impianti a led ad alta efficienza energetica e ridotto inquinamento luminoso ai sensi della norma UNI 10819/2021.

Relativamente al tema della mobilità sostenibile, si segnala che la flotta dei veicoli aziendali è a oggi costituita, per la quasi totalità, da veicoli mild hybrid in linea con le ultime normative europee di immatricolazione.

Con Decreto n. 456 del 05.10.2022 l'Azienda ha provveduto all'individuazione di Energy Manager.

- ❖ **Parità di genere:** La parità di genere si riferisce alla parità tra donne e uomini rispetto ai loro diritti, trattamento, responsabilità, opportunità e risultati economici e sociali. La parità di genere si ottiene quanto uomini e donne hanno gli stessi diritti, responsabilità e opportunità in tutti i settori della società e quanto i diversi interessi, bisogni e priorità di uomini e donne sono ugualmente valutati. Di rilievo, ai fini di consentire l'accesso a cure meglio rispondenti ai bisogni delle persone è la Medicina di Genere che studia l'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona, e interessa tutte le Discipline sanitarie costituendo una dimensione trasversale, interdisciplinare e pluridimensionale della Medicina. All'interno della nostra ASST nel corso dell'anno 2024 con la nomina della referente della medicina di genere (in ottemperanza alla normativa vigente) si è costituito gruppo di lavoro che si pone come obiettivo strategico di erogare una cura fondata sull'appropriatezza diagnostica, clinica, terapeutica e assistenziale e sull'informazione alle pazienti, attraverso la costruzione di Percorsi di Cura multispecialistici e interdisciplinari, che garantiscano una personalizzazione e un'equità di accesso alle cure, superando il concetto di salute esclusivamente ancorato alla dimensione della corporeità e della biologia senza valorizzare i determinanti legati al genere e l'intersezione del sistema sesso-genere. Nel corso del 2025 sono stati avviati specifici ambulatori a partire dal mese di ottobre (ambulatori ginecologici, oncologici, pneumologici, endocrinologici, diabetologici, radiologici).

Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere sono disciplinate all'interno del Piano delle Azioni Positive, parte integrante del PIAO.

Sviluppo e adeguamento della struttura di offerta

- ❖ **Innovazione e sviluppo strategico: il nuovo Ospedale** - Il nuovo ospedale intende ripensare i servizi e favorire una maggiore integrazione fra le cure sanitarie e sociosanitarie, fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale. Una struttura che faccia della sostenibilità e di un armonico rapporto con l'ambiente e la città, le cifre caratteristiche delle proprie peculiarità.

Il cambiamento della concezione della struttura ospedaliera occupa un ruolo cruciale nel posizionamento del paziente al centro di tutte le scelte progettuali, da quelle organizzative della struttura a quelle architettoniche.

Nello specifico partendo dal rapporto tra edificio e contesto, si assisterà ad un ribaltamento dell'attuale paradigma: dalla concentrazione del volume in un enorme monoblocco al centro dell'area ospedaliera, ad una distribuzione degli spazi produttivi lungo le aree confiniali, al parco. E proprio il parco, oltre a costituire un naturale elemento di riduzione del rumore ambientale (l'ospedale si colloca, dopotutto, in area urbana), avrebbe la funzione di "purificatore dell'aria", abbattendo la concentrazione delle polveri sottili e attenuando il disagio nelle giornate estive più calde; inoltre assolverebbe un compito ancora più importante, ovvero portare serenità ai pazienti, fornendo loro un contesto favorevole nell'approccio ai servizi clinici. Il verde con le sue essenze arboree, i suoi percorsi ed i servizi in esso dislocati, finisce così per costituire l'elemento caratterizzante la funzione ospedaliera declinandola, appunto, in un "parco della salute", il segno, l'emblema di un modello che fa della sostenibilità il proprio paradigma.

All'interno di questo contesto, la scelta dell'orientamento dell'edificio, con lo studio particolareggiato delle modalità e della durata di ingresso della luce diurna, la razionale articolazione di flussi e percorsi, nonché la predisposizione di ambienti per la socializzazione saranno fattori determinanti il corretto funzionamento dell'ospedale e l'adeguato comfort per la permanenza delle persone al suo interno.

E proprio sull'articolazione degli spazi interni si dovrà fare ancora più attenzione. La pandemia ci ha insegnato quanto sia importante l'attitudine della struttura adattarsi rapidamente ai mutamenti del quadro epidemiologico; pertanto, il nuovo ospedale dovrà essere il più possibile modulare e flessibile, al fine di garantire eventuali cambi di destinazione d'uso, modificando solamente le attrezzature e mantenendo per cui invariate le componenti strutturali e impiantistiche.

Non solo. Immaginare un ospedale in cui la preponderanza delle camere di degenza sia costituita da stanze singole non dovrà più essere percepito come un lusso, ma la presa d'atto di nuove necessità: una camera singola, infatti, non solo riduce il tasso di infezione, ma, concretamente, offre al paziente la possibilità di ricevere analisi e trattamenti (point of care) direttamente nel luogo in cui si trova.

L'intervento avverrà per sostituzione edilizia all'interno della stessa area in cui sorge l'attuale struttura. Il dimensionamento del nuovo ospedale tiene conto di parametri intrinseci (standard dimensionali e assetto nosologico degli ospedali per acuti) ed estrinseci (bacino d'utenza).

Il 15 dicembre 2021 è stato firmato il protocollo di intesa fra gli enti a diverso titolo coinvolti nella realizzazione dell'intervento. Regione Lombardia, ASST di Cremona, ATS della Valpadana, Comune di Cremona e Provincia di Cremona hanno con tale documento delineato le rispettive competenze e le conseguenti modalità di partecipazione al procedimento di realizzazione del nuovo ospedale che prevede un investimento iniziale di 330 milioni di euro e tempi di realizzazione compresi tra i 5 e gli 8 anni.

L'avvenuta programmazione, da parte della Giunta Regionale, con d.G.R. n. XI/4385 del 3 marzo 2021, delle risorse necessarie alla realizzazione del nuovo ospedale di Cremona, nell'ambito degli stanziamenti per investimenti in edilizia sanitaria previsti nel periodo 2021-2028, e la rilevanza storica e strategica del tema, riverberano importanti riflessi anche sull'assetto organizzativo aziendale in termini di ridefinizione delle aree di innovazione e di sviluppo strategico e, conseguentemente, di ridisegno delle strutture deputate al loro perseguimento.

Il modello di governance proposto per l'attuazione del progetto si estrinseca in una attribuzione diretta di responsabilità in capo all'ASST di Cremona, attraverso la costituzione di una struttura complessa dedicata, afferente ad un dipartimento funzionale, entrambi in staff alla Direzione Generale. Trattasi di struttura avente come missione principale il completamento del progetto di nuovo ospedale. La possibilità di attribuire alla ASST di Cremona le funzioni di stazione appaltante nel complesso procedimento di realizzazione della nuova struttura ospedaliera, costituisce elemento di valorizzazione delle risorse territoriali, in un'ottica di concreta e costruttiva sinergia con gli enti territoriali e con gli organismi di rappresentanza presenti nell'area cremonese, e risponde al principio di sussidiarietà che connota l'azione della Regione Lombardia. Tale funzione è presidiata da una struttura complessa – denominata "Nuovo Ospedale" - ad essa specificatamente dedicata e, nella cornice organizzativa del dipartimento funzionale "Innovazione, Sostenibilità e Aree di Sviluppo Strategico", allocata in staff alla Direzione Generale. Alla nuova struttura dipartimentale, secondo le linee condivise con la Direzione Strategica e con il contributo di tutta la compagine aziendale, compete la promozione di una preliminare e comune riflessione su cosa significhi pensare e progettare un nuovo ospedale avendo vissuto, questa Azienda ed il suo territorio di riferimento, fra i primissimi nel mondo occidentale, la crisi pandemica.

A seguito della pubblicazione, avvenuta nel 2023, sulla piattaforma digitale "Concorrimi" dell'Ordine degli Architetti, Pianificatori, Paesaggisti e Conservatori della Provincia di Milano, del bando di concorso internazionale, articolato in due fasi, per la progettazione del nuovo ospedale di Cremona, l'ASST ha adottato, con decreto direttoriale del 29 novembre 2023, la graduatoria definitiva recante il progetto vincitore.

La procedura in oggetto si configura quale procedura ristretta, articolata in due fasi distinte:

- (i) una fase di preselezione, aperta alla partecipazione di tutti i soggetti interessati, in cui sono stati oggetto di valutazione i curricula professionali dei candidati, per un totale di quindici studi professionali di caratura internazionale;
- (ii) una fase concorsuale, accessibile esclusivamente ai cinque candidati selezionati nella fase precedente, i quali hanno presentato in forma anonima le rispettive proposte progettuali.

Uno degli elementi caratterizzanti e più rigorosi di tale modalità procedurale è consistito proprio nell'assoluta garanzia dell'anonimato durante la fase concorsuale: l'identità dei partecipanti è rimasta ignota alla Commissione giudicatrice, la quale ha individuato il progetto vincitore unicamente sulla base dei contenuti progettuali.

La procedura ha infatti rappresentato il punto di avvio per l'adozione di analoghi concorsi a livello nazionale, configurandosi come un modello sperimentale di riferimento per iniziative finalizzate alla promozione dell'eccellenza progettuale e architettonica nel settore sanitario.

Medio tempore, è entrato in vigore il decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, con cui è stato approvato il nuovo Codice dei contratti pubblici (di seguito anche solo "Nuovo Codice") in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, come integrato e modificato dal decreto legislativo 31 dicembre 2024, n. 209, il cui art. 225 (rubricato "Disposizioni transitorie e di coordinamento"), comma 9, prevede che «A decorrere dalla data in cui il codice acquista efficacia ai sensi dell'articolo 229, comma 2, le disposizioni di cui all'articolo 23 del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 continuano ad applicarsi ai procedimenti in corso. A tal fine, per procedimenti in corso si intendono le procedure per le quali è stato formalizzato l'incarico di progettazione alla data in cui il codice acquista efficacia. Nel caso in cui l'incarico di redazione del progetto di fattibilità tecnico economica sia stato formalizzato prima della data in cui il codice acquista efficacia, la stazione appaltante può procedere all'affidamento congiunto di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnico ed economica oppure sulla base di un progetto definitivo redatto ai sensi dell'articolo 23 del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50».

Per effetto del predetto art. 225, c. 9, si è reso necessario procedere all'applicazione dell'art. 41 del Nuovo Codice il quale, a differenza dell'art. 23 del D. Lgs. n.50/2016, prevede che la progettazione in materia di lavori pubblici venga articolata in due (e non più tre) livelli di successivi approfondimenti tecnici: i) il progetto di fattibilità tecnico-economica e ii) il progetto esecutivo.

Conseguentemente, sono state avviate le procedure istruttorie necessarie alla corretta attuazione delle norme previste dal Dlgs 36/2023 (revisione contratto con RTI e documentazione accessoria), procedendo pertanto all'implementazione del Progetto di fattibilità Tecnico economica ai sensi dell'art.41 comma 6 del suddetto Decreto Legislativo.

La data di consegna del progetto implementato (cd. PFTE rafforzato) è stata fissata al 23 settembre 2025. Successivamente alla consegna del progetto, si è proceduto all'indizione della Conferenza dei Servizi decisoria, ai sensi dell'art 14 della Legge 241/1990 e ss.mm.i. per l'acquisizione dei titoli autorizzativi degli Enti e all'avvio della procedura comunale di VIA per l'acquisizione del titolo.

Conclusa la Conferenza dei Servizi decisoria e la verifica, il progetto verrà inviato alla Direzione Generale Welfare per l'approvazione ed il successivo step autorizzativo da parte del Ministero della Salute.

- ❖ **Realizzazione Ospedali di Comunità e Case di Comunità** - Nel corso dell'anno 2022 la ASST, come da programmazione PNRR, ha dato avvio al Potenziamento del Polo Territoriale attivando, seppur con differente ampiezza di servizi, le tre Case di Comunità, rispettivamente tre Case di Comunità, rispettivamente:

CDC Soresina – Via Robbiani,

CDC Casalmaggiore – Piazza Garibaldi, 3

CDC Cremona - Via San Sebastiano, 14

Nel corso dell'ultimo trimestre del 2025 sono stati completati i lavori di ristrutturazione della Casa della Comunità (CDC) Hub di San Sebastiano, intervento finalizzato al potenziamento strutturale e funzionale della sede, in coerenza con i modelli organizzativi previsti dalla programmazione regionale e nazionale.

La Casa di Comunità valorizza il ruolo dei case manager sociali e infermieristici e soprattutto dei servizi di primo accesso e di valutazione sia di bisogni semplici che complessi della popolazione, attraverso l'applicazione di funzioni informative, di orientamento e di accompagnamento nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini attraverso il Punto Unico di Accesso e la Centrale Operativa Territoriale. Una delle principali delle funzioni a livello

aziendale distrettuale è il transitional care dei pazienti, il reclutamento attivo e il governo delle centrali di telemedicina, diventando nel tempo un unico canale di accesso per alcune tipologie di servizi.

Nel dicembre 2023 ha preso avvio l'Ospedale di Comunità presso il padiglione 8 – all'interno del perimetro del presidio ospedaliero di Cremona, mentre sono in corso di esecuzione i lavori per la realizzazione dell'ospedale di Comunità di Soresina.

La funzione svolta dall'Ospedale di Comunità diventa sostegno alle dimissioni ospedaliere rendendo appropriati i percorsi di cura per pazienti con patologie acute minori, attraverso processi di stabilizzazione clinica.

Nel corso del 2025 l'Ospedale di Comunità di Cremona ha consolidato e perfezionato il modello di presa in carico dei pazienti, rafforzando i percorsi assistenziali e l'integrazione tra i professionisti coinvolti. Tale evoluzione organizzativa ha consentito di raggiungere elevati livelli di utilizzo della struttura, con percentuali di saturazione dei posti letto pari al 90%, a conferma dell'efficacia del servizio rispetto ai bisogni assistenziali del territorio.

Garantire servizi e prestazioni ad elevata qualità

- ❖ **Efficacia clinica** - Gli obiettivi di efficacia clinica e di performance organizzativa sono misurati attraverso indicatori oggettivi riconducibili a specifici protocolli e rappresentano una sintesi significativa degli indicatori del PNE (Piano Nazionale Esiti) del Network delle Regioni (sviluppato in collaborazione con l'Università Sant'Anna di Pisa) e del Nuovo Sistema di Garanzia. La misurazione di tali indicatori è resa disponibile dalla pubblicazione dei dati sul Portale di Governo Regionale (<https://logindwh.servizirl.it>). Per ogni obiettivo sono previste 5 fasce cromatiche che identificano il posizionamento dell'azienda rispetto ai valori medi regionali: rosso (molto basso), arancione (basso), giallo (media regionale), verde chiaro (alto) o verde scuro (molto alto). I suddetti indicatori sono 19 e riguardano le seguenti aree:

- Indicatori di esito Area Clinica CARDIOCIRCOLATORIO
- Indicatori di esito Area Clinica CHIRURGIA GENERALE
- Indicatori di esito Area Clinica GRAVIDANZA E PARTO
- Indicatori di esito Area Clinica OSTEOMUSCOLARE
- Indicatori di esito Area Clinica RESPIRATORIA
- Indicatori di esito Area Clinica CHIRURGIA ONCOLOGICA
- Efficienza ed appropriatezza (Network Regioni)

Nel corso del 2025, si è proceduto a monitorare gli indicatori di esito, in particolare all'interno delle schede di budget sono stati inseriti alcuni degli obiettivi del Nuovo Sistema di Garanzia, per i quali si sono rilevate delle criticità. Dai dati riportati nella tabella 14 è possibile evidenziare il progressivo miglioramento generalizzato degli indicatori.

L'unica criticità rilevata riguarda gli indicatori relativi all'area clinica della gravidanza e parto. I due indicatori relativi rispettivamente alle complicanze per i parti cesarei e alle complicanze per parti naturali mostrano un dato negativo rispetto alla media regionale. Analizzando il dato in termini assoluti si rileva che il dato negativo è imputabile all'esiguità di casi (4 complicanze per i parti cesarei, 10 complicanze per i parti naturali). Nonostante l'esiguità dei casi l'azienda pone comunque la massima attenzione su queste casistiche, che sarebbe auspicabile non avere in azienda, al fine di ottimizzare la qualità delle prestazioni erogate alla cittadinanza.

Tabella 14: Indicatori programma nazionale esito (PNE)

AREA CLINICA	INDICATORE (CODICE)	INDICATORE (DESCRIZIONE)	Valutazione 2023	Valutazione 2024	Valutazione 2025
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	2	3	2
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	1	1	2
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	2	3	1
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1	1	1
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN1	Colecistomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	1	1	1
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN2	Colecistomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	2	2	2
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	2	2	2
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	5	5	5
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	3	3	5
NERVOSO	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	2	3	2
NERVOSO	NERVO2	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a trenta giorni dal intervento di craniotomia	3	3	3
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	2	2	2
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	2	2	2
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO3	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a trenta giorni	1	1	1
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	3	4	1
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	1	1	2
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	2	2	1
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	3	3	3
RESPIRATORIO	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	3	2	3

Legenda	livello	di	aderenza	agli	standard	per	indicatori	PNE
	MOLTO ALTO							
	ALTO							
	MEDIO							
	MEDIO BASSO							
	BASSO							

- ❖ **Rischio clinico** - Il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio di ogni struttura sanitaria redige il Piano Annuale di Risk Management integrato con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione. Nel Piano sono esplicitate le linee di intervento individuate sulla base dell'analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, dei near miss, dell'andamento del contenzioso. Dal 2025, i piani annuali di risk management hanno considerato eventi avversi, eventi sentinella, contenzioso e altri elementi critici, adottando una logica di risk assessment. Le iniziative del Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente saranno allineate agli standard del WHO Global Safety Action Plan 2021-2030, con un avvio progressivo delle attività in linea con gli obiettivi del piano e in collaborazione con la Commissione Salute e AGENAS. Si confermano comunque le aree di monitoraggio:
 - Rischio in area Travaglio/Parto. Ogni Punto Nascita prosegue la segnalazione nel CedaP dei trigger materno-fetali e vengono effettuati audit strutturati sui trigger significativi per frequenza e/o profilo di rischio. Nel corso del 2023 è stata avviata la rilevazione della Sorveglianza della mortalità perinatale, individuando un gruppo operativo locale composto da Risk manager e referenti della sorveglianza (neonatologa, ostetrica, ginecologa e Risk manager), che hanno il compito di segnalare al Gruppo di lavoro Regionale i casi di mortalità perinatale secondo apposite modalità stabilite nel DECRETO N. 7917 Del 26/05/2023. Inoltre, è stato implementato nel 2025 il progetto di formazione con simulazione sul risk management in sala parto, coinvolgendo professionisti dei punti nascita Hub&Spoke, in collaborazione con AREU. I professionisti di ASST Cremona hanno effettuato la Simulazione presso gli Spedali Civili nel mese di dicembre 2025. È avvenuta il 31.03.2025 la visita peer ad opera del Gruppo di Lavoro del Centro Regionale per la Gestione del Rischio e Sicurezza del Paziente. È stata svolta una corposa preparazione da parte degli operatori dell'azienda, mediante incontri multidisciplinari mirati alla rilevazione delle buone pratiche,

del monitoraggio indicatori del percorso nascita e revisione dei documenti di Sistema Qualità Aziendale. Il report della visita PEER è stato trasmesso alla Direzione nel mese di aprile.

- Rischio Infezioni – SEPSI. Il GdL regionale, di cui al Decreto DG Welfare n.3604 del 18/3/2022, ha predisposto una raccomandazione specifica, volta a definire le strategie integrate per la gestione della Sepsis nell'adulto, che aggiorna i contenuti del Decreto DG Welfare n.7517/2013. È stato emanato il documento "Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto" con Decreto regionale n. 20674 del 21.12.2023. Sono stati effettuati 20 audit su casi di sepsi, estratti da una lista di campionamento, ricavati dal portale regionale, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, secondo le indicazioni che utilizzando la scheda audit CRF (Case Review Form). Viene mantenuta la stretta sinergia tra la funzione di Risk management, il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e la Direzione Sanitaria, nell'ambito delle strategie di contrasto e prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie. È stato realizzato e pubblicato il PDTA aziendale per la gestione dei casi di sepsi.
- Rischio in ambito territoriale e sociosanitario. Nell'ambito dei servizi dei poli territoriali afferenti alle ASST con l'acquisizione dei Dipartimenti delle Cure Primarie si è provveduto a coinvolgere i MMG nella rilevazione degli eventi avversi e nella segnalazione degli atti di violenza a danno degli operatori, come da procedura aziendale. Si è effettuata una riflessione sul rischio in telemedicina, con un'analisi FMECA relativa al teleconsulto.
- Healthcare Enterprise Risk Management. La gestione omnicomprensiva del rischio contribuisce anche ad un uso e ad un'allocazione più efficace delle risorse, alla protezione del patrimonio aziendale, alla tutela dell'immagine e del know-how delle figure professionali, così come all'ottimizzazione dell'efficienza operativa. Il Risk Manager ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione globale e prioritizzata, supportando così il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio nell'intraprendere le azioni di competenza. È stato concluso il progetto pilota della formazione in merito presso 7 aziende lombarde ed è stato emanato il Decreto n. 20638 del 21.12.2023 "Approvazione delle linee di riferimento per l'implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk management- gestione integrata del rischio nel sistema socio-sanitario di Regione Lombardia". Con tale decreto, il modello HERM viene esteso a tutte le aziende del SSR. Nel mese di aprile 2024 è stata effettuata la formazione per i Risk Manager di tutte le aziende e nelle linee operative vengono declinate le aree da esaminare con il modello ERM. Tali aree, per l'ASST di Cremona per l'anno 2025 sono la Comunicazione e Relazioni Esterne, la Farmacia, la Qualità e Risk Management; sono state effettuate le interviste ai risk owner, compilati i risk register e in collaborazione con il broker Marsh è stato finalizzato il progetto, i cui risultati sono stati trasmessi alla Direzione e a Regione.
- Gestione delle Crisi e Continuità Operativa. ASST Cremona, in coerenza con le linee di indirizzo regionali, ha adeguato con logica sistemica e di collegamento in primis i piani di emergenza pandemica con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMA, ecc...) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi. ASST Cremona ha elaborato un piano pandemico PANFLU e una serie di documenti in cui vengono declinate le azioni da seguire in caso di emergenza pandemica ed ha effettuato la ricognizione delle competenze del personale e dei bisogni formativi per implementare la gestione di eventuali altri eventi. È stato adeguato il PEIMAF ed è stato trasmesso alla Prefettura un documento con ruoli e responsabilità di ASST Cremona nell'ambito del piano NBCR.

Il Risk manager è il referente sanitario del Gestionale SASHA Panflu rilasciato in produzione da Regione nel mese di settembre 2023, che contiene la declinazione puntuale delle azioni da intraprendere per mantenere la continuità operativa nelle diverse fasi di un evento pandemico. Tali azioni devono essere attribuite ai responsabili delle aree di pertinenza e devono essere portate a termine entro scadenze stabilite a livello Regionale. In data 13 febbraio 2025 è stato effettuato da parte di ATS Val Padana l'audit su 4 azioni contenute nel portale SASHA, rispettivamente:

- Verifica della disponibilità di DPI e mascherina in tutti i reparti e per attività assistenziali.

- Capacità di testing
- Attivazione HotSpot infettivologici
- Aumento dei posti letto messi a disposizione per il Pronto Soccorso.

L'audit ha avuto esito favorevole, le azioni sono risultate complete e documentate.

È in corso di finalizzazione e di prossima emissione la revisione del Piano Pandemico Locale di ASST Cremona a mente delle ultime evoluzioni normative regionali ed è stata eseguita la simulazione in ambito PANFLU del 2025, pianificata in più giornate, per verificare i processi di sorveglianza (allerta Unità di Crisi, notifica Malattia infettiva su SMI, flusso dati MICROBIO) e in telemedicina.

- Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Il Risk management presidia e riceve le segnalazioni degli operatori predisponendo il colloquio di supporto psicologico con la psicologa del lavoro aziendale. Si garantisce l'analisi di tutti gli eventi, con effettuazione di SEA nei casi rilevanti. Nel 2024 è stato decretato il Gruppo per la Prevenzione degli atti di violenza (decreto n. 707 del 31.07.2024), che si riunisce in base alle necessità dei casi concreti e pianifica l'intervento in azienda a supporto della Direzione. In conformità alla DGR n. 3672 del 16.12.2024 è stata rivista la composizione del Gruppo aziendale per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori, integrato con figure di riferimento con il decreto n. 812 del 17.09.2025. Al fine di diffondere il più possibile a tutti gli operatori la modalità di gestione degli eventi e la corretta segnalazione, nonché le strategie comunicative e di de-escalation nonché i principi generali di creazione del documento di valutazione del rischio aggressioni e la normativa stringente in merito, è stato realizzato da parte di alcuni componenti del predetto Gruppo (Risk Manager, Avvocato, RSPP, Psicologa del lavoro) un corso FAD dal titolo "Misure di prevenzione, gestione e contrasto ad ogni forma di aggressione sui luoghi di lavoro", legato all'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali.

Sono in corso colloqui con le Forze di Polizia al fine di addivenire ad un Protocollo condiviso. Il flusso delle segnalazioni proveniente dalle Strutture erogatrici pubbliche al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sarà utilizzato ed integrato con un nuovo sistema di flussi informativi orientati alla misura della rischiosità e per soddisfare il debito informativo previsto verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente (in ottemperanza alla Legge 24/2017 e Legge 113/2020). Il risk manager partecipa attivamente alla raccolta dati ed all'analisi degli eventi inerenti agli atti di violenza nei confronti degli operatori, al fine di elaborare le azioni di miglioramento e supportare il lavoro del Tavolo tecnico regionale sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario istituito per effetto della Legge regionale n. 15/2020.

È stata adottata la strategia di intervento multilivello aziendale con il Decreto Previos (Piano per la prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari) n 1208 del 30.12.2025.

- Applicativo di incident reporting HERMLOMB. Regione Lombardia, in collaborazione con ARIA spa ha realizzato il portale Herm Lomb che ha concluso la fase di test per consentire l'armonizzazione delle modalità di segnalazione da parte delle aziende del SSR; il portale è entrato in funzione dal 26 novembre 2024 ed è al momento gestito centralmente da parte del Risk Management. Su Herm Lomb dal Risk Management vengono inserite le segnalazioni che giungono su modulo M PT RISK 006 001 SCALA MOAS al fine di adempiere al flusso informativo obbligatorio verso Regione e Ministero della Salute. È in previsione il passaggio al sistema di segnalazione degli incident reporting mediante l'applicativo.
- Sistema di monitoraggio regionale delle attività di risk management. La Risk Manager valuta gli indicatori di monitoraggio dei sinistri e gli indicatori di Patient Safety presenti sul Cruscotto Risk Management. Per il 2025 Nell'ambito dei progetti di risk management, viene richiesta l'implementazione dell'attività di monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN che devono svolgersi secondo le modalità previste dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396 del 11/11/2019 "Rete Regionale per l'Assistenza materno-Neonatale: determinazioni in merito al Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e al Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato e del Lattante").
- Rischio nutrizionale. Si chiede ai Risk Manager di verificare l'applicazione della Deliberazione n. XII/812 del 29/01/2024, che attiva il percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e a domicilio. Inoltre, dovranno rendicontare l'adozione di procedure aziendali e buone

pratiche locali. Sono raccomandate iniziative formative per sensibilizzare sull'importanza dello screening nutrizionale e sulla segnalazione di near miss, eventi avversi e sentinella, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

L'attività ordinaria di Risk management prosegue costantemente con il monitoraggio degli eventi avversi/sentinella, dei trigger materno-fetali, il Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali e della check list di sala operatoria, l'inserimento delle buone pratiche sul portale AGENAS. Il Risk Manager è membro di diritto del Comitato di Valutazione Sinistri e condivide al suo interno la relazione degli Eventi Avversi dell'anno precedente, condividendo le azioni di miglioramento per la prevenzione del contenzioso. Con decreto n. 811 del 17.09.2025 è stato emanato il decreto di "Revisione composizione Gruppo di Coordinamento per la gestione del rischio".

La Risk Manager, in collaborazione con il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, ha elaborato un relativo piano annuale includente le attività di risk management per l'anno 2025, comprendente anche i seguenti progetti operativi specifici:

- 1) PROGETTO N.1: CREAZIONE DEL MANUALE DI PROCESSO DELLA SANITÀ PENITENZIARIA CON ANALISI DEL RISCHIO E AZIONI DI MITIGAZIONE
- 2) PROGETTO N. 2: LA CHECKLIST PER IL MONITORAGGIO DELL'ADERENZA ALLO SCREENING NUTRIZIONALE - IL MODELLO ASST CREMONA.

Tale documento è stato trasmesso il 27 marzo 2025 unitamente al decreto di approvazione n. 280 del 26.03.2025.

- ❖ **Rispetto dei target di produzione indicati dalla DG Welfare** - L'ASST si è impegnata a porre in essere tutte le azioni al fine di garantire dei livelli di produzione ambulatoriale e di ricovero in linea con le indicazioni fornite da parte della DG Welfare. L'obiettivo è stato quello di garantire adeguatamente la copertura delle richieste di salute espresse da parte della popolazione, cercando di garantire nel contempo il rispetto dei tempi d'attesa. A tale scopo è stato attribuito un obiettivo di budget specifico alle uu.oo. e si è provveduto a monitorare mensilmente l'andamento, permettendo di introdurre, ove possibile, interventi correttivi tempestivi. Si rimanda a quanto esplicitato nel capitolo dedicato all'accessibilità e trasparenza delle liste d'attesa e governo dei tempi d'attesa e al capitolo 3.2. performance aziendale.

Miglioramento accessibilità e tempi di risposta agli utenti

- ❖ **Accessibilità e trasparenza delle liste d'attesa e governo dei tempi d'attesa attività ambulatoriale** - Durante il corso dell'anno 2025 sono state messe in atto le seguenti azioni nel perseguimento delle strategie di contenimento dei tempi d'attesa:
 - Incontri inerenti la programmazione di prestazioni previste dal Nuovo Nomenclatore tariffario relativamente a procedure che non erano prima codificate come ambulatoriali, o per la gestione di criticità relative alle nuove agende codificate;
 - Prosegue l'individuazione di percorsi interni per cui si prevedono agende dedicate per patologie oncologiche e/o "croniche";
 - Programmazione di prestazioni per il piano di ripresa 2025 ai fini dell'abbattimento dei tempi di attesa tramite l'utilizzo le risorse aggiuntive;
 - Sono stati organizzati incontri con AFT degli Specialisti Ambulatoriali per l'individuazione di slot dedicati al teleconsulto da parte degli specialisti;
 - Attività di *recall*, da parte del CUP su spazi in agenda concordati con i reparti dedicati all'anticipo di prestazioni fuori soglia comunicate da Regione Lombardia o laddove necessario.
 - In virtù dei contratti di avvalimento stipulati con le cooperative territoriali sono stati individuati gli slot riservati alla presa in carico;
 - Supporto alle UUOO per l'ottimizzazione delle priorità prescrittive ai fini dell'ottemperanza ai tempi di attesa
 - Analisi dati no show, tasso di saturazione e incontri strutturati con le UUOO critiche in termini di rispetto dei tempi d'attesa.

- Programmazione di attività finalizzata al raggiungimento dei target PNGLA definiti da Regione Lombardia.

❖ **Nuovo Centro Unico di Prenotazione regionale** – L'ASST di Cremona è stata coinvolta a partire dal 2023 nelle attività preliminari di assessment in vista della implementazione di un nuovo sistema di prenotazione finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa. L'attività di assessment è stata finalizzata all'analisi della situazione as-is dell'ASST, nell'ottica di facilitare il fornitore aggiudicatario della gara regionale nell'implementazione del nuovo sistema ed indirizzare l'azienda verso la transizione al nuovo strumento, rilevando le necessità evolutive rispetto allo standard attuale. L'analisi si è focalizzata sulle seguenti tematiche:

- architettura del sistema CUP attualmente in uso e le relative integrazioni;
- dimensionamento dell'ASST, in termini di volumi di attività, numerosità del personale e di sportelli e punti prelievo;
- descrizione dei processi di configurazione dell'offerta, prenotazione, pagamento/gestione della quietanza, accettazione, erogazione, gestione delle prestazioni di intramoenia allargata;
- descrizione delle modalità operative riguardanti la produzione di reportistica (cruscotto operativo) e le attività di assistenza e manutenzione;
- configurazioni attualmente in uso nel sistema CUP aziendale (erogatori, agende, prestazioni, contratti, listini, punti di accettazione/casse e liste di lavoro);
- modulistica attualmente disponibile.

Nel corso del 2026 l'azienda verrà coinvolta nell'implementazione e avvio del CUP unico regionale, secondo il piano di diffusione a tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati accreditati, previsto dalla Regione Lombardia per l'anno 2026.

Il passaggio al nuovo sistema regionale prevede consistenti attività preliminari di carattere tecnico, di adeguamento delle integrazioni esistenti tra applicativi dipartimentali e nuovo sistema di prenotazione, nonché di carattere organizzativo dei servizi ambulatoriali e di ristrutturazione dell'offerta.

L'ASST nel corso del 2025 è stata, pertanto, impegnata nella revisione complessiva delle configurazioni attualmente in essere nel sistema CUP aziendale (erogatori, agende, prestazioni, contratti, listini, punti di accettazione/casse e liste di lavoro, modulistica), al fine di adeguare pienamente il proprio assetto dell'offerta ambulatoriale alle logiche e alle funzionalità del CUP Unico Regionale entro la data di effettiva attivazione, con lo scopo di centrare gli obiettivi cardine del progetto regionale:

- semplificazione dell'accesso ai servizi per i cittadini;
- riduzione dei tempi di attesa, tramite la gestione efficace dell'offerta ambulatoriale e dei percorsi di tutela in caso di superamento dei tempi soglia;
- gestione efficace della telemedicina e dei percorsi di presa in carico strutturati a livello regionale;
- trasparenza e standardizzazione dell'offerta a livello regionale;
- monitoraggio dell'offerta in tempo reale, tramite "Dashboard" regionali, al fine di governare ed efficientare l'offerta ambulatoriale a livello locale, territoriale e regionale.

❖ **Efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso** – La D.G.R. n. XI/6893 del 05/09/2022 approva il documento tecnico per ottimizzare il flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso (PS), definendo gli indicatori di processo e risultato legati all'efficienza, con focus sulla gestione del "processo di esito" (output), mirando a ridurre i tempi di attesa per i ricoveri in reparto (obiettivo ministeriale < 8 ore) tramite l'uso di OBI (Osservazione Breve Intensiva) e la gestione appropriata dei pazienti.

Al fine di migliorare l'organizzazione ospedaliera, sono stati ridefiniti il flusso dei pazienti in PS e la ricettività dei reparti di area medica, riducendo la permanenza in PS dei pazienti in attesa di ricovero. Nel corso del 2025 è rimasto invariato l'obiettivo di monitoraggio del fenomeno di

boarding legato ai ricoveri in area medica, in particolare nei periodi di criticità legati al PanFlu e si è provveduto ad emanare indicazioni interne, regolamentando la gestione dei ricoveri da pronto soccorso e letti in appoggi.

A tal proposito, l'ASST di Cremona ha adottato una propria procedura aziendale, P GEOP 001 Manuale di processo Bed Management del 10.03.2025, con la finalità di recepire le indicazioni fornite dalla DGR sopra menzionata e soprattutto ridefinendo il flusso dei pazienti dal PS e garantendo l'adempimento della indicazione ministeriale, secondo cui il tempo che intercorre tra l'ingresso in pronto soccorso ed il ricovero nelle aree di degenza sia inferiore alle 8 ore.

Sono stati, inoltre, definiti e condivisi un set di indicatori finalizzati a monitorare l'efficientamento del flusso dei pazienti da pronto soccorso.

❖ **Ottimizzazione delle piattaforme produttive aziendali e miglioramento della fluidità dei percorsi di cura del paziente** - Nel corso del 2025 la S.S. Gestione Operativa ha proseguito e consolidato le attività avviate nel 2024, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza dei processi aziendali, con particolare riferimento all'ambito chirurgico.

È stato mantenuto e consolidato il sistema di monitoraggio degli indicatori di performance già introdotto nel 2024, finalizzato all'efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie.

In particolare, sono stati monitorati con continuità i seguenti indicatori con modalità uniformi per il Presidio Ospedaliero di Cremona e Oglio Po:

- Tempo di inizio induzione primo paziente
- Tempo incisione primo paziente
- Termine seduta entro le ore previste (14.00/20.00)
- Tempo medio di cambio tra interventi
- Numero medio di interventi per seduta
- Percentuale di utilizzo del prericovero
- Percentuale di interventi eseguiti in prima giornata

Le attività di Integrazione tra il Presidio Ospedaliero di Cremona e di Oglio Po per il percorso chirurgico programmato ha visto una particolare sinergia nell'ambito della Chirurgia Mammaria attraverso l'organizzazione di percorsi dedicati.

A partire da Gennaio 2025 sono stati avviati gli incontri di programmazione settimanale che hanno visto il coinvolgimento di 4 specialità pilota: Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Neurochirurgia.

Tali incontri sono volti a:

- validazione delle liste operatorie settimanali: verifica dei tempi chirurgici stimati, verifica della corretta saturazione delle sedute valutando eventuali sottoutilizzi/sforamenti di sala, verifica della necessità del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, verifica della sequenza degli interventi;
- verifica delle sedute eseguite: confronto tra il numero di interventi programmati e il numero di interventi eseguiti; numero di interventi modificati rispetto alla programmazione; tempo medio di cambio delle sedute; confronto tra il tempo chirurgico stimato in fase di pianificazione, il tempo chirurgico aziendale e il tempo chirurgico effettivo; indicatori primo paziente: tempo di ingresso in sala, inizio induzione e inizio intervento.

Gli incontri si sono tenuti alla presenza dei Direttori e IFO delle S.C. Chirurgiche, della S.S. Gestione Operativa, della Direzione Medica di Presidio, del DAPSS, delle IFO del Blocco Operatorio, e del Dirigente Medico Responsabile della S.S. Gestione Sale Operatorie.

A partire dal mese di maggio 2025 è stato introdotto il nuovo applicativo Digistat per la gestione delle sale operatorie e il nuovo applicativo Ellipse per la Gestione delle Liste di Attesa. È stata, inoltre, elaborata la procedura "Regolamento di organizzazione dei blocchi operatori in regime di urgenza/emergenza" al fine di declinare il processo di gestione degli interventi in urgenza/emergenza in sala operatoria, inviata in data 29/12/2025 alla S.S. Qualità e Risk Management.

In riferimento alla Gestione delle Liste di Attesa, nel 2025 è stata ulteriormente consolidata la gestione e il monitoraggio delle Liste di Attesa dei Ricoveri Chirurgici Programmati, in particolare:

- è stata pubblicata in data 25/06/2025 la Procedura PT DMP 010 "LISTE D'ATTESA CHIRURGICHE – REGOLAMENTO DI GESTIONE;

- è stato introdotto l'utilizzo della Lista di Presa in carico, secondo quando previsto dalla DGR 3720 del 30/12/2024 e recepito a livello aziendale dalla procedura sopra citata;
- è stato introdotto un monitoraggio settimanale che ha previsto:
 - o Invio settimanale delle Liste di Attesa ai Direttori delle SC Chirurgiche con evidenza dei pazienti fuori soglia rispetto alla classe di priorità e del numero di giorni residui rispetto alla data di scadenza prevista dalla classe di priorità;
 - o invio settimanale ai Direttori delle SC Chirurgiche con focus sui pazienti Oncologici in classe A;

Tale attività ha consentito di mantenere le Liste di Attesa costantemente aggiornate e coerenti, garantendo una gestione più efficiente e trasparente dei ricoveri chirurgici programmati.

Potenziamento della rete territoriale finalizzata alla integrazione tra ospedale e territorio

- ❖ **Infermiere di Famiglia e Comunità** - Nel 2020 la nostra ASST ha individuato ed assegnato 31 lfeC (così come previsto da standard iniziale), che svolgono attività in collaborazione con MMG e PLS e loro infermieri di studio, con operatori delle dimissioni protette dall'ospedale e dalle Cure Intermedie territoriali, con gli erogatori di Cure Domiciliari, con i Comuni e gli ambiti sociali territoriali per la gestione dei soggetti cronici, fragili e disabili. L'approccio prevede di superare la prestazione a favore di un'integrazione e di un'appropriatezza valutativa dei casi con équipe multiprofessionali attraverso una programmazione condivisa dei piani assistenziali. In particolare, l'infermiere di famiglia svolge attività nelle Case di comunità, nei PUA, negli ambulatori infermieristici dedicati, nelle Centrali Operative Territoriali, nella rete delle Cure Palliative e nella gestione della complessità in collaborazione con i servizi del polo ospedaliero e territoriale.

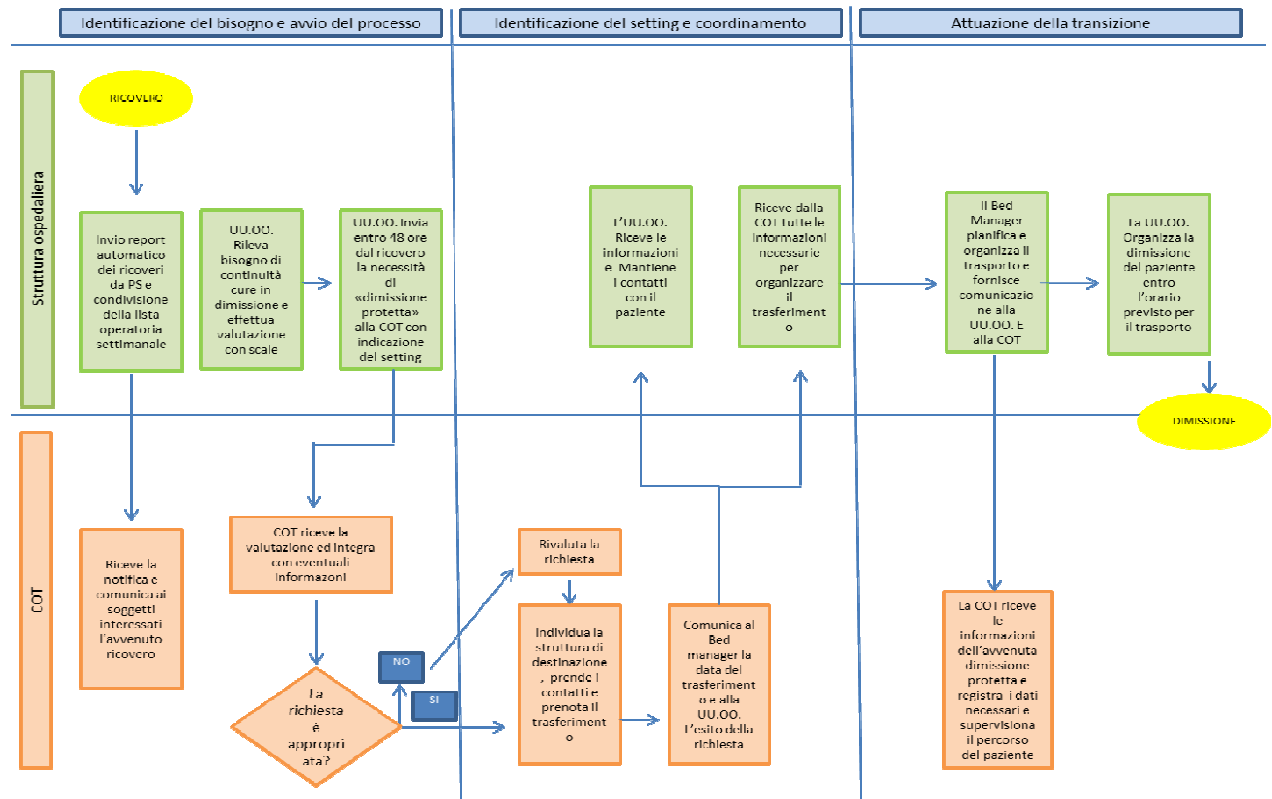
Considerata l'evoluzione normativa nel corso del 2025 gli infermieri di Comunità Aziendale hanno potenziato i loro interventi sostanzialmente in tre ambiti:

- a livello ambulatoriale nelle Case di Comunità, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere informazioni, per orientare meglio ai servizi e prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017), inclusi interventi di educazione alla salute.
- a livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza, valutando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e delle cure domiciliari, proseguimento del progetto PSD (progetto di sorveglianza domiciliare come definito dalla DGR di RL N.717 del 2023 e progetti sperimentali introdotti con la DGR 4891/2025)
- a livello comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali. Inoltre, presso strutture residenziali e intermedie (strutture sociosanitarie) con attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura.

- ❖ **Dimissioni protette verso domicilio e verso strutture di cure intermedie** - Le dimissioni protette dalle strutture di ricovero per acuti afferenti alla ASST sono dall'anno 2024 gestite attraverso le Centrali Operative Territoriali distrettuali al fine di implementare secondo il modello del transitional care il passaggio dal setting per acuti ai setting più appropriati. Regione Lombardia ha avviato le attività di progettazione e implementazione del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali. Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio mette a disposizione servizi digitali moderni ed evoluti per implementare gradualmente il complesso processo di gestione delle richieste di servizi territoriali, di valutazione dei bisogni assistenziali, di preparazione delle attività da programmare, anche in ambito domiciliare e di registrazione in tempo reale delle attività svolte. Per svolgere le funzioni sopracitate, si è provveduto a costituire il team che opera all'interno delle COT, composto da professionisti che operano valutando le situazioni a livello multidimensionale ed integrando le competenze di figure diverse tra loro:

- n. 1 IFO Area dei servizi distrettuali e COT;
- n. 5 infermieri di comunità aziendale;
- n. 2 infermieri con funzione di case care management e transitional-care.

In aggiunta a queste figure, è possibile integrare professionalità già presenti a sistema come l'Infermiere case manager, il Medico, l'assistente sociale per la valutazione dei pazienti con bisogni sociali più o meno complessi, la cui valutazione è determinante ai fini della scelta del setting di destinazione, oltre a 2 Unità di Personale di Supporto (amministrativo).



❖ **Programmazione e attuazione C_DOM** : si riportano di seguito tutte le azioni intraprese nel corso del 2025 relativamente alle C-DOM.

- A. Presenza dello psicologo: sin da luglio 2024, al fine di fornire una concreta risposta ai bisogni psicologici della persona/famiglia/caregiver all'interno dell'Equipe Erogativa è stata inserita la figura dello psicologo. Nel 2025, a Cremona sono stati presi in carico 7 soggetti, per un totale di 59 accessi, mentre a Casalmaggiore le persone a domicilio prese in carico dalla psicologa sono state 8 per un totale di 56 accessi.
- B. Screening nutrizionale: l'Equipe Valutativa e l'Equipe Erogativa di Cremona delle CDOM di ASST Cremona hanno proseguito ad effettuare la valutazione del rischio nutrizionale a tutti gli utenti in carico, utilizzando il test di screening del Mini Nutritional Assessment e successivamente la Scala MUST – Malnutrition Universal Screening Tool, come da indicazioni secondo il Decreto N. 12029 del 03/09/2025 di Regione Lombardia.
- C. Disabilità/misure, connessione con Comuni Azienda Sociale-Concass: sin dal 2024, con DGR 1669/23 e successive, sono state ridefinite le modalità di attuazione del Piano Operativo Regionale a favore delle persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità, con apertura di una fase di integrazione ancora più stretta tra Ambiti Sociali e ASST rispetto a quanto avveniva nelle annualità precedenti, funzionale alla redazione di progettualità condivise a favore dei beneficiari sia di Misura B1 che di Misura B2, e a dare attuazione ai processi innovativi introdotti dal programma (Prestazioni Sociali Integrative).

Al fine di realizzare quanto previsto dalle normative, l'Equipe di Valutazione Multidimensionale di ASST Cremona e gli operatori degli Ambiti del territorio, sia cremonese che casalasco (Azienda Sociale Cremonese, Comune di Cremona, Consorzio Casalasco Servizi Sociali) hanno organizzato in maniera integrata, nel maggior numero possibile di casi, le valutazioni domiciliari dei beneficiari di Misura B1 e la stesura dei relativi Progetti Individuali, ed hanno effettuato più incontri congiunti, dal 2024 ad oggi, per la redazione di progettualità condivise, sia per quanto riguarda i beneficiari di Misura B2 che per quanto riguarda gli interventi sociali integrativi.

Oltre a ciò, nel corso degli anni gli operatori di ASST e di Ambito/Comune hanno mantenuto frequente comunicazione ed interscambio di informazioni al fine di monitorare l'andamento delle progettualità in atto ed in caso di variazioni o problematiche intercorse.

- D. MAP/PLS: le comunicazioni e lo scambio di informazioni tra l'équipe valutativa, l'équipe erogativa e i MAP/PLS sono stati costanti e sistematici, a supporto delle attivazioni degli utenti presi in carico presso le C-Dom, sia nella fase successiva alla definizione del Progetto Individuale sia durante l'erogazione dei servizi da parte dell'équipe erogativa. Inoltre, sono stati organizzati incontri online con i MAP/PLS finalizzati alla condivisione di informazioni e all'illustrazione delle procedure operative relative alla richiesta e all'attivazione delle C-Dom.
- E. SVILUPPO COMPETENZE: nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2025 è stato organizzato presso ASST di Cremona il corso "Cure Domiciliari: la formazione in Regione Lombardia" edizione territoriale, che prevedeva il coinvolgimento di ASST Crema, Cremona e Mantova, che ha visto la partecipazione di operatori delle CDom, alcuni anche in qualità di docenti.

❖ **Piano di sviluppo del Polo Territoriale** – La ASST di Cremona con decreto n. 1273 del 31.12.2024 ha adottato il Piano di sviluppo del Polo Territoriale per il triennio 2025-2027, documento di programmazione ai sensi dell'art.7 c.17 ter L.R. 33/2009 modificata dal L.R. 22/2021.

Il piano si articola nelle seguenti aree:

AREA DELLE CURE PRIMARIE
AREA DELLA DISABILITÀ
AREA DELLA DOMICILIARITÀ E DELLA PRESA IN CARICO
AREA DELLA FAMIGLIA E DELLA TUTELA DEI MINORI
AREA DELLA PREVENZIONE
AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
AREA DEI SERVIZI DISTRETTUALI

Questo PPT è stato ideato e redatto in chiave di progettazione partecipata, modalità essenziale per ridisegnare i servizi: gli stakeholder principali sono stati coinvolti (Distretto, Responsabili delle Cure Primarie, Professionisti dei Servizi Infermieristici Territoriali, Professionisti della Salute Mentale, Enti del Terzo Settore, ATS, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Servizi Comunali, Volontariato e Associazionismo) così come le persone interessate o impattate dal Piano. La co-progettazione si basa sul principio in relazione al quale coloro che saranno attori nell'ambito dei Servizi devono contribuire al processo programmatico e decisionale.

Si è pertanto lavorato secondo il principio dell'inclusività, coinvolgendo una pluralità di attori, di professionisti e di organizzazioni, nell'ambito di una collaborazione che ha favorito un dialogo aperto e costruttivo tra i partecipanti, sull'adattabilità, con l'intenzione di valutare le priorità emergenti dei diversi gruppi, sanitario e sociale.

Si è lavorato in squadra sull'innovazione, considerando i bisogni dei cittadini e dei professionisti coinvolti ma anche l'entità delle risorse e l'impatto delle innovazioni tecnologiche, come quelle offerte dalla telemedicina e dall'intelligenza artificiale.

In prospettiva la co-progettazione dovrà estendersi anche ai cittadini per consentire loro di sentirsi protagonisti e co-autori delle trasformazioni e favorire lo sviluppo di un vero e proprio patto di fiducia tra la popolazione e le istituzioni. Già oggi, in ogni caso, la voce dei cittadini è presente e viene tenuta in debita considerazione mediante gli strumenti di misurazione della qualità percepita dei servizi.

Questo PPT è in accordo con tutti gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

3.2. La performance aziendale e la performance organizzativa

A) La Performance aziendale

Con la d.G.R. n. XII/4434 del 26/05/2025 e, successive note esplicative, Regione Lombardia attraverso DG Welfare ha assegnato gli obiettivi strategici ed operativi per l'anno 2025.

Si riepilogano di seguito gli obiettivi assegnati e il relativo grado di raggiungimento rilevato a livello regionale approvato con decreto regionale n. 4376 del 03/04/2026.

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Punteggio	% di raggiungimento	Punteggio raggiunto
Edilizia sanitaria	Attuazione degli investimenti finanziati con i fondi del PNRR - PNC e POR nei termini indicati negli strumenti di programmazione, compresi gli interventi inclusi nel Piano di Riordino della rete ospedaliera di cui al D.L. n. 34/2020	Conclusione degli interventi di propria competenza nei termini programmati ovvero, per gli interventi il cui termine è fissato al 31/3/2026 o al 30/6/2026, raggiungimento di uno stato di avanzamento lavori pari o superiore rispettivamente al 60% e all'80%	SAL = 60% per gli interventi da concludersi entro il 30/6/2026 SAL = 80% per gli interventi da concludersi entro il 31/3/2026	7	87,14%	6,1
Farmaceutica	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	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	3 report contenenti il valore medio di consumo dei farmaci	5	100,00%	5
	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). 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	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.	100%			
	Copertura della struttura da almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance Adeguamento a specifiche	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. Flusso EMUR-PS, MICRO-BIO (entro settembre): adeguamento a nuove specifiche	100% adeguamento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (per emur-ps: violenza di genere)			
Flussi informativi	Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW	Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW	100%	4	97,00%	3,88
	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso EVVAI Ricoveri e PS Sorvegliare le patologie che generano un accesso in ricovero nelle strutture pubbliche; il flusso EVVAI viene valutato e quindi validato con il confronto con il flusso SDO e il flusso 6SAN	>95%			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	Completezza delle informazioni nel flusso EMUR-PS: registrazione accessi in OBI	>1			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	Scostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO	<2%			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	copertura della SDO rispetto agli erogatori censiti nell'anagrafica delle strutture di ricovero (modelli HSP11 e HSP11bis)	100%			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso SDO: qualità della rilevazione (errori gravi)	≤1%			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	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).	≥ 80%			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	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	≥95%			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	Allineamento HSP/assetto accreditato	≥ 90%			
	Coerenza e accuratezza tra flussi	Allineamento HSP/assetto accreditato	≥ 90%			
Tempi di attesa	Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa che saranno validati con successivo provvedimento - Pubblici	Percentuale di raggiungimento dei target per prestazione/raggruppamento	da PRGLA i target saranno validati con successivo provvedimento	12	88,33%	10,6
	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	8%			
	Rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati	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)	88% oncologici programmati - classe di priorità A 85% non oncologici programmati - tutte le classi di priorità			
	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	Percentuale di prestazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità	>=90%			
	Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni di specialista ambulatoriale prescrivibili con ricetta dematerializzata	Rapporto tra prescrizioni effettuate in DEM e totale prescrizioni prescrivibili in DEM	>=90%			
	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%	Prescrizioni DEM in stato di blocco maggiore del 98%, di cui in stato erogato maggiore del 80%	98% Prescrizioni DEM in stato di blocco nel territorio 80% Prescrizioni DEM in stato erogato nel territorio			

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Punteggio	% di raggiungimento	Punteggio raggiunto
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D22Z: 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	15	82,33%	12,35
	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	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	<= valore 2024			
	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>= valore 2022			
	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedaliera	PD1A03(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%			
	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali	Riduzione di 1 p.p. rispetto al 2024			
	Monitoraggio raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>=90%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	100%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤2,5			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	>= 90%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>= 80%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropri. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropri. in regime ordinario	≤ 15%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti	<20%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤7,25%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	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)	≤14,55%			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	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	≤ valore 2024			
	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	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	≤ valore 2024			
	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤50			
	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H08Zb/H09Zb: Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali totali	> 15%			
	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023	>=95% entro 24 mesi			
	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P02C: MPR dose 1, coorte 2023	>=95% entro 24 mesi			
	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	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	≥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			
	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CA: 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			
	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	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	≥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			
	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	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	≥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			

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Punteggio	% di raggiungimento	Punteggio raggiunto
Prevenzione	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.	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	>=65% o comunque miglioramento di almeno il 5% rispetto al 2024	5	90,00%	4,5
	Monitoraggio attività Commissione Invalidi per garantire una gestione ottimale seconda normativa regionale e ministeriale	Procedure urgenti: tempo intercorrente fra la data dell'acquisizione della domanda ex Legge 80/2006 da INPS e data di visita da parte della Commissione medica in riferimento agli accertamenti di invalidità civile e di Legge 104/92.	Non maggiore di 15gg			
	Effettuare almeno 1 esercitazione durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS pubblici		Caricamento su Sasha del documento di valutazione relativo all'esercitazione effettuata durante l'anno solare 2025			
	Influenza anno di nascita <=1960	capacità di una regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della patologia influenzale	Obiettivo minimo: >=75% Oppure Obiettivo ulteriore da perseguire: >3% vs 2024			
	Medicina Legale	Contenimento dei tempi di attesa per gli accertamenti di idoneità alla guida e messa a sistema di servizio di invio e ricezione flussi	Definizione del tracciato tipo per la rendicontazione dell'attività delle CML			
Sangue e Pronto Soccorso	Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti	>85%	4	44,75%	1,79
	Riduzione del tempo di sbarellamento nei rispettivi PS afferenti	Efficientamento delle tempistiche di sbarellamento	<=30%			
	Presentazione di un piano (con declinazione di modalità e risorse) e cronoprogramma attuativo presentato in DG Welfare per raggiungere gli obiettivi individuati negli Indirizzi di programmazione per aumentare la raccolta del plasma da aferesi (+5% rispetto al 2024) e per garantire efficienza, sicurezza e appropriatezza trasfusionale	Incremento del plasma raccolto rispetto al 2024	>= 5%			
	Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri	Numero di pazienti che lasciano il Pronto Soccorso dopo l'accettazione e prima della visita	< 1,25%			
Reti ospedaliere	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 perfusione e software adeguato a studio della penombra ischemica	Presenza e operatività H24 di TAC perfusione e software adeguato a studio della penombra ischemica	sì/no	5	94,00%	4,7
	Miglioramento dei requisiti previsti dalla DGR n. XI/6241 del 04/04/2022 e dal Decreto N.11595 del 26/07/2024 per le strutture identificate come Hub della Rete regionale per la diagnosi e cura del tumore del pancreas	Miglioramento dei requisiti previsti dalla DGR n. XI/6241 del 04/04/2022 e dal Decreto N.11595 del 26/07/2024 per le strutture identificate come Hub della Rete regionale per la diagnosi e cura del tumore del pancreas	Target previsti da: - DGR n. XI/6241 del 04/04/2022 - Decreto N.11595 del 26/07/2024			
	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	Miglioramento indicatori DGR XII/3458/2024 e DGR7755 del 28/12/2022	Target previsti da: - DGR XII/3458/2024 - DGR7755 del 28/12/2022			
Telemedicina	Avvio del Teleconsulto tra Medici di Assistenza Primaria/Pediatrati di Libera Scelta (MAP/PLS) e Medici Specialisti	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.	Almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità	3	100,00%	3
	Adozione della Telemedicina - Telemonitoraggio di tipo 1 pazienti cronici	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.	>= 1 progetto di telemonitoraggio di tipo 1 da attuare entro il 31/12/2025			
	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: Rinnovo dei piani terapeutici; Programmazione del follow-up nell'ambito della presa in carico (PAI, pazienti complessi a gestione ospedaliera, reti di patologie, ecc.).	Erogare almeno il 5% 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	>= 5%			
Rete territoriale	Attivazione delle CdC	Numero di case di comunità attive con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77 per CdC HUB	> 90%	10	86,00%	8,6
	Attivazione degli Odc	Numero di ospedali di comunità attivi con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77	> 90%			
	Istituzione di Centri/Equipe per la psicopatologia dell'Adolescenza ex DGR 3720/24	Evidenza di avvio delle attività.	1 Centro/Equipe per la psicopatologia dell'Adolescenza avviato			
	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).	Documento Aziendale che certifichi: - 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; - Numero di utenti e prestazioni processate come estemporanee dal CUP; - 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).	1 report			
	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili	Presa in carico dei minori attraverso i consultori	Aumento dei minori presi in carico dai consultori e n. prestazioni svolte rispetto il 2024 Entrambi >1			
	ALTRO Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MMG non aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici del MMG non aderenti a cooperativa	≥ 10%			
	ALTRO Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MMG aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici del MMG aderenti a cooperativa	≥ 20%			
	ALTRO 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)	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025	Target presi in carico per ASST come da Regole 2025 paragrafo 5.10.3 Aumento Presi in carico da parte dei MAP rispetto al 2024 >1			

Obiettivi Specifici Aziendali di Performance

Obiettivi Specifici Aziendali (economici)

I risultati raggiunti rispetto agli obiettivi inseriti in questa sezione sono riassunti di seguito:

- a) *Equilibrio economico del bilancio, con il rispetto dei tempi di pagamento e di rendicontazione economico finanziaria e adesione alle politiche di acquisto secondo la logica delle aggregazioni di domanda del sistema sanitario regionale.*

Con Decreto Direttore Generale n. 366 del 28.4.2026, l'Azienda ha approvato il bilancio di esercizio 2025 che ha visto il rispetto dell'equilibrio economico.

Riguardo alle politiche di acquisto, in linea con le disposizioni normative vigenti, l'iter di approvvigionamento di beni e servizi prevede i seguenti step:

- verifica dell'esistenza di convenzioni attivate da ARIA Lombardia o, in mancanza, da CONSIP S.p.A;
- in assenza di tali opportunità di acquisto e di diverse indicazioni da parte di ARIA, si procede alla gestione di gare aggregate all'interno del consorzio d'acquisto di riferimento;
- in via assolutamente residuale, si procede alla stipula di contratti autonomi, previa comunicazione a Regione nelle forme previste.

La percentuale di spesa aggregata per beni e servizi si conferma elevata (per l'anno 2025 è stata pari all'83,6%) anche se la programmazione di ARIA SPA e le caratteristiche di alcune convenzioni attivate dalla Centrale medesima rendono necessarie procedure autonome, soprattutto le cosiddette "procedure ponte".

Le convenzioni regionali, infatti, a volte non coprono l'intero fabbisogno aziendale perché alcuni ambiti merceologici non sono gestiti o perché non ricomprendono tutti i prodotti necessari all'attività clinica o perché non garantiscono continuità di fornitura alla scadenza dei contratti da esse discendenti; alcune procedure di ARIA SPA, inoltre, si protraggono oltre la tempistica prevista dalla iniziale programmazione.

Le procedure autonome di approvvigionamento vengono gestite mediante utilizzo della Piattaforma telematica di intermediazione SINTEL di Regione Lombardia ed è prassi consolidata l'utilizzo delle banche dati regionali per le attività di benchmarking.

Relativamente alla programmazione triennale degli acquisti, definita secondo le indicazioni regionali e della centrale di committenza, con Decreto n. 291 del 28.3.2025 è stata approvata la "Programmazione delle acquisizioni di beni e servizi di importo stimato pari o superiore ad euro 140.000,00, per il triennio 2025-2026-2027 ai sensi dell'articolo 37 del decreto legislativo n. 36/2023". Non è più prevista la programmazione per le acquisizioni di importo stimato superiore ad euro 1.000.000,00.

Gli atti sono stati pubblicati secondo quanto stabilito dall'art. 37 del D. Lgs. N. 36/2023 ed inviati in Regione secondo i tempi e le modalità stabilite.

Le procedure di acquisto di prodotti infungibili vengono avviate nel rispetto delle indicazioni vigenti, con quanto definito nella DGR n. XI/491 del 2.8.2018 riguardante "Procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando di gara nel caso di forniture di e servizi infungibili e/o esclusivi" e in linea con specifico Regolamento aziendale riapprovato con Decreto n. 55 del 28.1.2026 ad oggetto "Approvazione regolamento aziendale per l'acquisizione di beni e servizi ritenuti infungibili e/o esclusivi".

Secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, dell'allegato II.1 al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, che prevede la facoltà delle stazioni appaltanti di "dotarsi, nel rispetto del proprio ordinamento, di un regolamento in cui sono disciplinate: a) le modalità di conduzione delle indagini di mercato, eventualmente distinte per fasce di importo, anche in considerazione della necessità di applicare il principio di rotazione degli affidamenti; b) le modalità di costituzione e revisione dell'elenco degli operatori economici, distinti per categoria e fascia di importo; c) i criteri di scelta dei soggetti da invitare a presentare offerta a seguito di indagine di mercato o attingendo dall'elenco degli operatori economici propri o da quelli presenti nel mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni o in altri strumenti similari gestiti dalle centrali di committenza di riferimento", con Decreto n. 1043 del 27.12.2023 inoltre si è proceduto ad

approvare il "Regolamento per l'acquisizione di servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria", nel quale vengono distinti sia gli affidamenti diretti che le procedure negoziate senza bando di importo pari o superiore a € 140.000 e inferiori alla soglia comunitaria. L'ASST partecipa in maniera fattiva e costante all'attività del consorzio d'acquisto di riferimento (AIPEL) e alle iniziative centralizzate.

Si è provveduto a determinare alla data del 31.12.2025 l'indicatore di tempestività dei pagamenti secondo i criteri previsti dal DPCM 22 settembre 2014.

Ai fini dell'elaborazione dell'indicatore complessivo si è tenuto conto di tutti i pagamenti effettuati direttamente dall'Azienda rettificando i dati, come previsto dalla norma, al fine dell'annullamento degli effetti del contenzioso.

Inoltre, la data di scadenza delle fatture da mettere in pagamento è stata calcolata entro 60 giorni dalla data di pubblicazione della fattura sullo SDI (Sistema di Interscambio dell'Agenzia delle Entrate), così come definito dalla Circolare MEF n. 15 del 5.4.2024 e successiva Circolare n. 36 del 8.11.2024.

Nella tabella sotto riportata si evidenziano le determinazioni dell'indicatore dei trimestri dell'anno 2025:

	INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO	TEMPO MEDIO PONDERATO DI PAGAMENTO
INDICATORE TOTALE I Trim 2025	-8,99	49,60
INDICATORE TOTALE II Trim 2025	-6,90	51,48
INDICATORE TOTALE III Trim 2025	-0,38	58,39
INDICATORE TOTALE IV Trim 2025	-4,97	53,70

Si rilevano tempi di pagamento in linea con i tempi di pagamento concordati contrattualmente con i fornitori.

Tuttavia si segnalano nel corso degli ultimi mesi alcune tensioni finanziarie determinate dal fatto che, a seguito dei numerosissimi pagamenti relativi agli interventi PNRR, anche di importi rilevanti, non sono ancora state erogate le risorse finanziarie legate agli stessi (compresi i pagamenti relativi agli interventi finanziati dal DL 34/2020): si è proceduto pertanto ad accelerare l'espletamento dei controlli amministrativo-contabili a carico del soggetto attuatore per poter ultimare la rendicontazione degli interventi sulla piattaforma REGIS e a richiedere a Regione il trasferimento delle risorse finanziarie.

Solo nel corso del mese di dicembre 2025 sono stati erogati da parte di Regione gli acconti, pari al 50% dell'importo assegnato, relativi agli investimenti effettuati per la realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità sia di Cremona che di Soresina.

Si è proceduto inoltre a determinare l'indicatore complessivo per l'anno 2025 (confrontato con quello dell'anno 2024 – dati desunti da PCC):

	INDICATORE TEMPI DI PAGAMENTO	TEMPO MEDIO PONDERATO DI PAGAMENTO
INDICATORE TOTALE ANNO 2025	-5,44	52,78
INDICATORE TOTALE ANNO 2024	-5,69	54,25

Con riferimento agli indicatori economici si segnala che l'azienda fin da inizio anno ha condiviso l'indirizzo regionale orientato a favorire il recupero delle liste d'attesa ambulatoriali e di ricovero chirurgico elettivo, come descritto all'interno dei paragrafi 1-L'ASST in cifre e 3.2 Performance Aziendale.

Risulta rilevante, il dato positivo in incremento dell'attività ambulatoriale e dell'attività di ricovero da imputarsi alla progressiva ripresa dell'attività.

Si sottolinea anche la ripresa dell'attività psichiatrica e neuropsichiatrica in relazione al ripristino dell'organico e alla riapertura delle strutture come ampiamente descritto nel paragrafo "1.L'ASST in cifre".

Si segnala, anche, la ripresa dell'attività per sub-acuti, effettuata esclusivamente presso il polo sanitario "Nuovo Robbiani" di Soresina, che aveva subito un netto calo a partire dall'anno 2021 a seguito del dimezzamento dei posti letto disponibili a causa della carenza di personale assistenziale da parte della struttura, in via di risoluzione a partire dall'anno 2023.

Dal punto di vista dei consumi si rileva un incremento dei consumi sanitari come diretta conseguenza della ripresa dell'attività elettiva, dell'introduzione di nuove gare e nuove metodiche.

Tabella 15: Indicatori Economici (2023 vs 2025)

Obiettivo	Indicatore	2023	2024	2025
Ricavi (valorizzazione attività sanitaria per esterni)		146.180.075	153.708.940	158.541.398
	Valore attività di Ricovero	82.491.654	85.545.686	85.912.499
	Valore subacuti	1.054.270	1.160.900	1.290.100
	Valore hospice residenziale	1.184.974	1.106.656	1.209.697
	Valore hospice domiciliare	951.592	894.241	772.110
	Valore prestazioni amb (incluso tamponi e vaccini)	55.802.227	59.438.281	62.842.329
	Valore NPI (incluso progetti G e attività indirette flusso NPI)	1.301.893	1.512.886	1.565.551
Consumi sanitari	Valore attività psichiatrica	3.393.465	4.050.290	4.949.112
	Consumi sanitari	71.540.033	77.917.051	84.577.280
	Cons. sanitari al netto file F	39.869.247	37.309.758	46.048.666
	Rapporto consumi sanitari (al netto file f)/ricavi	27,27%	24,28%	29,05%
Costo del personale	Costo del personale (dip+altri)	154.134.543	160.496.670	171.990.483
	Rapporto personale (inclusi LP cococo interinali comandi personale univers., ecc..)/ricavi	105,44%	104,42%	108,48%

b) *Risposta ai bisogni di salute con l'erogazione dei volumi programmati e contrattualizzati di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura nel rispetto dei tempi di attesa, degli obiettivi di rendicontazione dei flussi di attività e nel rispetto degli obiettivi elencati in appendice al Contratto stipulato con l'ATS Val Padana il 3/06/2025.*

Per l'anno 2025 il contratto definitivo stipulato con ATS, relativamente all'erogazione delle prestazioni sanitarie, tiene conto delle indicazioni fornite dalle regole di sistema per l'anno 2025, pertanto, i budget sono stati definiti partendo dai valori presenti nei contratti sottoscritti nell'aprile 2024 poi adeguati alle capacità produttive delle aziende rilevate nel corso del 2024.

L'ASST di Cremona, complessivamente, registra una produzione superiore sia al contrattato che al finanziato. Il delta che si rileva tra finanziato e contratto è ascrivibile ai seguenti fenomeni:

- l'incremento dell'attività ambulatoriale che ha registrato una produzione superiore al contratto (97% di produzione quota finanziata al 100%) assestandosi al 101,69% e, pertanto, subendo gli abbattimenti di sistema in fase di finanziamento;
- l'incremento dell'attività relativa alle cure palliative che ha registrato una produzione nettamente superiore al contratto, che è stata a fine anno comunque finanziata completamente;
- incremento dell'attività di NPI che ha registrato una produzione superiore al contratto, che è stata interamente finanziata a fine anno;
- attività di ricovero in incremento rispetto al 2024, ma comunque inferiore al contrattato. Tale situazione è fondamentalmente stata determinata da alcuni fenomeni non governabili da

parte dell'azienda (un calo di 17 casi di tracheotomia e 5 casi in meno di trapianto di midollo osseo);

- produzione psichiatrica in forte incremento rispetto al 2024, ma leggermente inferiore al contrattato che nasce dal finanziato 2019.

A titolo informativo si ritiene, infine, di rappresentare con la Tabella 17, la percentuale di rispetto ai tempi di attesa rilevata per l'anno 2025, per le sole prestazioni ambulatoriali inserite nel Piano Nazionale di Governo dei Tempi d'Attesa ricomprese nelle classi di priorità B-D-P (obiettivo di mandato).

Nella tabella viene riportato:

- il numero complessivo di prestazioni, oggetto di monitoraggio, erogate nel periodo giugno-dicembre 2025;
- il numero di prestazioni, oggetto di monitoraggio, erogate entro i tempi d'attesa previsti;
- la percentuale di prestazioni erogate che risultano ottemperanti al rispetto dei tempi d'attesa (71,06%). Tale dato ha risentito, pesantemente, dei problemi inerenti la carenza di organico medico ed infermieristico rilevata in diverse discipline, ma evidenzia, comunque, un risultato apprezzabile se viene letto congiuntamente al netto incremento dei volumi di produzione ambulatoriali ottenuti grazie all'applicazione del piano di ripresa.

Tabella 16: Confronto Finanziato 2025 Contratto ATS 2025

Area	Produzione 2025	Finanziato 2025	Contratto ATS 2025	Diff. Finanziato-Contratto
Ricoveri	85.912.499 €	85.115.676 €	87.000.000 €	-1.884.324 €
Cure palliative (residenziali, domiciliari e contratto di scopo)	1.981.806 €	1.981.806 €	1.729.799 €	252.007 €
Ambulatoriale	62.842.329 €	61.603.283 €	60.000.000 €	1.603.283 €
Sub Acuti	1.290.100 €	1.286.142 €	1.348.118 €	-61.976 €
Psichiatria (al netto progetti)	4.949.112 €	4.949.112 €	5.019.180 €	-70.068 €
Neuropsichiatria Infantile (al netto dei progetti)	1.293.532 €	1.293.532 €	1.152.662 €	140.870 €
Totale	158.269.377 €	156.229.551 €	156.249.758 €	-20.207 €

Tabella 17: rilevazione tempi d'attesa prestazioni PNGLA (periodo giugno-dicembre 2025) solo classi B-D-P

Nr prestazioni erogate	75.515
Nr prestazioni erogate entro soglia	53.664
% OTTEMPERANZA TEMPI D'ATTESA	71,06%

Fonte: Tableau Regione Lombardia

B) LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI

Il processo di programmazione aziendale ha recepito le direttive regionali che costituiscono obiettivi prioritari per l'Azienda e ne ha previsto la declinazione con l'assegnazione di obiettivi alle UUOO attraverso lo strumento del budget che evidenzia, per ciascuna unità, le risorse assegnate e i risultati attesi.

Il processo di budget, ancorché definito nell'ambito di una programmazione pluriennale, ha una valenza correlata all'anno di bilancio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere gran parte dei programmi annuali delle attività.

All'interno di questo processo trovano risposta, quindi, anche le indicazioni e gli obiettivi definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale delle Istituzioni locali, regionali e nazionali, e della programmazione economico-finanziaria regionale e nazionale.

Relativamente all'anno 2025, per tutti i livelli dell'organizzazione sono stati definiti obiettivi riconducibili alle aree di performance, come già richiamato sopra.

Da una parte, gli obiettivi assegnati sono stati declinati e misurati attraverso **indicatori di risultato quantitativi** con la possibilità di effettuare approfondimenti successivi per esplorare i fenomeni sottostanti. Dall'altra parte sono stati individuati degli **indicatori di processo riconducibili alla stesura e all'implementazione di progetti di miglioramento** (ad esempio, Protocolli aziendali, Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDTA - ecc.) che sono stati certificati da UUOO aziendali, alle quali la Direzione Strategica ha assegnato il coordinamento di tali progettualità.

Il sistema di **monitoraggio periodico** (generalmente mensile per gli obiettivi di mandato ed economici e trimestrale/semestrale per gli obiettivi delle altre aree) e di confronto sull'andamento degli obiettivi (nell'ambito di riunioni con la Direzione Strategica e comitati di dipartimento) ha permesso di garantire la fruibilità delle informazioni utili al processo decisionale e all'attivazione di correttivi ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

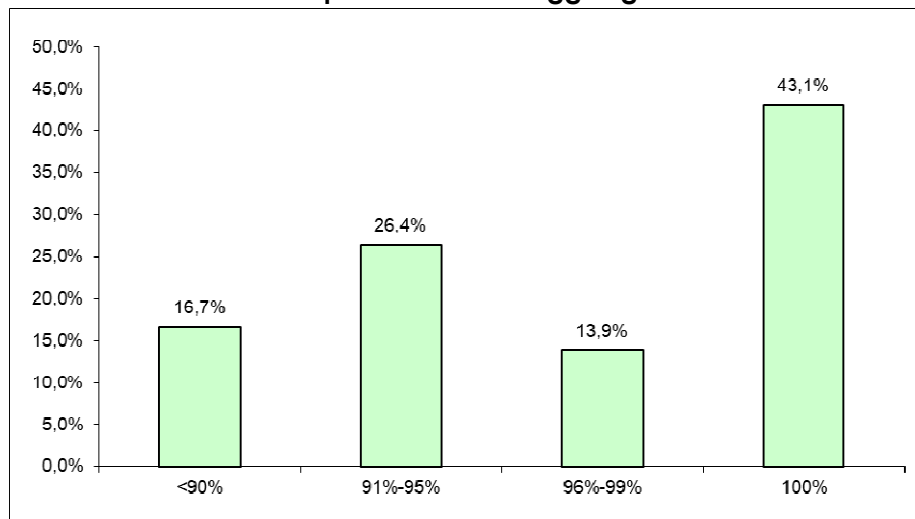
La valutazione della performance organizzativa delle UUOO si è basata sulle regole e sul rispetto dei Valori Attesi definiti nelle schede di budget: ha previsto come generale criterio di valutazione, laddove applicabile, un **range del 10%** all'interno del quale l'obiettivo viene considerato raggiunto proporzionalmente (oltre tale soglia, è considerato non raggiunto). Oltre a questa misurazione standard, i risultati finali sono stati, successivamente, rilette tenendo anche in considerazione degli elementi di contesto e organizzativi in modo da valutare i contributi organizzativi delle singole UUOO per far fronte ad eventuali situazioni di criticità (ad esempio carenze di personale, problemi organizzativi/strutturali indipendenti dalla volontà della u.o.) nel perseguimento degli obiettivi stessi o eventuali trend in miglioramento.

Il processo di valutazione è stato condiviso con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che ha condiviso la proposta dell'ASST di implementare i seguenti criteri di valutazione in aggiunta a quelli attualmente vigenti:

- 1) obiettivi di mandato: in caso di mancato raggiungimento del target regionale si valuta comunque positivamente il miglioramento del dato rispetto all'anno precedente
- 2) obiettivo "dimissioni ospedaliere ore 11": trattandosi di obiettivo particolarmente sfidante si è ritenuto anche in questo caso di valutare positivamente il miglioramento rilevato dei dati rispetto all'anno precedente

Per l'anno 2025 il livello medio di **raggiungimento degli obiettivi** delle schede budget si è attestato al 95.25%.

Grafico 7 - Distribuzione percentuale di raggiungimento obiettivi di budget 2025 per CDR



3.3. La performance individuale

Il Ciclo della performance si conclude con la valutazione individuale del personale dipendente, appartenente alla dirigenza ed al comparto, effettuato sulla base del sistema di valutazione adottato dall'Azienda, dai valutatori di prima istanza, ovvero dai Responsabili delle unità operative aziendali.

La valutazione viene effettuata sulla base di **obiettivi e competenze mediante compilazione**, in contraddittorio, **di una scheda di valutazione** a tal fine predisposta nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale.

La valutazione tiene conto sia della qualità della prestazione resa dal dipendente sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della struttura di assegnazione.

Alla valutazione individuale dei risultati è collegata la retribuzione accessoria di cui al Fondo di Risultato della dirigenza e al Fondo per la Produttività Collettiva del comparto.

La valutazione del personale è stata mediamente elevata.

La media del punteggio conseguito dal personale del comparto è stata pari a 172/200 ed il 56,14% dei dipendenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale, mentre la valutazione media dei dirigenti è stata pari a 95,29% e il 48,31% dei dipendenti dirigenti ha ottenuto una valutazione superiore alla media aziendale. Le distribuzioni dei punteggi sono rappresentate nei due grafici seguenti rispettivamente per il comparto e per la dirigenza.

Grafico 8 - Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2025 - comparto

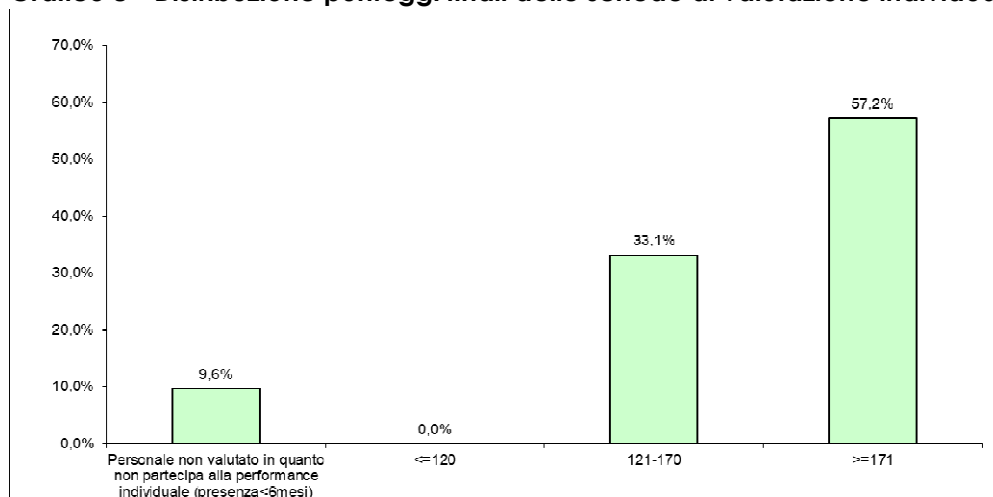
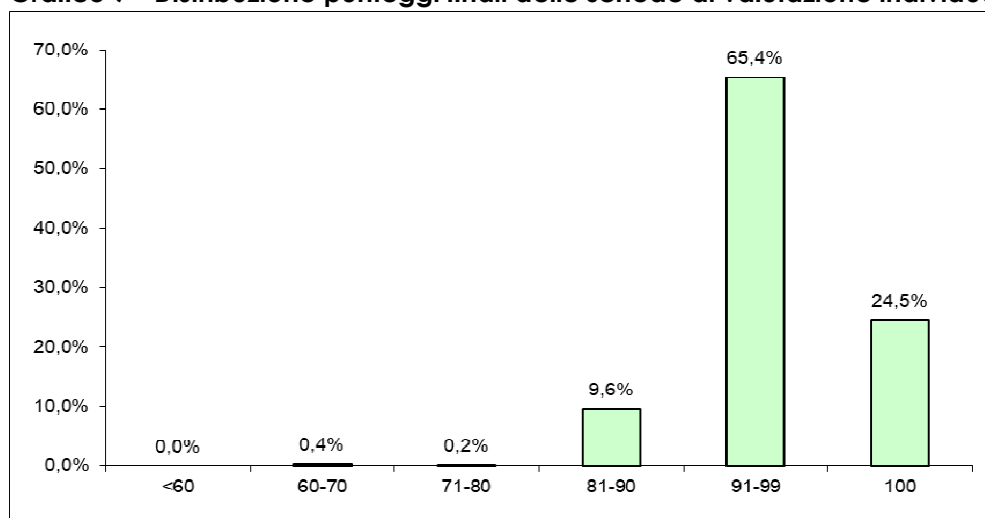


Grafico 9 - Distribuzione punteggi finali delle schede di valutazione individuale 2025 - dirigenza



4. Organizzazione del capitale umano

4.1 Organizzazione del lavoro agile

L'esito dell'attività permette di programmare, per il 2026, l'implementazione di questi istituti a livello aziendale, garantendo l'accesso a tutto il personale, non limitando l'accesso a specifiche categorie fragili.

Nel corso del 2025, la SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane, in seguito alle attività propedeutiche all'applicazione ordinaria degli istituti del lavoro agile e da remoto svolti nel corso del 2024, ha iniziato ad applicare la regolamentazione ordinaria.

L'applicazione, al fine di garantire prioritariamente l'accesso ai soggetti più fragili, è stata inizialmente circoscritta alle categorie individuate dalla Direttiva del 29.12.2023 inviata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri – Ministro per la Pubblica Amministrazione.

In questo scenario, nel corso del 2025, è stato tanto confermato l'accesso al lavoro da remoto ai soggetti fragili che già nel corso del 2024 utilizzavano tali istituti, quanto è stato garantito l'accesso a coloro i quali, sulla base di specifica indicazione del medico competente, avevano particolare necessità di accedere al lavoro da remoto.

In considerazione dell'emergere di problematiche di natura tecnica circa l'effettiva sostenibilità dal punto di vista della disponibilità di strumentazione idonea allo svolgimento di attività da remoto, è stato necessario interrompere l'attività di applicazione diffusa a tutte le strutture potenzialmente coinvolte.

Al fine di poter garantire, una volta superate le problematiche anzi dette, l'accesso agli istituti al personale interessato, nel corso del 2025 è stata predisposta una nuova raccolta dei piani operativi delle attività, necessaria per aggiornare la sia la mappatura delle strutture aziendali che svolgono attività e contenuti in linea con quanto previsto dal Regolamento che il numero effettivo di potenziali dipendenti interessati all'utilizzo di tali istituti.

Di seguito il dettaglio delle azioni intraprese:

- predisposizione ed invio di nuova nota esplicativa, contenente tutte le informazioni per la compilazione dei Piani Operativi delle Attività, a tutti i Responsabili;
- tracciamento delle strutture aziendali per individuare le attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile e da remoto, grazie all'invio e la restituzione dei Piani Operativi delle Attività debitamente compilati dai Responsabili;
- ricognizione della potenziale platea di dipendenti interessata a far richiesta di accesso all'istituto.

L'esito di queste azioni è stata la redazione di una nuova relazione riepilogativa, dei dipendenti, che è stata sottoposta alla Direzione Aziendale al fine di poter operare le valutazioni specifiche per ciascuna struttura.

I risultati emersi dalla raccolta dei Piani Operativi delle Attività si possono sintetizzare come segue:

- strutture coinvolte: 27
- strutture interessate: 14
- dipendenti richiedenti: 64
- dipendenti autorizzabili: 48

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2025-2027 (PTFP 25-27), inizialmente approvato da ASST Cremona con decreto n. 294 del 31/03/24, è stato rivisto alla luce della nota prot. G1.2025.002701 del 4.07.25 con cui la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia chiedeva all'azienda una nuova valutazione della proposta di PTFP 2025-2027 che tenesse conto dei posti già autorizzati per il triennio 2024-2026 ancora vacanti oltre la copertura del turn-over.

La nuova proposta di PTFP 2024-2026 è stata riformulata alla luce delle indicazioni di Regione e trasmessa alla stessa da ASST Cremona con nota prot.40024 del 14/07/25: in particolare la DO 2025 è stata ricondotta alla DO 2024 autorizzata per quanto riguarda il totale complessivo (2933 teste) con una redistribuzione delle teste tra i profili ma nel rispetto dei totali relativi alle tre aree contrattuali (Dirigenza Area Sanità, Dirigenza PTA e Comparto);

La versione definitiva del PTFP 2025-2027 è stata approvata dalla Direzione Generale Welfare con DGR XII/4885 del 14/07/25, di cui l'Azienda ha preso atto con Decreto n.758 del 20/08/24, come da tabelle inserite in allegato al medesimo provvedimento, stabilendo, per la programmazione dell'attività ordinaria, che la dotazione organica 2025 corrisponde al Piano di gestione delle risorse umane 2025 di ASST Cremona e rappresenta il limite, in termini di consistenza massima del personale espressa in teste, da intendersi per ciascuna area contrattuale (dirigenza e comparto).

Il Piano approvato costituisce ad oggi la dotazione organica autorizzata ed è ancora in fase di completamento, soprattutto per quanto riguarda la rete territoriale.

Al fine di dare attuazione al Piano autorizzato per l'anno 2025 (v. **tabella1**), sono state messe in campo le seguenti procedure di reclutamento:

- n. 13 concorsi pubblici per personale della dirigenza: D.M. Anatomia Patologica, D.M. Anestesia e Rianimazione, D.M. Cardiologia, D.M. Chirurgia Vascolare, 2 concorsi per D.M. Direzione Medica di Presidio, D.M. Ematologia, D.M. Ginecologia, D.M. Medicina Legale, D.M. Neurochirurgia, D.M. Otorinolaringoiatria, D.M. Psichiatria, D.M. Urologia;
- n.1 procedura di mobilità per personale della dirigenza: D.M. Chirurgia Generale
- n. 9 selezioni per assunzioni a tempo determinato di personale della dirigenza: Dirigente Professioni Sanitarie, D.M. Medicina Legale, 2 selezioni per D.M. Nefrologia, D.M. Neonatologia, D.M. Neurologia, D.M. Oftalmologia, D.M. Oncologia e D.M. Radiologia;
- n.9 concorsi pubblici per personale del comparto: 2 concorsi per Infermiere, 2 concorsi di Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, 2 concorsi di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Assistente Amministrativo, OSS, Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria;
- n.7 selezioni per assunzioni a tempo determinato di personale del comparto: Assistente Amministrativo, due selezioni per Infermiere, Autista, Architetto-Ingegnere, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico e Tecnico sanitario di Radiologia Medica;

In esito alle suddette procedure sono state effettuate n.315 assunzioni, a fronte di n.252 cessazioni. Delle suddette assunzioni:

- n.93 riguardano personale della dirigenza, di cui 73 medici per il polo ospedaliero, 14 medici per il polo territoriale, 4 dirigenti non medici per il polo ospedaliero e 2 dirigenti non medici per il polo territoriale
- n.222 riguardano personale del comparto di profili vari, di cui 208 per il polo ospedaliero e 14 per il polo territoriale.

Le suddette assunzioni, che in parte si riferiscono alla sostituzione di personale cessato nell'anno 2024, hanno consentito l'attuazione del PTFP 2025 nella misura indicata nella **tabella 2** che dà conto del personale presente alla data del 31/12/25, e da cui si evince:

- una copertura solo parziale dei contingenti del personale del comparto del polo ospedaliero, stante la ormai cronica carenza di personale infermieristico, che ormai si estende anche al personale tecnico sanitario, in particolare di laboratorio biomedico e di radiologia medica;

- la copertura solo parziale dei fabbisogni di personale della dirigenza medica, dovuta principalmente all'esito negativo delle procedure di reclutamento esperite dall'azienda stante la nota carenza di personale medico specialista;
- la copertura solo parziale dei fabbisogni relativi al polo territoriale, dovuta in parte alle suddette difficoltà di reclutamento di personale sia medico che infermieristico, e in parte alla non ancora completa attivazione dei servizi territoriali.

	DO AUTORIZZATA 2025 (tabella 1)			CONSISTENZA 31.12.2025 (tabella 2)		
	OSPED	TERRIT	TOTALE ASST	OSPED	TERRIT	TOTALE ASST
Raggruppamento profili						
DIRIGENZA MEDICA	387	62	449	359	48	407
DIRIGENZA VETERINARIA	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA SANITARIA	40	38	78	40	31	71
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4	2	6	4	1	5
DIRIGENZA PROFESSIONALE	6	0	6	6	0	6
DIRIGENZA TECNICA	2	0	2	2	0	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9	1	10	8	1	9
TOTALE DIRIGENZA	448	103	551	419	81	500
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	924	194	1118	877	115	992
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)	0	48	48	0	31	31
OSTETRICA	37	14	51	29	13	42
PERSONALE TECNICO SANITARIO	187	1	188	168	1	169
ASSISTENTI SANITARI	21	42	63	20	35	55
TECNICO DELLA PREVENZIONE	1	0	1	1	0	1
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	35	79	114	37	69	106
ASSISTENTI SOCIALI		28	28	0	23	23
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	158	4	162	152	3	155
OTA	3	0	3	3	0	3
OSS	287	56	343	256	54	310
AUSILIARI		1	1	0	1	1
ASSISTENTE RELIGIOSO	3	0	3	3	0	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	205	51	256	207	40	247
PERSONALE COMUNICAZIONE- INFORMAZIONE	3	0	3	1	0	1
RICERCATORE O COLLAB DI RICERCA SANITARIA	0	0	0	0	0	0
TOTALE COMPARTO	1864	518	2382	1754	385	2139
TOTALE COMPLESSIVO	2.312	621	2.933	2173	466	2639

Infine, si segnala il notevole incremento nell'anno 2025 del ricorso al personale con contratto di lavoro autonomo: l'esito negativo o parziale delle procedure di reclutamento ordinario ha comportato la necessità di ricorrere in maggior misura a tale forma contrattuale, tant'è che nell'anno 2025 sono stati messi in campo più di 40 avvisi di selezione, ed il numero dei rapporti di lavoro autonomo attivi è raddoppiato rispetto all'anno precedente.

4.1 Piano della formazione

Il piano formativo annuale per l'esercizio 2025 è stato progettato, organizzato e realizzato secondo quanto previsto dal PIAO e, nella fattispecie, dichiarato al paragrafo 3.4 Piano della Formazione.

Le fasi di raccolta del fabbisogno formativo, analisi e successiva approvazione sono avvenute regolarmente, nel rispetto delle tempistiche definite da Regione Lombardia ed hanno condotto alla formulazione del PFA 2025, proposto inizialmente con n. 281 eventi.

Gli eventi formativi hanno previsto il coinvolgimento di tutte le professionalità presenti in Azienda, afferenti sia alla dirigenza che al comparto, di ruolo sanitario, tecnico, professionale e amministrativo.

Le tematiche principalmente affrontate hanno riguardato le linee di sviluppo dell'assetto sanitario e sociosanitario aziendale, con particolare riferimento al potenziamento delle competenze tecnico-professionali, manageriali e inerenti alla transizione digitale.

Oltre al tema centrale della sicurezza (la formazione antincendio, il BLS, la movimentazione manuale dei pazienti, la radioprotezione, i corsi sulla sicurezza per dirigenti, preposti e lavoratori), particolare attenzione è stata rivolta alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e ai percorsi di Sorveglianza Malattie Infettive (SMI), conformemente alle linee di indirizzo regionali, oltre ad eventi formativi in materia di codice di comportamento dei dipendenti pubblici, responsabilità professionale degli operatori e anticorruzione.

Numerosi sono stati sia gli addestramenti offerti in favore di personale neoassunto/neo-assegnato (n. 69) sia i gruppi di miglioramento (n. 70), soprattutto a valenza multidisciplinare e multiprofessionale.

In fase di esecuzione è stato necessario progettare ulteriori 46 percorsi formativi e revocarne 14 per cause non imputabili alla Formazione Aziendale (impossibilità di reclutamento del personale da addestrare, mancata fornitura di specifici dispositivi e/o apparecchiature previste per addestramento mirato, preventiva interruzione del corso da parte del responsabile scientifico, ecc.).

Pertanto, il totale degli eventi formativi programmati per l'anno 2025 è stato pari a 313.

Partendo da tale numerosità, è stato possibile organizzare, realizzare ed effettivamente portare a termine 262 percorsi formativi (pari all' 83,70%).

5. Trasparenza e anticorruzione

L'Azienda Socio - Sanitaria Territoriale di Cremona, con decreto n. 77 del 30 gennaio 2025, ha adottato il **Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) 2025-2027**, in ottemperanza al disposto dell'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n.113, e del decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81. LA **Sezione 2.3. del PIAO, titolata "Rischi corruttivi e trasparenza"**, attua, pertanto, quanto disposto dall'art. 1 comma 8 della legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni", così come modificata dal decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016, ed in conformità a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e dagli aggiornamenti annuali – da ultimo il PNA 2022 adottato con deliberazione di ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 e dall'aggiornamento 2023, di cui alla deliberazione n. 605 del 19.12.2023 specificatamente orientato all'area della contrattualistica. I contenuti della Sezione 2.3 del PIAO 2024-2026 hanno risposto, inoltre, al principio, riconosciuto dal legislatore e da ANAC, secondo il quale l'adeguamento agli obiettivi della riforma sul PIAO deve avvenire in maniera progressiva e il processo di integrazione dei piani confluiti nel PIAO deve essere crescente e graduale, partendo dal patrimonio di esperienze maturato nel tempo dalle amministrazioni ed evitando giustapposizioni dei piani assorbiti dal nuovo strumento di programmazione aziendale, al fine di reingegnerizzare i processi dell'attività dell'Amministrazione.

La Sezione 2.3. del PIAO 2025-2027 contiene, quindi, la **programmazione delle attività e delle misure finalizzate alla prevenzione dei fenomeni corruttivi**, delle situazioni di illegalità e, più in generale, dei fenomeni di malfunzionamento dell'attività dell'Azienda, nonché la programmazione delle **attività di trasparenza** – programmazione integrata con gli altri strumenti di pianificazione aziendale, rappresentando quindi essa stessa una dimensione del "valore pubblico".

L'ASST di Cremona, pertanto, perseguendo le finalità di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione all'interno dell'Ente, aumentare la capacità di scoprire eventuali casi di corruzione e di realizzare un contesto sfavorevole alla corruzione, si è posta quali propri obiettivi strategici nel triennio 2025 - 2027:

- il rafforzamento delle attività di mappatura dei processi e dei rischi;
- l'incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- l'incremento della formazione in materia di anticorruzione, trasparenza ed etica, sia in termini di ampliamento costante della copertura, sia di innalzamento del livello qualitativo;
- l'integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni.

Gli strumenti di programmazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, contenuti nella Sezione 2.3. del PIAO hanno costituito, quindi, il sistema aziendale, così come declinato nei precedenti PTPCT dell'Azienda, e sono stati progressivamente affinati e modificati, tenuto conto:

- dei risultati ottenuti e degli esiti dei monitoraggi sulla loro applicazione;
- della valutazione sulla loro sostenibilità organizzativa;
- della valutazione sulla loro coerenza con la performance aziendale;
- della valutazione sulla possibilità di rimodulazione di misure originariamente contemplate ma non ancora compiutamente attuate o rese efficaci.

Nella Sezione sono, pertanto, state declinate le misure anticorruzione e trasparenza da realizzare concretamente, le responsabilità correlate, i relativi tempi di attuazione e le modalità di vigilanza sulla loro applicazione e sulla loro efficacia. In raccordo con la Sezione Performance del PIAO, con il vigente sistema di budget aziendale e con il sistema di valutazione individuale, le misure di prevenzione hanno costituito per le strutture aziendali e per il relativo personale degli obiettivi di budget, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa.

Particolare attenzione è stata riservata: alla implementazione qualitativa e quantitativa della conoscenza della normativa inerente all'istituto del whistleblowing e della modalità regolamentari ed attuative adottate dall'ASST; alla determinazione di misure regolatorie inerenti i controlli della

fase esecutiva dei contratti ed ai compiti ed alle responsabilità dei RUP e dei DEC, supportate anche dalla realizzazione di iniziative formative ad hoc, ritenute necessarie per conseguire una "specializzazione" delle figure dei RUP e dei DEC aziendali, così come evidenziato da ANAC nella propria Delibera n. 497/24. Sono stati svolti, inoltre, i controlli amministrativo-contabili sui contratti inerenti gli interventi finanziati con il PNRR, secondo le indicazioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato e della Regione Lombardia.

Elemento essenziale della politica di prevenzione e contrasto alla corruzione dell'ASST è, inoltre, la trasparenza dell'attività amministrativa intesa, ai sensi dell'art. 1 comma 15 della legge 190/2012, quale "livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione". L'art. 1 del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal decreto legislativo del 25 maggio 2016, n. 97, individua la trasparenza come "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

Il ruolo della trasparenza è anche arricchito dal compito che la stessa svolge in termini di produzione del valore pubblico: pertanto, tenuto conto di quanto sopra, in linea con quanto indicato da ANAC nella propria delibera n. 1310/2016, nella Sezione 2.3 del PIAO è altresì contenuta la programmazione della trasparenza, che prevede l'organizzazione dei flussi informativi ed i soggetti responsabili delle attività di elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati e monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

La Sezione 2.3 "Rischi corruttivi e Trasparenza" 2025-2027, con l'analisi del contesto esterno e del contesto interno, la mappatura dei processi, l'analisi del rischio corruttivo, il trattamento del rischio e l'individuazione delle misure organizzative di prevenzione della corruzione, i tempi di monitoraggio e le misure di trasparenza, è visionabile al link <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/piano-triennale-prevenzione-corruzione-e-trasparenza-0>

La rendicontazione puntuale dell'attività di prevenzione della corruzione e trasparenza posta in essere nell'anno 2025 è, inoltre, stata compiutamente prodotta dal RPCT aziendale nella tempistica determinata da ANAC ed è visionabile sul sito dell'ASST di Cremona, nella sezione amministrazione trasparente – altri contenuti – prevenzione della corruzione - link: <https://www.asst-cremona.it/amministrazione-trasparente/relazione-responsabile-prevenzione-corruzione-e-trasparenza>

In generale, rispetto al complessivo delle misure contenute nella sezione 2.3. "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2025-2027, la verifica annuale sullo stato di attuazione evidenzia: l'attuazione e la conferma della messa a sistema delle misure generali previste nel piano, il loro costante aggiornamento ed efficace implementazione nell'organizzazione aziendale e nei processi dell'Ente; l'attuazione, a conferma della loro tenuta organizzativa, delle misure speciali, di settore e di controllo, previste già da alcuni anni nei PTPCT aziendali e negli ultimi PIAO, in quanto entrate nell'attività ordinaria degli uffici coinvolti; è stato riprogrammato nel 2026 il completamento della policy aziendale sulla gestione del conflitto di interessi, non conclusa nel 2025, atteso che la mancata conclusione non ha impattato, comunque, sull'efficacia delle azioni e dei controlli che l'ASST sta da anni adottando a garanzia di tale misura. Non è stato, inoltre, possibile concludere, nel 2025, il percorso formativo del gruppo interno di miglioramento attivato nel 2024 in materia di antiriciclaggio, e che, pertanto, è stato riprogrammato per il 2026, in quanto le risorse professionali degli uffici coinvolti sono state particolarmente impegnate nelle rendicontazioni e nei controlli amministrativo-contabili dei contratti attivati per gli interventi PNRR. La realizzazione della formazione interna in materia di etica e di prevenzione della corruzione, il coordinamento delle misure di prevenzione della corruzione pianificate nel triennio con gli obiettivi di performance e con i sistemi di controllo interno costituiscono elementi importanti e fattori "abilitanti" al buon funzionamento del sistema aziendale di prevenzione della corruzione.

6. Internal Auditing

È presente all'interno dell'ASST di Cremona la funzione di Internal Auditing (I.A.), preposta alla verifica dell'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno Aziendale.

L'I.A. si pone come controllo di terzo livello, presidiando i controlli tipici delle funzioni aziendali (secondo livello - Controllo di Gestione, Risk Management, Accreditamento, Qualità ...) e quelli legati alla responsabilità dirigenziale (primo livello).

La missione dell'I.A. è quella di assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo di gestione dei rischi identificandoli, mitigandoli e monitorandoli.

L'I.A. fornisce analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate.

Lo svolgimento della funzione di I.A. è disciplinato da apposito regolamento aziendale, approvato con deliberazione n. 323 del 29.10.2015.

Con provvedimento deliberativo n. 67 del 29 gennaio 2025 è stato approvato il piano di attività di audit per l'anno 2025: la programmazione dell'attività di audit è stata orientata a facilitare lo sviluppo dell'integrazione dei sistemi di controllo interni, verificarne l'efficacia e valutare la conformità delle procedure e dei processi, nonché approfondire alcune aree che, per il loro collegamento a processi ed attività potevano presentare più elementi di rischio trasversali a tutta l'organizzazione.

L'attività di IA si è concentrata sia nell'attivazione degli audit relativi alle verifiche dei controlli previsti dalle procedure PAC aziendali inerenti all'acquisto di beni e servizi – dispositivi medici – e gestione fondi pubblici di finanziamento, sia nel monitoraggio delle azioni precedentemente concordate nell'ambito degli audit svolti sulla gestione delle fidejussioni contrattuali. Inoltre, il referente aziendale della funzione di IA ha aderito al percorso formativo organizzato dalla Regione Lombardia sull'applicazione dei nuovi GIAS – Global Internal Audit Standards pubblicati nel 2025 dall'Institute of Internal Auditors, che saranno oggetto di revisione del Mandato e del Manuale della funzione di internal audit aziendale nel 2026.

Gli esiti degli audit sono stati condivisi con la direzione generale aziendale e descritti nel report che, secondo lo schema tipo e le tempistiche definite dagli uffici regionali, sono stati acquisiti telematicamente mediante l'utilizzo del sistema regionale BeS.