

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2025 – 2027

Regione Lombardia

Sommario

| | |
|---|------------|
| Premessa | 3 |
| 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST | 4 |
| 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 13 |
| 2.1. VALORE PUBBLICO | 13 |
| 2.2. PERFORMANCE | 39 |
| 2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA | 60 |
| 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 86 |
| 3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA | 86 |
| 3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE | 93 |
| 3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE | 96 |
| 4. MONITORAGGIO | 110 |

Premessa

Previsto dall'articolo 6 del decreto-legge n. 80/2021 il cosiddetto "Decreto Reclutamento", convertito dalla legge n. 113/2021, recante *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*, Il PIAO Piano Integrato di Attività e Organizzazione è un nuovo documento unico di programmazione, che dal 30 giugno 2022 assorbe diversi strumenti di programmazione che finora godevano di una propria autonomia quanto a tempistiche, contenuti e norme di riferimento.

La disposizione normativa persegue la finalità dichiarata di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di accesso, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il PIAO, nella prospettiva della semplificazione degli adempimenti a carico delle pubbliche amministrazioni ed in una logica di integrazione degli strumenti di programmazione, mira quindi ad assorbire in un unico piano di governance atti di programmazione afferenti a diverse materie, quali:

- Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD);
- Piano della Performance (PdP);
- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PtPCT);
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
- Piano di Azioni Positive (PAP).

Il PIAO ha una durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Esso definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi del decreto Brunetta D.Lgs. 150/2009 così come novellato dal D.Lgs. 74/2017, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla

legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b);

- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST

In attuazione alla L.R. n. 23/2015, è stata costituita con DGR n. X/4496 del 10/12/2015 l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema che è inserita nel territorio della ATS Val Padana, con una popolazione di riferimento di circa 161.000 abitanti, a nord della provincia di Cremona.

La ASST di Crema per l'erogazione dei servizi si articola in Polo ospedaliero e Polo territoriale.

Il Direttore Generale ne garantisce il coordinamento delle attività avvalendosi anche del supporto del Direttore Sanitario, del Direttore Sociosanitario e del Direttore Amministrativo, attraverso l'attribuzione di funzioni di direzione specifiche.

Il Polo ospedaliero dell'ASST è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie e in elezione, nonché all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità; si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti.

Il Polo territoriale è articolato in un distretto (Distretto Cremasco) che svolge l'attività di erogazione dei LEA riferibili all'area delle attività dell'assistenza distrettuale, include il Dipartimento della salute mentale, della disabilità e delle dipendenze, oltre ai Dipartimenti funzionali di cure primarie e della prevenzione.

MISSIONE E VALORI

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

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

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

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

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

- la centralità del paziente come bene fondamentale: prendersi cura del malato ed in generale di chi si rivolge alla struttura dell'ospedale, identificando con maggiore attenzione ed efficacia il percorso che egli sarà invitato a seguire;
- il riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio (valorizzazione di entrambi i sistemi e continuità assistenziale) in attuazione della L. 22 del 14.12.2021;

- l'integrazione tra sanitario e sociosanitario nella presa in carico della persona;
- la messa a sistema di soluzioni per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità;
- il personale come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita;
- il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato;
- l'innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività di qualità;
- la sicurezza nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente.

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

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

L'Organizzazione

L'assetto organizzativo è declinato nel Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) approvato con DGR n. XI/6962 del 19/09/2022 ad oggetto "Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio sanitario Territoriale (ASST) di Crema, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 e smi, come modificata con Legge Regionale n. 22 del 14.12.2021". Con DGR n. XII/3285 del 31/10/2024 la Giunta Regionale ha approvato l'aggiornamento del POAS 2022/2024.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'ASST sono disciplinati, pertanto, dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con la ATS e la Regione. In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

- all'individuazione di modelli organizzativi che prediligano la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze;
- a dotarsi di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria;

- all'adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna;
- alla costruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio.

SITUAZIONE DEMOGRAFICA E TERRITORIALE

L'ATS Val Padana pubblica e aggiorna i dati epidemiologici relativi ai territori di competenza, tra i quali è annoverato anche il Distretto Cremasco: 161.000 abitanti, 48 Comuni, di competenza di ASST Crema.

DATI STRUTTURALI

Per valutare la correlazione domanda/offerta del bisogno di ricoveri acuti si utilizzano il Tasso di Ospedalizzazione ed il Tasso di Posti letto per acuti.

| TASSO POSTI LETTO per acuti E OSPEDALIZZAZIONE | H Crema |
|--|------------------------|
| Tasso Posti letto | 2.3/1000 ab (*) |
| Tasso di Ospedalizzazione (tutti i ricoveri degli abitanti in tutti gli ospedali) | 108/1000 ab |
| Tasso Ospedalizzazione (ricoveri presso l'H di Crema degli abitanti del bacino) | 76/1000 ab |
| (*) 310 pl ord. acuti attivi medi/160000 ab | |

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda è attualmente costituita dalle seguenti strutture:

- Presidio Ospedale Maggiore di Crema
- Presidio Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda (Riabilitativo)
- Presidio Sanitario Cure Sub Acute di Soncino
- Poliambulatori
 - Poliambulatori di Crema e Rivolta (presso le sedi ospedaliere)
 - Poliambulatorio di Castelleone
 - Poliambulatorio di Soncino

I tre Presidi di degenza attualmente svolgono attività per acuti (Crema), attività per sub acuti (Soncino) e attività di riabilitazione (Rivolta d’Adda).

I posti letto

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

| 31.12.2024 | ACCREDITATI | | | | | | | EFFETTIVI | | | | | | |
|---|-------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|------------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|------------|
| PRESIDIO | ORD | DH | DS | BIC | MAC | altri tecnici | TOT | ORD | DH | DS | BIC | MAC | altri tecnici | TOT |
| CREMA | 388 | 9 | 12 | 10 | 24 | 52 | 495 | 310 | 9 | 12 | 10 | 24 | 52 | 417 |
| RIVOLTA D'ADDA | 75 | 0 | 0 | 0 | 6 | 14 | 95 | 55 | 0 | 0 | 0 | 6 | 14 | 75 |
| SONCINO SUB ACUTI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 22 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 22 |
| SONCINO Ospedale di Comunità (afferre al polo territoriale) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 19 |
| TUTTA LA AZIENDA | 463 | 9 | 12 | 10 | 30 | 107 | 631 | 365 | 9 | 12 | 10 | 30 | 107 | 533 |

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

ATTIVITA' AMBULATORIALE

L’attività ambulatoriale è erogata presso i seguenti poliambulatori territoriali:

- Poliambulatori dei Presidi Ospedalieri di Crema e Rivolta D’Adda
- Poliambulatorio - 26020 Soncino – Largo Capretti, 2
- Poliambulatorio – 26012 Castelleone – via Beccadello, 6

ASSISTENZA TERRITORIALE

Afferiscono al Polo Territoriale di ASST le seguenti strutture/servizi:

Residenziali:

- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura presso Presidio Ospedaliero di Crema
- Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) - 26013 Crema, Via Teresine, 2
- Appartamenti di ex Residenzialità leggera Programmi Domiciliari Intensivi– 26027 – Rivolta D’Adda

Ambulatoriali e diurni

- Centro Psicosociale (CPS) e Centro diurno (CD) – 26013 Crema, Via Teresine, 2
- Ambulatorio di neuropsichiatria per la prima e seconda infanzia – 26013 Crema, Via Sinigaglia, 10
- Ambulatorio di neuropsichiatria per l'età adolescenziale – 26013 Crema, Via Meneghezzi, 14
- SerD – 26013 – Crema, Via Medaglie d'Oro, 9
- Centro Diurno psichiatrico – presso Presidio Ospedaliero di Crema
- Consultorio Familiare – 26013 Crema, Via Manini, 21

Nuove strutture ex DM 77/2022:

Residenziali:

- OdC di Soncino, - 26029 Soncino, Via De Marcheschi 3/5 attivo dal 2023
- OdC di Rivolta d'Adda – presso Ospedale Santa Marta (sarà attivato al termine dei lavori di ristrutturazione)

Ambulatoriali:

- Casa di Comunità HUB di Crema - 26013 Crema, Via Gramsci, 13 (attiva ed in fase di completamento ristrutturazione)
- Casa di Comunità HUB di Rivolta d'Adda – Via Garibaldi n. 24 (in ristrutturazione con attivazione prevista al termine lavori)
- Casa di Comunità SPOKE di Castelleone, via Beccadello 6 (in fase di progettazione non essendo finanziata da PNRR).

Dipartimento di Salute Mentale, della disabilità e delle dipendenze (DSMDD)

In questi anni si è assistito a un incremento del disagio mentale, in termini sia di disturbi depressivi e d'ansia che di disturbi del neurosviluppo, in particolare disturbi dello spettro autistico, diagnosticati nell'infanzia ma che necessitano di percorsi di presa in carico dedicata per tutta la vita delle persone che ne sono portatrici. Si è assistito inoltre a un importante aumento del disagio psichico negli adolescenti e nei giovani adulti, così come nelle persone fragili. A fronte di questi aspetti epidemiologici è necessario implementare nuovi modelli di intervento e parallelamente costruire spazi dedicati e destigmatizzati, dove questa ingente domanda sanitaria possa trovare risposta.

In questa prospettiva, come da progetto approvato nella DGR XI/6681 del 18/7/2022, è previsto

l'avvio dei lavori di costruzione della Palazzina di Riabilitazione Psichiatrica Integrata (PRPI), una nuova struttura contigua al Presidio Ospedaliero di Crema che sarà dotata di spazi interni decisamente maggiori rispetto alla configurazione attuale e che permetterà la strutturazione di ambulatori dedicati ai disturbi emergenti e in particolare agli utenti in età di transizione. Negli spazi della nuova Palazzina verranno collocati il CPS, la CRA e il CD.

A fine 2023 sono altresì cominciati i lavori di ristrutturazione del CPS/SerD di v. Medaglie d'Oro/v. Teresine a Crema che, a ristrutturazione ultimata, ospiterà il SerD e la UONPIA, anche in questo caso all'interno di una struttura rinnovata e adeguatamente spaziosa per dare risposta alle progettualità delle UO Dipendenze e Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza.

Attività in regime ordinario

La rete territoriale dell'ASST interviene sulle seguenti macroaree:

- Cure Primarie /Protesica
- Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Crema
- Valutazione multidimensionale (EVM) in collaborazione con le diverse UU.OO
- Cure Domiciliari a gestione diretta (CDom e CPDom)
- Vaccinazioni
- Prevenzione e promozione della salute
- Area interventi alla famiglia
- Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità
- Psicologia Clinica e Psicologia Aziendale
- Psicologia Cure Primarie
- Area della cronicità e fragilità

La SC Cure Primarie si occupa di:

- Gestione attività territoriali MMG/PLS/CA
- Scelta/revoca MMG e PLS
- Esenzione ticket, tessere sanitarie e assistenza all'estero

- Assistenza farmaceutica per gli assistiti domiciliari (nutrizione artificiale, ventilo e ossigeno terapia), distribuzione diretta del farmaco
- Protesica ed ausili
- Rimborso dializzati

La SC Cure Domiciliari C-DOM:

Relativamente alla Valutazione Multidimensionale (EVM) garantisce:

- accoglienza sociosanitaria del cittadino richiedente assistenza domiciliare e/o l'accesso alle misure regionali in essere;
- valutazione multidimensionale al domicilio di cittadini "fragili" e stesura di progetti individuali di assistenza;
- valutazione multiprofessionale dei bisogni in collaborazione con l'equipe per le dimissioni protette;
- collaborazione/integrazione assistenza protesica e nutrizione artificiale domiciliare;
- valutazione sanitaria e supporto amministrativo per la formulazione di una graduatoria per l'inserimento nelle RSA, grazie ad accordo condiviso con Comunità Sociale Cremasca ed i comuni del territorio Cremasco aderenti.

Relativamente alle attività erogative dirette garantisce l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

La SC Vaccinazioni e Sorveglianza malattie infettive si occupa di:

- Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate pediatriche e per adulti (individuazione coorti, chiamata attiva, counseling, somministrazione, registrazione e archiviazione dati);
- Ambulatorio del Viaggiatore Internazionale (accoglienza, counseling, somministrazione vaccinazioni, registrazione e archiviazione dati). Compilazione certificato internazionale vaccinazioni (Febbre Gialla);
- Vaccinazioni per soggetti a rischio per patologia, in applicazione al calendario vaccinale regionale (individuazione target, chiamata attiva, counseling, somministrazione, registrazione e archiviazione dati);
- Gestione vaccini (acquisizione, registrazione, mantenimento della catena del freddo);
- Farmacovigilanza vaccinale;

- Integrazione dell'offerta vaccinale con le strutture del territorio.

La SS Consultorio Familiare si occupa di:

- Attività ed interventi Psico-socio-educativi:
 - accoglienza psico-socioeducativa individuale/coppia/famiglia
 - presa in carico psico-socioeducativa individuale/coppia/famiglia
 - Valutazione psicodiagnostica e presa in carico psicoterapica su incarico del TM o TO e richiesta di collaborazione con la Tutela Minori CSC
 - Centro Adozioni
 - Assistenza sociale e psicologica per le donne vittima di violenza
 - Legge 68
 - Interventi individuali e di gruppo sulla genitorialità
- Attività Sanitarie:
 - Tutela della salute riproduttiva dall'adolescenza alla menopausa
 - Interruzione volontaria di gravidanza
 - Assistenza alla mamma ed al neonato
 - Consulenza per l'infertilità e la sterilità
 - Presa in carico ostetrica per le gravide BRO (basso rischio ostetrico)
 - Screening HPV
 - Promozione e sostegno con percorsi individuali e di gruppo per l'allattamento al seno (Percorso UNICEF)
 - Stili di vita ed educazione alla salute

La SC Servizio delle Dipendenze (SERD) si occupa di:

- Tossicodipendenza: assistenza sanitaria e psico-socioeducativa per il paziente e familiari;
- Attività su segnalazione prefettizia;
- Alcol dipendenza: assistenza sanitaria e psico-socioeducativa per il paziente e familiari;

- Gioco d'azzardo patologico: assistenza sanitaria e psico-socioeducativa per il paziente e familiari e gruppi di mutuo-aiuto;
- tabagismo: attivazione e conduzione gruppi di mutuo aiuto;
- farmacodipendenza;
- prevenzione HIV e accertamenti tossicologici;
- consulenza per Commissione Patenti e accertamenti per i lavoratori (valutazione di rischio);

La SS Medicina Legale e medicina necroscopica, afferente alla Direzione Sanitaria, si occupa di:

- attività accertativa e valutativa: CML; CI; disabilità; handicap; inabilità, ecc;
- attività certificativa: idoneità alla guida; porto d'armi; pass disabili; gravidanza anticipata, ecc;
- attività necroscopica.

Le tre dimensioni sopra citate (ospedale, ambulatoriale e territorio) devono fondersi il più possibile al fine di poter attuare i principi cardine della legge regionale 23/2015, completati con la LR 22/2021, in coerenza con la programmazione espressa prima attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal più recente DM77/2022:

- Riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio (valorizzazione di entrambi i sistemi e continuità assistenziale);
- Integrazione tra sanitario e sociosanitario nella presa in carico della persona;
- Messa a sistema di soluzioni per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità anche attraverso la Telemedicina.

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. VALORE PUBBLICO

Per valore pubblico le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono il livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale e/o sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders, creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad una baseline o livello di partenza.

Un Ente crea valore pubblico quando la sua azione impatta in modo migliorativo sulle diverse forme del benessere rispetto alla loro baseline.

Un Ente crea valore pubblico quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura il buon utilizzo delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento del benessere.

In tale prospettiva il valore pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione di valore pubblico.

Il valore pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

La creazione di valore pubblico si sostiene programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale.

Obiettivi strategici e obiettivi operativi

2.1.1 RIORGANIZZAZIONE DEL PROCESSO DI CURA

Il progressivo invecchiamento della popolazione e una quota significativa di persone affette da malattie cronico-degenerative ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. Si necessita infatti di una riorganizzazione dei processi di cura centrati basata su una maggiore integrazione tra ospedali, secondo il modello Hub and Spoke, e tra rete ospedaliera e servizi territoriali. L'obiettivo è quello di assicurare che la presa in carico globale del paziente, avvenga in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi. A tal fine l'ASST ha previsto:

- il progetto di realizzare le Case della Comunità quali punto di riferimento continuativo per i cittadini che garantiscono funzioni d'assistenza sanitaria primaria e attività di prevenzione;
- il potenziamento delle Cure primarie;
- il progetto di realizzazione degli ospedali di comunità quali strutture sanitarie di ricovero di cure intermedie, destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica;
- il rafforzamento dell'integrazione fra il Dipartimento di Salute Mentale e le Dipendenze;
- la prosecuzione del progetto DAMA nell'area delle disabilità;

- un potenziamento dei servizi domiciliari attraverso anche la realizzazione di progetti di telemedicina, secondo le direttive delle delibere regionali n. XII/1475 del 04/12/2023, XII/3671 del 16/12/2024 e N° XII / 3720 del 30/12/2024.

2.1.1a LA REALIZZAZIONE DELLA CASA DI COMUNITA'

La Casa della Comunità di Crema nasce per rispondere ai bisogni di tutela della salute delle persone, delle famiglie e di tutta la comunità che vive nell'ambito territoriale cremasco.

Attraverso l'integrazione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale si intendono raggiungere i seguenti destinatari:

- Persone con cronicità e loro famiglie
- Persone anziane non autosufficienti
- Cittadini fragili
- Persone in dimissione da ospedali
- Persone con disabilità e le loro famiglie
- Famiglie con minori
- Cittadini portatori di bisogni sanitari-sociosanitari-sociali

Si ritiene che nella Casa di Comunità debbano collaborare in stretta sinergia ed integrazione diversi professionisti:

- medici medicina generale (MMG)
- pediatri di libera scelta (PLS)
- infermieri di famiglia e di comunità (IFeC)
- medici di Continuità Assistenziale (UCA)
- medici specialisti ambulatoriali
- psicologi
- ostetrici, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione, del servizio di igiene e sanità pubblica
- assistenti sociali

- case manager

Il modello di integrazione tra i diversi professionisti che lavorano per/nella casa di comunità è il lavoro in equipe multiprofessionale. Si vuole puntare sulla valorizzazione delle competenze professionali di natura sanitaria e sociale attraverso l'assegnazione di obiettivi condivisi e la presa in carico integrata dei cittadini portatori di bisogni.

Per raggiungere questo obiettivo è strategica una forte collaborazione ed alleanza tra ASST ed i vari attori istituzionali coinvolti:

- Agenzia di Tutela della Salute (ATS)
- Comuni e Ufficio di Piano
- Azienda speciale Consortile Comunità Sociale Cremasca (CSC)
- Terzo Settore e Volontariato Consulta del Terzo Settore con Delibera n. 753 del 30/08/2024 avviso per la manifestazione di interesse all'adesione al "Tavolo di Consultazione sociosanitaria del Terzo Settore" dell'Azienda Sociosanitaria Territoriale di Crema.

Gli attori istituzionali hanno il compito di favorire una governance partecipata della Casa della Comunità, di leggere i bisogni del territorio, di individuare le risorse necessarie, di pianificare e programmare gli obiettivi da raggiungere, di favorire il confronto sui bisogni inespresi con le reti sociali del territorio, ma soprattutto di mettere al centro la salute dei cittadini.

Tra gli attori istituzionali è presente anche il Terzo Settore, in quanto attore a pieno titolo del sistema sociale, che deve partecipare attivamente alla programmazione, progettazione e realizzazione del welfare attraverso forma di co-programmazione e co-progettazione con l'Ente pubblico.

Quello che si intende promuovere nella Casa della Comunità è infatti una "sussidiarietà circolare", finalizzata a dare risposte appropriate e mirate ai bisogni delle persone, attraverso forme di collaborazione partecipata che consentano di reperire nuove risorse per lo sviluppo del sistema.

La progettazione condivisa dei nuovi Punti Unici Di Accesso (PUA), la definizione di piattaforme di supporto per i diversi soggetti coinvolti come le Centrali Operative Territoriali (COT), poste all'interno dei Distretti Sanitari, sono gli strumenti utili a supportare le attività congiunte e favorire l'integrazione tra i principali attori del sistema sociosanitario e assistenziale del territorio.

L'introduzione degli *Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC)* risulta necessaria per garantire riequilibrio e integrazione tra diversi "luoghi": Ospedale, Casa&Territorio e Comunità.

L'*IFeC* è una figura che diventa portatrice di idee e costruttrice di ponti, di relazioni tra i servizi (sanitari, ospedalieri, territoriali, ecc.), tra le persone (care giver e MMG, ad esempio) e deve agevolare il necessario ed appropriato percorso all'interno del sistema (apertura di ambulatori

infermieristici sul territorio, degenze di transizione a gestione infermieristica, ecc..).

L'Infermiere di Famiglia e Comunità offre un approccio olistico di assistenza alla persona nel suo ambiente di vita, coinvolgendo in modo attivo tutti i soggetti della società civile (famiglie, MMG, assistenti sociali, ecc.)

Per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono necessari luoghi che agevolino la scelta di rimanere al proprio domicilio, ricevendo le cure più idonee, evitando l'inappropriato ricorso al pronto soccorso.

La rete è ciò che caratterizza la Casa della Comunità: luogo in cui si discute e si risolvono i casi ed in cui il cittadino trova risposta sociosanitaria ma anche socio-assistenziale, attraverso l'interazione professionale degli interlocutori del Comune in cui risiede e l'Ufficio di Piano a cui afferisce, e alla moltitudine degli attori che si alleano per affrontare le difficoltà che si presentano, famiglia compresa.

Negli Ospedali di Comunità si garantiranno invece le "degenze assistenziali" a conduzione infermieristica ad accesso diretto e in forte collaborazione con i MMG.

Tali servizi vogliono rappresentare luogo di ripresa e di stabilizzazione per il cittadino affetto da fragilità sociosanitarie e necessità assistenziali. Ma anche luogo di recupero educativo in ambito sanitario e focus di analisi dell'empowerment di vita.

LE CASA DI COMUNITA' DI ASST CREMA

Per la ASST Crema è prevista la realizzazione di tre case di Comunità, intese come sedi in cui vengono svolte le principali funzioni del Distretto:

- Una ubicata a Crema, nell'edificio sito in Via Gramsci al civico n.13 e che sarà chiamata ad erogare, oltre a servizi di assistenza primaria, anche attività specialistiche e di diagnostica di base;
- Una ubicata nel Comune di Rivolta D'Adda, attigua al Presidio Ospedaliero Santa e pensata per aumentare la capillarità del servizio sul territorio;
- Una sarà ubicata a Castelleone. Con DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024" Regione Lombardia, nell'allegato 10 "Investimenti, acquisti e internal auditing" ha definito gli ambiti programmatori prioritari tra cui il finanziamento regionale delle ulteriori strutture territoriali (CDC, ODC, COT) previste nella programmazione regionale tra cui figura la Casa di Comunità di Castelleone. A tal fine questa ASST, verificato che nel Comune di Castelleone non sono presenti edifici del Sistema Sociosanitario Regionale idonei a svolgere la funzione di Casa di Comunità Spoke, conformemente alle previsioni di cui alla DGR n. XI/5373/2021, con deliberazione n. 590 del 15/07/2024 ha indetto specifico avviso esplorativo al reperimento

di eventuali immobili, nella disponibilità di enti pubblici, da destinare a Casa di Comunità Spoke presso il Comune di Castelleone. Con deliberazione n. 8654 dell'8/10/2024 sono state pubblicate le determinazioni conseguenti all'avviso di cui alla deliberazione n. 590 del 15/07/2024.

Per tutte le realtà sono previsti importanti lavori di ristrutturazione, finanziati dal PNRR Missione 6 per le CdC di Crema e di Rivolta d'Adda, ancora in atto.

Ad oggi è attiva solo la CdC di Crema presso la quale sono stati attivati il Punto Unico di Accesso (PUA) e la Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il PUA, all'interno della CdC, rappresenta per il cittadino un luogo privilegiato di accoglienza, informazione ed orientamento verso i servizi sociosanitari, sociali e/o sanitari in grado di fornire risposte immediate ai bisogni semplici ovvero di attivare Equipe di Valutazione Multidimensionale con i servizi deputati in caso di bisogni di natura complessa o riferibili a specifiche tipologie.

Presso il PUA è favorito il dialogo e la connessione con le realtà ETS e del volontariato sia per la fase di raccolta del bisogno che per la costruzione delle risposte adeguate al cittadino.

Il PUA opera secondo un approccio integrato e multidisciplinare, con i seguenti obiettivi e caratteristiche:

- favorire i percorsi, attivando i servizi esistenti in relazione ai bisogni rilevati, al fine di eliminare e semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono effettuare per l'accesso ai servizi e per la loro fruizione;
- essere uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria e come tale fungere da raccordo tra le diverse componenti sanitarie e sociali.

L'organizzazione del PUA è articolata seguendo una logica sequenziale:

1. accoglienza e rilevazione del bisogno;
2. attivazione valutazione di primo livello;
3. attivazione della valutazione multidimensionale di secondo livello, per tutti i casi che ne necessitino e/o con punteggio al triage maggiore di 7, mediante la composizione di EVM composte dai professionisti specifici per il bisogno rilevato;
4. attivazione dei percorsi/invio ai servizi.

I finanziamenti del PNRR e l'accordo con l'Ambito territoriale dei Comuni consentiranno d'implementare l'integrazione sociosanitaria per tutta l'attività di valutazione del bisogno. Nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR 2089/24, che prevede per il 2025 la realizzazione del 50% delle valutazioni con partecipazione dell'Assistente Sociale dei Comuni con incremento fino ad arrivare al

100% per il 2027, dal mese di dicembre 2024 è presente al PUA e si integra con l'IFeC nell'attività di accoglienza e valutazione, un'Assistente Sociale dipendente da Comunità Sociale Cremasca.

Nel mese di novembre 2024 presso i locali del PUA si è dato avvio al Progetto Orientabile in condivisione con l'Azienda sociale e l'ambito. Saranno presenti operatori Assistenti Sociali della Comunità Sociale e degli ETS per offrire accoglienza ed orientamento alle persone con disabilità, loro care giver e famiglie, ma anche ai servizi territoriali pubblici e privati.

Nell'ottica dell'integrazione sociosanitaria il PUA e il Progetto Orientabile costituiranno un luogo che favorisca la realizzazione di interventi e percorsi per la vita indipendente delle persone con disabilità e loro famiglie evitando sovrapposizioni e ridondanze.

LA COT DI ASST CREMA

Con Delibera n. 464 del 31/05/2024 è entrata in funzione la Centrale Operativa Territoriale (COT), che rappresenta un modello organizzativo innovativo distrettuale che svolge funzioni sia di coordinamento della presa in carico della persona che di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Nello specifico governa i seguenti percorsi:

- Transitional care delle persone fragili e dei non autosufficienti nell'ambito:
 - della rete ospedaliera per acuti (COT quale presidio delle dimissioni protette)
 - della rete delle cure intermedie (riabilitazione residenziale)
 - delle unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari (ADI/C-DOM) e UCP-DOM)
- Coordinamento della presa in carico della persona nella transizione tra i diversi servizi di cura ed assistenza:
 - ammissione/dimissione nelle/dalle strutture ospedaliere
 - ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale
 - ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o domiciliare
- Coordinamento dei professionisti sanitari coinvolti
- Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale
- Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro
- Supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale, riguardo le attività e i servizi distrettuali

- Monitoraggio dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina.

2.1.1b VALORIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE

L'assistenza primaria viene erogata dai MMG, dai PLS e dai medici di continuità assistenziale. L'assistenza sanitaria primaria si organizza nelle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) di MMG e di PLS.

Le AFT, già istituite su tutto il territorio regionale, costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i medici del ruolo unico di assistenza primaria operano e garantiscono tra gli MMG e PLS con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali.

In applicazione della DGR XII/2755 del 15/07/2024 e della DGR 3720 del 30/10/2024 i MMG/PLS aderenti a cooperativa proseguiranno nella presa in carico del paziente secondo la procedura già in essere, definita nella DGR 2755/2024.

I MMG non aderenti a cooperativa dovranno prendere in carico i propri pazienti cronici redigendo il PAI in SGDT (Sistema di Gestione Digitale del Territorio), utilizzando le funzionalità rese disponibili in sperimentazione a sei MMG operanti nel Distretto Cremasco. Il PAI verrà inviato direttamente al Centro Servizi della ASST attraverso SGDT ed il Centro Servizi provvederà alla pianificazione e prenotazione delle prestazioni, successivamente prende contatto con i pazienti effettuando anche azioni di monitoraggio (verifica disponibilità del paziente, reminder e aderenza dei pazienti al PAI). Il Centro Servizi provvederà inoltre, ove richiesto dal MMG/PLS, alla trasmissione delle indicazioni agli IFeC e agli AS della CdC per la presa in carico territoriale e l'integrazione del percorso con servizi aggiuntivi di tipo sociosanitario (ADI, PSD) e/o sociale. Per i pazienti afferenti ai MMG non profilati per la sperimentazione si prevede, se non possibile a breve l'estensione della profilazione a tutti i MMG non aderenti a cooperativa del Distretto Cremasco, la presa in carico degli stessi da parte dell'ASST come richiesto dalla normativa fino a quando i MMG potranno garantire la continuità del percorso PIC, anche attraverso modalità che verranno successivamente declinate e concordate tra ASST e MMG/PLS.

2.1.1c OSPEDALI DI COMUNITA'

Al fine di favorire la progressiva riduzione del ricorso inappropriato alle cure ospedaliere e di fornire ulteriori risposte ai bisogni sanitari e/o sociosanitari dei cittadini non inquadrabili nell'ospedalizzazione per acuti e nelle cure domiciliari, in accordo con quanto previsto con la normativa vigente (DGR n. XI 2019 del 31.07.2019,72) gli Ospedali di Comunità, sono settori di degenza che assistono i pazienti a bassa complessità clinico-assistenziale e che si pongono come cuscinetto tra la rete ospedaliera e la rete dei servizi domiciliari e di assistenza residenziale sociosanitaria. Sono utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi di post ricovero ospedaliero che per tutti quei casi in cui esiste la necessità di una particolare assistenza non gestibile

al domicilio del paziente ma il più vicino possibile allo stesso.

Nel corso del 2023 è stato inaugurato a Soncino l’Ospedale di comunità di ASST Crema presso la Fondazione Soncino Onlus che vede ASST Crema come ente titolare del servizio, così come del reparto di cure sub acute e del poliambulatorio ospedaliero, già da molti anni attivi presso i locali della stessa fondazione.

L’obiettivo del Centro Cure Subacute è quello di assicurare, grazie ad una permanenza massimo di 21 giorni, una maggior stabilizzazione e recupero delle condizioni psico fisiche dei degenti. La presenza della fisioterapista (attivata dal medico di reparto) assicurerà un supporto fisioterapico ai pazienti e la mobilitazione degli stessi verrà inoltre eseguita dagli infermieri e dagli O.S.S durante l’arco della giornata. L'assistente Sociale consente di garantire uno spazio di ascolto per i singoli e le famiglie per una dimissione protetta del paziente oltre che di intrattenere contatti con i vari Servizi Sociali Comunali.

In data 30.12.2024 è stata presentata alla Giunta Regionale Direzione Generale Welfare, alla ATS Val Padana e p.c. al Comune di Soncino, istanza di riclassificazione e dichiarazione di avvenuto adeguamento ai requisiti ex DGR n. X/2569/2024 e DGR n. XII/1435/2023 (n. protocollo 0036756/2024) per l'Unità di Offerta Sociosanitaria OSPEDALE di COMUNITA' denominato OSPEDALE di COMUNITA' di SONCINO - CUDES in ASAN: 092743 sito in via De Marcheschi 3/5 a Soncino CAP 26029 (CR).

Nel corso del 2025 verranno ultimati i lavori di ristrutturazione dell’edificio che ospiterà il secondo Ospedale di comunità del distretto Cremasco presso il Presidio Ospedale Santa Marta di Rivolta d’Adda.

2.1.1d SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Si intensificherà l’azione di integrazione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, con il fine di favorire un avvicinamento dei soggetti a rischio – specie in fascia d’età giovanile e per le situazioni che sfuggono ai canali di accesso tradizionale – attraverso un approccio favorente e non stigmatizzante. In particolare, si intensificheranno le collaborazioni con il Pronto soccorso, le strutture scolastiche, gli Enti Locali, le associazioni. Sul piano dell’offerta, si manterrà e svilupperà l’attuale offerta riabilitativa e di reinserimento, rendendola sempre più articolata e adattabile alle diverse esigenze delle patologie e degli individui.

La preesistente offerta sanitaria del DSMDD è stata potenziata grazie alla messa in opera di quattro progettualità specifiche e innovative per la salute mentale:

- istituzione di un Ambulatorio per l’ADHD dell’adulto, con possibilità di prescrizione di atomoxetina e metilfenidato;
- istituzione di un Ambulatorio per la Depressione Resistente con somministrazione ospedaliera del farmaco ospedaliero esketamina;

- istituzione di un'equipe specialistica per la cura dei disturbi della nutrizione e alimentazione (DNA);
- attività di riabilitazione cognitiva della schizofrenia in CRA/CD.

Negli ultimi anni si è assistito a un importante aumento delle richieste di interventi psichiatrici urgenti, di ricoveri in SPDC e di interventi ambulatoriali di salute mentale, con l'aumento di circa il 15% degli utenti in carico al CPS nell'anno 2024 rispetto al 2022. Nonostante l'aumento della domanda, i servizi del CPS e delle U.O. SerD e NPIA hanno problemi strutturali legati alle sedi dove sono ubicati. Tali sedi presentano criticità tecniche e di spazi, attualmente insufficienti a ospitare i professionisti che vi operano, con la conseguenza di contribuire ad allungare i tempi di attesa degli utenti.

Oltre ai ricoveri in acuzie e alle prestazioni ambulatoriali, si è manifestata la necessità di migliorare l'offerta di cura di due tipologie di utenti che necessitano di percorsi riabilitativi residenziali, attualmente assenti o insufficienti: 1. giovani adulti con disturbi psichiatrici in comorbilità con disturbi da uso di alcool o altre sostanze psicoattive; 2. adulti con disturbi psicotici o disturbi della personalità con assenza di rete familiare e sociale, non in grado di mantenere una vita autonoma e indipendente.

Date le esigenze qui brevemente rappresentate è stata progettata un'opera di riqualificazione della U.O. Psichiatria sulle seguenti direttrici:

- a. Ampliamento del numero dei posti letto accreditati in SPDC da 8 a 9;
- b. Potenziamento della ricettività di CPS, U.O. SerD e U.O. NPIA attraverso la realizzazione della Palazzina di Riabilitazione Psicica Integrata -che ospiterà CPS, CRA e CD- e attraverso la ristrutturazione della storica sede di via Teresine/via Medaglie d'Oro a Crema -che ospiterà U.O. SerD e U.O NPIA;
- c. Ampliamento del numero dei posti letto accreditati in CRA da 8 a 9;
- d. Affidamento a terzi di Progetti Domiciliari Integrati rivolti a giovani adulti con disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze, da collocare negli appartamenti di Rivolta d'Adda previa loro ristrutturazione, e contestuale affidamento del servizio di urgenza psichiatrica al fine di garantire la continuità di cura dei soggetti ivi inseriti che dovessero presentare episodi di acuzie.

Il progetto di riqualificazione, approvato da DG Welfare di Regione Lombardia ai sensi del comma 5 ter dell'art. 10 del DL 34/2023, sarà operativo dal 01/01/2025 al 31/12/2026, con possibilità di proroga di 12 mesi.

2.1.1e DISABILITA'

L'area delle disabilità, e in particolare l'autismo, saranno oggetto di una approfondita analisi

organizzativa, allo scopo di intensificare il presidio degli snodi di transizione tra le fasi evolutive esistenziali, e di sperimentare modalità assistenziali e di “presa in carico” di tipo integrato e omnicomprensivo (budget di salute).

A tal proposito, si segnala il fatto che l’ASST, con ATS, Enti Locali e Associazionismo, hanno implementato un progetto di modello innovativo di presa in carico per soggetti autistici, a basso e ad alto funzionamento, basato sull’attivazione di interventi integrati di natura sociale e sanitaria, differenziati per età anagrafica e per livello di gravità. Il modello si ispira e tendenzialmente si innesta su quello della cronicità, un’equipe di Clinical e Case Management, oltre che un sistema informatico a supporto sviluppato con la collaborazione di Comunità Sociale Cremasca. Nel corso del 2024 sono stati avviati, inoltre, i progetti AUTINCA e DIAPASON con il focus sulla cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico di cui alla DGR n. XII/277/2023 “Progetto AUTINCA” e n. XII/278/2023 “Progetto DIAPASON”.

Inoltre, nell’ambito della disabilità, l’ASST sta implementando il progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance), dedicato all’accoglienza e “presa in carico” facilitata e protetta dedicata alle persone con disabilità intellettive, relazionali e fisiche che devono accedere all’ASST per prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche. Tale progetto, descritto nella DGR 7192/2022, mira a prendere in carico i bisogni dell’utente con le disabilità descritte utilizzando le risorse già presenti in ospedale, con l’obiettivo di una personalizzazione dell’intervento che tenga conto dei bisogni della persona con disabilità dei suoi familiari/caregivers, nonché del personale sanitario.

In particolare, il percorso è finalizzato a migliorare:

- l’accesso alle prestazioni ambulatoriali, in regime di ricovero, nelle strutture territoriali e riabilitative e in pronto soccorso;
- la disponibilità di informazioni cliniche, logistico-organizzative, utili ad assicurare una migliore qualità del servizio;
- una comunicazione efficace tra cittadini e loro caregiver e gli operatori delle strutture operative aziendali;
- verificare l’appropriatezza delle prescrizioni e dei documenti necessari;
- il rispetto e la tutela degli interessi di privacy, etici, clinico assistenziali dei pazienti.

2.1.1g TELEMEDICINA

La telemedicina è un servizio erogato “a distanza”, durante il quale il paziente e lo specialista, situati in due luoghi differenti, entrano in contatto video/audio attraverso l’ausilio di uno smartphone, un computer, un tablet o un semplice telefono. Nel corso della televisita il paziente sottopone allo

stesso quesiti clinici inerenti la sintomatologia riscontrata e/o esami diagnostici che necessitano di interpretazione medica specialistica.

La telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

La telemedicina non sostituisce la visita tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, in quanto l'esame obiettivo dello specialista (tradizionalmente composto da ispezione, palpazione, percussione e auscultazione) è momento imprescindibile della fase analitica che compone il processo diagnostico.

La televisita è tuttavia un innovativo ed efficace servizio di ausilio, frutto dell'avanzamento tecnologico dei nostri tempi, attraverso il quale il paziente riceve assistenza a distanza circa sintomi e/o condizioni che richiedono un riscontro medico immediato, una seconda opinione, un orientamento diagnostico o una prescrizione medica sulla base di un esame clinico-laboratoristico precedentemente effettuato.

Nel triennio 2024-2026 saranno implementate iniziative per l'estensione della televisita ad altri ambiti, come previsto dalla DGR n. XII/1475 del 4 dicembre 2023 e dalle più recenti delibere regionali n. XII/3671 del 16/12/2024 e n° XII /3720 del 30/12/2024 dove Regione Lombardia, al fine di sostenere le esperienze di Telemedicina già presenti sul territorio regionale e di facilitare l'applicazione e la diffusione della Telemedicina a contesti professionali e ambiti sociosanitari sempre maggiori, sta lavorando per sviluppare l'infrastruttura Regionale di Telemedicina. Un portale unico, integrato e centralizzato a livello regionale per supportare l'erogazione strutturata e la diffusione dei servizi di televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio.

La scelta di progettare e implementare una nuova soluzione applicativa persegue la strategia di Regione Lombardia di semplificare l'architettura di sistema complessiva dei sistemi informativi regionali attraverso la progressiva centralizzazione dei sistemi applicativi di ambito sociosanitario la cui attuazione è già stata avviata con la progettazione del Sistema per la Gestione Digitale del Territorio (DGR XI/5872 del 24 gennaio 2022), per la progettazione della Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera (DGR XI/6609 del 30 giugno 2022, per il nuovo Centro Unico di Prenotazione (DGR XII/514 del 26 giugno 2023) e che sarà diffusa progressivamente ad un numero di ambiti applicativi sempre maggiore nel nuovo ecosistema digitale regionale.

2.1.2 MIGLIORARE LA QUALITA' DEI SERVIZI

La politica della ASST si concentra su obiettivi volti da un lato a tutelare e garantire i pazienti e dall'altro a sviluppare comportamenti organizzativi coerenti con i principi di umanizzazione, equità, sicurezza (gestione del rischio), efficienza ed efficacia.

Per raggiungere tale scopo si mettono in campo le seguenti azioni:

- attua un sistema di gestione orientato a interventi appropriati, fortemente “evidence based”, economicamente sostenibili, equi;
- diffondere i principi culturali e metodologici per lo sviluppo di una medicina basata sull’evidenza scientifica di efficacia e appropriatezza;
- migliorare qualitativamente i servizi erogati e l’utilizzo delle risorse (efficienza) anche mediante il pieno coinvolgimento del personale;
- perseguire l’obiettivo della soddisfazione degli utenti;
- incrementare gli standard di sicurezza per gli utenti orientando l’organizzazione alla gestione del rischio clinico;
- migliorare la sicurezza, la soddisfazione e la motivazione del personale;
- sviluppare i settori di eccellenza in grado, fra l’altro, di incrementare il “potere di attrazione” dell’ASST.

2.1.2a EFFICIENTAMENTO PRONTO SOCCORSO

Le strutture di PS-OBI e Medicina d’Urgenza rappresentano il perno centrale del sistema di Emergenza-Urgenza garantendo in Regione Lombardia circa 4 milioni di visite/anno. Regione Lombardia ha attivato un percorso per ridisegnare la rete dell’emergenza-urgenza, partendo dall’attivazione di un Tavolo di Lavoro sul Pronto Soccorso composto da medici e infermieri di PS - Direzione Sanitaria e Infermieristica - e AREU (Agenzia Regionale Emergenza-Urgenza), con l’intento di coordinare le attività di PS, elaborare un nuovo modello di triage, attivare la presa in carico infermieristica, ridefinire l’attività di OBI, attivare azioni per la gestione/prevenzione del sovraffollamento e identificare soluzioni congiunte per affrontare l’impatto di fenomeni pandemici sul sistema di Emergenza-Urgenza con il conseguente drammatico sovraffollamento dei PS regionali.

Successivamente, in continuità con il lavoro svolto dal tavolo tecnico, Regione Lombardia ha attivato la rete dei pronto soccorso lombardi, nominando l’Organismo di coordinamento e definendo il “Piano di rete” dei pronto soccorso di Regione Lombardia. (decreto DG welfare n. 785/2022).

Obiettivi prioritari:

- Ottimizzare il flusso del paziente all’interno dei PS (Emergency Department Patient Flow)
- Garantire un’elevata qualità dell’attività di cura dei PS

- Favorire la collaborazione costante con il sistema dell'emergenza territoriale per governare correttamente gli accessi con 118;
- Riorientare gli accessi non urgenti;
- Indirizzare correttamente, all'interno della rete, le patologie tempo dipendenti (incluso il back transfer).

L'ASST di Crema, attraverso i suoi professionisti ha garantito e garantisce la partecipazione ai tavoli di lavoro ed il direttore DEA/PS partecipa, in qualità di componente, all'Organismo di coordinamento regionale.

L'ASST di Crema si inserisce in questa progettualità che intende sviluppare nel prossimo triennio, attraverso l'Adozione di un nuovo modello organizzativo-gestionale del Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza che si pone come obiettivo prioritario la riduzione significativa del tempo di boarding, garantendo il ricovero entro le 8 ore dall'accesso al triage.

Aree di intervento definite:

- riorganizzazione della logistica e dei percorsi di PS secondo il criterio di intensità/complessità clinico-assistenziale e dell'indice di priorità del paziente: codice 1-2 = alta intensità, codice 2-3 = media intensità e codice 4-5 = codici minori
- adozione di nuovo modello di triage regionale e dal percorso della "presa in carico anticipata" a gestione infermieristica, basata su protocolli clinico-assistenziali definiti e condivisi con l'equipe medico-infermieristica. Questa nuova gestione permetterà di:
 - ✓ ridurre i tempi di presenza in PS, attraverso la trasformazione del "tempo di attesa" alla visita medica in "tempo utile", nel quale effettuare interventi e prestazioni prima della valutazione/visita del medico;
 - ✓ identificare precocemente situazioni di rischio, quali l'evoluzione del quadro clinico;
 - ✓ migliorare l'appropriatezza gestionale della persona assistita.
- riorganizzazione integrata dell'area di PS e Medicina di urgenza secondo il "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale ... nell'ambito della rete emergenza" (DGR 787 del 2023), attraverso:
 - ✓ ridefinizione della struttura complessa e del modello operativo: PS, OBI e Medicina Emergenza-Urgenza afferenti al DEA, in particolare: attività, organico, ruoli, criteri e modalità di integrazione dei professionisti;

- ✓ implementazione di un percorso dedicato alla “presa in carico del paziente cronico e fragile” attraverso l’integrazione con i diversi soggetti istituzionali che operano a vario titolo nel SSR lombardo, attraverso: il riconoscimento precoce dei pazienti fragili e cronici da parte degli infermieri di triage e l’attivazione degli specifici percorsi di cura integrati per pazienti a bassa complessità, nello specifico: raccordo ed integrazione con le strutture della Rete Riabilitativa, della Rete Socio-sanitaria e della Rete Socio-assistenziale
- ✓ definizione di percorso extraospedaliero per la gestione delle chiamate non emergenti urgenti, verso i nodi della rete territoriale con:
 - attivazione del numero 116117, da parte del cittadino, collegato alla Centrale Medica Integrata (CMI) regionale e attraverso la COT, alle articolazioni organizzative dell’ASST e alla rete territoriale
 - attivazione del team, unità Medico-Infermieristica dedicata di risposta rapida per le cure domiciliari del paziente anziano e fragile.
- gestione situazioni pandemiche: l’ASST di Crema ha definito azioni e responsabilità per la gestione dei “fenomeni pandemici”; nello specifico ha identificato le azioni chiave: potenziamento dei posti letto ospedalieri, modalità di potenziamento delle risorse nel PS e nelle aree dove vengono attivati Posti letto aggiuntivi, attivazione di team di professionisti dedicato ad una “presa in carico” del paziente dimesso da PS, che non necessita di ricovero, al proprio domicilio.
- potenziamento dei percorsi di Fast-Tract che consistono nell’avvio precoce e in sicurezza delle consulenze mono specialistiche
- implementazione nel sistema regionale di rilevazione dei flussi di attività di PS il “Time to Treatment”.

2.1.2b Livelli essenziali di assistenza

Con l’individuazione dei livelli essenziali di assistenza, la legislazione nazionale e regionale si è proposta di definire operativamente il contenuto dell’assistenza posta a carico dello Stato da garantire uniformemente su tutto il territorio. I LEA connotano di fatto il diritto esigibile da parte del cittadino nei confronti del Sistema sanitario nazionale:

- alla Regione spetta garantire i LEA, i quali sono assicurati tramite le Aziende sanitarie;
- è dovere di ciascuna Azienda e del Servizio sanitario regionale nel suo complesso offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale;

- L'obbligo di qualità si esprime - a livello di sistema - con l'accreditamento e gli accordi di fornitura e - a livello aziendale - con il governo clinico;
- l'azione delle Aziende sanitarie deve improntarsi all'obbligo di trasparenza e di partecipazione, secondo quanto previsto dalla Carta dei servizi e dall'Atto aziendale, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni.

Contestualmente alle informazioni di natura economica-finanziaria-patrimoniale tese a esprimere la sostenibilità nel tempo dell'azione istituzionale, si intende cogliere il profilo dell'Azienda in relazione alle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio sanitario nazionale, dando conto della quantità di risorse più specificamente assorbite dall'erogazione di prestazioni e servizi per ognuno dei tre macrolivelli assistenziali:

- assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Le azioni svolte sono misurate mediante alcuni indicatori (di processo e di risultato), desunti dal Piano Nazionale esiti e dal nuovo sistema di garanzia (NSG) messi in atto dal Ministero della Salute. L'azienda si adeguerà a tali indicatori sulla base delle direttive nazionali e regionali. Essi costituiscono un primo livello di informazioni che potrà arricchirsi nel tempo con altri indicatori in grado di descrivere gli effetti delle politiche aziendali per la qualità, in relazione al diffondersi di pratiche condivise di audit clinico e di monitoraggio.

Gli indicatori selezionati costituiscono il contenuto stabilizzato (in grado di descrivere un tratto del profilo aziendale seguendo la sua evoluzione negli anni) rispetto a un tema (quello dell'obbligo di qualità) che per rilevanza deve caratterizzare più complessivamente il governo aziendale.

2.1.2c RISPETTO DEI TEMPI D'ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO ED AMBULATORIALI

Piano Nazionale di Governo dei Tempi di attesa (PNGLA)

Il Piano si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Elementi e ambiti prioritari del PNGLA:

- Garantire tempo massimo di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero ad almeno il 90% dei cittadini secondo le classi di priorità;
- l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il *day service*;
- attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (cosiddetti "percorsi di tutela");
- area cardiovascolare e oncologica;
- cronicità.

Prestazioni previste nel Piano Nazionale di Governo dei Tempi di attesa (PNGLA)

Ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B, D e P riferite a tutte le strutture sanitarie. La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

Tempi di attesa ambulatoriali

Le classi di priorità sono le seguenti:

- U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve) da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni (*).

(*) Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.

Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata.

Tempi di attesa ricovero

| Classe di priorità per il ricovero | Indicazioni |
|---|---|
| A | Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. |
| B | Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. |
| C | Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. |
| D | Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi. |

Piano Regionale ed Aziendale per le liste di attesa e programmi di screening - (DGR 6002 del 21.02.2022, DGR 7475 del 30.11.2022 e DGR 2224 del 22.04.2024)

La ASST di Crema pone molta attenzione al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni.

In termini organizzativi si sostanzia in una serie di misure orientate a contenere i tempi di attesa in diversi ambiti prioritari:

- tempi di attesa dei ricoveri oncologici;
- tempi di attesa dei ricoveri non oncologici;
- tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- recupero delle prestazioni non erogate.

Ambulatoriali

Al fine del mantenimento di tempi di attesa entro lo standard sono avviate le seguenti azioni:

- ripristino dei tempi di erogazione agli standard pre-covid (in precedenza aumentati a seguito della pandemia)
- assicurare il rispetto dei tempi di attesa per ogni classe nelle percentuali indicate da Regione Lombardia.

L'azione principale è orientata al recupero della numerosità di prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione del tempo di attesa.

Tempi di attesa dei ricoveri programmati e dei volumi

Il volume di attività di ricovero, in termini di valore, ha superato il volume di attività del 2023.

In coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, inoltre, sono state revisionati i criteri di attribuzione delle priorità dei ricoveri chirurgici programmati ed è stata effettuata la pulizia delle liste di attesa. Le regole regionali del 2025 consentiranno un ulteriore efficientamento dei processi di gestione delle liste d'attesa chirurgiche con la possibilità di governare l'eventuale richieste dei pazienti che desiderano procrastinare il ricovero programmato.

2.1.2d VACCINAZIONI

La ASST attua pienamente le campagne vaccinali obbligatorie e facoltative del Piano Nazionale di prevenzione garantendo ottimali tassi di copertura alla popolazione del bacino di riferimento come evidenziato nella tabella seguente.

| COPERTURE VACCINALI OBIETTIVI 2024 | COORTE NATI 2022 (Grezzo) | COORTE NATI 2017 (Grezzo) | COORTE NATI 2018 (Grezzo) | COORTE NATI 2012 (Grezzo) | COORTE NATI 2007 (Grezzo) | OVER 65 A NNI Coorte >195 9 | COORTE NATI 1998-1999 (Grezzo) | OVER 18 PATOLOGICI E 1952 a 1959 |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| ESAVALENTE 3 [^] dose (≥ 95%) | 97,54 | | | | | | | |
| MPRV 1 [^] dose (≥ 95%) | 97,25 | | | | | | | |
| MPRV 2 [^] dose (≥ 95%) | | 98,15 | 97,54 | 98,69 | 98,06 | | 84,21-88,26 | |
| PNEUMOCOCCO 3 [^] dose (≥ 95%) | 98,98 | 95,93 | 95,99 | | | | | |
| MENINGOCOCCO C (≥ 95%) | 95,39 | 97,19 | 96,99 | | | | | |
| MENINGOCOCCO B 2/3 [^] (≥ 95%) | 95,88-94,31 | 95,34 | 96,63 | | | | | |
| ROTAVIRUS 2 [^] (≥ 90%) | 90,11 | | | | | | | |
| DIFTO-TETANO-PERTOSSE-POLIO 4 [^] -5 [^] dose (≥ 95%) | | 98,07 | 97,36 | 95,11 | 97,78 | | | |
| MENINGOCOCCO ACW135Y (≥ 95%) | | | | 92,42 | 95,63 | | | |
| HPV 1 [^] dose (≥ 95%) Femmine dodicenni | | | | 91,62 | 95,00 | | | |
| HPV 1 [^] dose (≥ 95%) Maschi dodicenni | | | | 90,14 | 93,22 | | | |
| HPV 2 [^] dose (≥ 95%) Femmine venticinquenni | | | | | | | 89,71-83,80 | |
| ANTINFLUENZALE (≥ 75%) | | | | | | 51,71 | | |
| HERPES ZOSTER OFFERTA (ATTIVA) | | | | | | | | 1887 |

FONTI DEI DATI: Software Regionale delle Vaccinazioni SIAVR (denominatore utenti residenti e domiciliati in Regione Lombardia) DATO AL 31/12/2024

Nel corso del 2025 si attueranno i Piani vaccinali che Regione Lombardia declinerà alle ASST in conformità al Piano Prevenzione approvato.

2.1.2e APPROPRIATEZZA DEI SETTING ASSISTENZIALI: EFFICIENZA ORGANIZZATIVA E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

In questa area rientra una cospicua serie di interventi specifici, ma coordinati ed orientati all'obiettivo della erogazione di prestazioni sanitarie appropriate.

L'organizzazione aziendale è orientata a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

Reti clinico-assistenziali, percorsi diagnostico terapeutici e indicatori di appropriatezza, efficacia, esito.

La ASST è inserita nel Sistema delle Reti clinico Assistenziali di Regione Lombardia.

I Percorsi clinici (PDTA) relativi a Infarto miocardico acuto, Ictus, Tumore mammella, tumore colon retto, Scompenso cardiaco, Bpco e Percorso nascita, attivi, sono monitorati mediante gli indicatori di processo e di esito disponibili sul Portale Regionale. Per i PDTA IMA, Ictus, Mammella e colon rappresentano il posizionamento della ASST di Crema nei confronti degli erogatori nell'ambito della ATS e nel contesto regionale. Le aree di attenzione sono puntualmente individuate. L'obiettivo aziendale è il riposizionamento, e possibilmente un miglioramento della ASST sulle posizioni ante Covid-19.

Piano Nazionale Esiti

Gli indicatori di Esito sono oggetto di particolare attenzione di costante feed back con le UUOO.

Gli indicatori del Percorso nascita sono anch'essi oggetto di particolare attenzione soprattutto per gli aspetti di risk management.

Relativamente ai parti sono in atto azioni di rafforzamento dei percorsi di presa in carico nell'area consultoriale e nella diffusione dell'offerta ambulatoriale nelle sedi periferiche.

Nel periodo corrente con la ripresa dell'attività particolare attenzione è stata posta agli indicatori relativi alla tempestività di trattamento delle fratture di femore, al ripristino dei volumi dell'area senologica. Sono anche raggiunti gli indicatori dell'area cardiologica (tempestività esecuzione PTCA primarie) e relativi allo Stroke (fibrinolisi).

Sono analizzati in particolare gli indicatori *core* del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dell'area Ospedaliera, rappresentati nella tabella successiva

| ID | INDICATORE | DESCRIZIONE | VALORE |
|------|--|--|--------|
| H04Z | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | Dimissioni con DRG inappropriato (secondo Patto della Salute 2010 – 2012 all.B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti | 15,00% |
| H05Z | Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | Per struttura di ricovero: proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni | 85,63% |
| H13C | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | Per struttura di ricovero: proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti ultrasessantacinquenni | 60,82% |

2.1.2f SCREENING ONCOLOGICI – SCREENING PER L’ELIMINAZIONE DEL VIRUS HCV

La prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè tra le prestazioni essenziali che devono essere garantite a tutti i cittadini nel nostro Paese. Anticipare la diagnosi di un tumore permette di intervenire tempestivamente con maggiori probabilità di guarigione e migliore qualità della vita delle persone.

L’ASST di Crema pone pertanto tra i suoi obiettivi prioritari la partecipazione ai programmi organizzati di screening oncologici di popolazione per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto.

A tal fine l’ASST di Crema attiva agende di prenotazione dedicate all’attività di screening.

L’ASST di Crema partecipa inoltre al programma per l’eliminazione del virus HCV di cui alla DGR 5830 del 29/12/2021 con azioni di screening rivolte ai seguenti target di popolazione:

- attività di screening nei Servizi per le Dipendenze (SerD);
- test effettuati a cittadini lombardi nati dal 1969 al 1989 nell’ambito di ricoveri ospedalieri ordinari, in occasione di prelievi per esami ematici e nel contesto dello screening per carcinoma della cervice uterina.

Particolare attenzione è posta alla attività di screening.

| SCREENING | OBIETTIVO – STATO AVANZAMENTO | VALORE OBIETTIVO | SITUAZIONE NOVEMBRE 2023 |
|------------------------|---|------------------|---|
| Screening mammografico | Estensione inviti per fascia 45-74 aa sul biennio | >95% | Dati regionali dashboard presentano una estensione al 98% con l’ultimo flusso del 30/11/2024: 33.090 inviti/ 33.898 pop al netto degli esclusi= 98% |

| | | | |
|----------------------------|--|-------|--|
| | | | <p>Per quanto riguarda il contratto è stato consumato il 92.04% (scr mammografico 1° livello-mx bilaterale), con un tasso di adesione complessivo del 55.23%</p> <p>Offerta totale: 12.165</p> <p>Erogato totale: 6719</p> |
| Screening colon retto | Estensione inviti per fascia 50-74 aa sul biennio | >=95% | <p>Dati regionali dashboard presentano una estensione al 96% con l'ultimo flusso del 30/11/2024: 55.023 inviti/ 57.589 pop al netto degli esclusi= 96%. Questo valore è ancora parziale perché non tiene conto dell'attività del mese di Dicembre 2024, pertanto ci sono ancora margini per un valore ancora superiore al valore obiettivo.</p> <p>Erogato totale: 638, che corrisponde al 85.07% del contrattualizzato. Resta sempre critica l'adesione al test di I livello, ora circa al 42%, in miglioramento rispetto a dati precedenti (circa 36%), ma ancora al di sotto degli standard richiesti (per la fascia di età 50-69>50%)</p> |
| Screening cervicce uterina | Estensione inviti test HPV per 55-64 aa anno 2024. Estensione inviti pap test coorte 25-29 e invito sistematico a vaccinazione coorte 1999 | >95% | <p>Fascia 55-64: i dati regionali dashboard presentano una estensione al 101% con l'ultimo flusso del 30/11/2024: 12.254 inviti/ 12.125 pop al netto degli esclusi= 101%.</p> <p>Fascia 25-29: i dati regionali dashboard presentano una estensione al 102% con l'ultimo flusso del 30/11/2024: 917 inviti/ 895 pop al netto degli esclusi= 102%.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>Per quanto riguarda il contratto è stato consumato il 92% (scr cervico vaginale 1°livello pap test/hpv dna test), con un tasso di adesione complessivo del 35.67%, alquanto critico.</p> <p>Offerta totale: 12.607 Erogato totale: 4140</p> <p>Criticità: adesione (circa 36%)</p> |
|--|--|--|--|

2.1.2g CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID-19

Al fine di attivare e implementare la campagna vaccinale anti Covid 19, l'ASST di Crema gestisce l'attività vaccinale in fase post pandemica presso il Centro Vaccinale Poliambulatori, in quanto è stato destituito il contratto con il Comune di Crema per l'utilizzo dello stabile dell'ex Tribunale a titolo di comodato, a sua volta adibito in fase pandemica con DGR XI/4384 a Centro Vaccinale Anti Covid 19.

L'ASST di Crema, in base all'evolversi dell'epidemia e sulla base delle indicazioni regionali, provvederà a rimodulare l'offerta vaccinale favorendo la partecipazione di volontari ed associazioni di volontariato che già nelle precedenti fasi emergenziali hanno fornito un importante contributo.

2.1.3 SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI E PIENA ACCESSIBILITA' FISICA E DIGITALE DA PARTE DEI CITTADINI

2.1.3a ACCESSIBILITA' E SEMPLIFICAZIONE DEI PERCORSI DEL CITTADINO

L'ASST considera l'accoglienza un momento strategico del percorso di cura e mira, pertanto, a migliorare la qualità percepita e la semplificazione dei percorsi assistenziali; il costante miglioramento dei sistemi di accoglienza è quindi un traguardo fondamentale per l'ASST di Crema.

Gli obiettivi specifici che l'ASST intende perseguire sono:

- riduzione al minimo del tempo di permanenza al CUP;

Al fine di garantire l'accesso in front office Cup riducendo al minimo le attese in coda, è attivo presso il Cup Crema, il Cup di Rivolta d'Adda e il Servizio Scelta e Revoca il sistema "ZEROCODA" che consente di prenotare on line l'orario di accesso al front office.

Per agevolare l'utenza che non ha disponibilità di dotazioni informatiche per accedere al servizio "ZEROCODA", è stata prevista la possibilità di prenotare telefonicamente al Cup di

Crema e Rivolta l'orario di accesso al front office.

Il servizio "zerocoda" rappresenta il sistema principale di accesso ma rimane comunque attiva anche la possibilità di accesso senza prenotazione, ferma la priorità di accesso per quanti hanno prenotato.

Gli slot a disposizione per il servizio "zerocoda" sono costantemente monitorati e rimodulati in funzione delle richieste dell'utenza e delle dotazioni organiche disponibili.

L'ASST si pone l'obiettivo di aumentare, il numero di accessi tramite servizio "zerocoda" ponendo in essere ulteriori campagne comunicative specifiche e monitorando i volumi.

- migliorare ed uniformare le modalità d'accoglienza negli ambulatori delle sedi territoriali dell'ASST di Crema;

Per snellire l'accoglienza negli ambulatori garantendo altresì il rispetto della privacy, è attivo nel presidio di Crema un sistema eliminacode integrato con il sistema di prenotazione: l'utente prenotato che accede alla struttura per usufruire della prestazione sanitaria, non deve recarsi preliminarmente ad alcuno sportello per l'accettazione amministrativa ma procede in autonomia alla self-accettazione tramite appositi totem dislocati nelle strutture del presidio.

All'atto della self accettazione, l'utente riceve un ticket sul quale è indicata la sala d'attesa ed il numero di chiamata; contestualmente viene notificato sul computer in ambulatorio che l'utente è arrivato ed attende in sala d'attesa. Il medico erogatore può a questo punto effettuare la chiamata visualizzata in sala d'attesa tramite monitor.

- sviluppo delle attività che l'utenza potrà svolgere autonomamente (prenotazione, pagamento dei ticket, ritiro referti), senza dover accedere agli sportelli per tali funzionalità;

Attualmente l'utente può svolgere autonomamente le seguenti attività:

- prenotazione on line, tramite app, tramite Contact Center Regionale o in farmacia (elenco farmacie abilitate presente sul sito aziendale)
- pagamento ticket on line, tramite totem, tramite sistema PagoPa anche da FSE, tramite riscuotitori automatici
- ritiro referti tramite Fascicolo Sanitario Elettronico e per i soli referti di laboratorio tramite farmacie (elenco farmacie abilitate presente sul sito aziendale)

- riduzione degli accessi fisici alla struttura;

Attraverso la digitalizzazione dell'intero percorso di accesso alle prestazioni ambulatoriali, l'ASST si pone l'obiettivo di ridurre l'accesso alla struttura sanitaria al solo momento di erogazione della prestazione.

Tale percorso prevede:

- Prenotazione on line, tramite app, tramite CCR, in farmacia
 - Pagamento tramite FSE, totem, sistema PagoPA, riscuotitori automatici
 - Self accettazione tramite totem
 - Ritiro referto tramite FSE, totem, in farmacia.
- NUOVO CUP REGIONALE;

Con la DGR XII/514 del 26/6/2023 è stato approvato il documento di progetto dell'implementazione del "CUP UNICO REGIONALE" per la gestione e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria degli Enti Sanitari di Regione Lombardia.

Questo strumento applicativo, unitamente ad altri, si propone una gestione centralizzata della programmazione, dell'offerta ambulatoriale e dei processi di accoglienza. In particolare:

- la standardizzazione e omogenizzazione delle modalità di offerta delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio regionale
- semplificazione dell'accesso alle cure da parte dei cittadini potenziando i canali di prenotazione della rete regionale (ed. on-line)
- standardizzazione dei processi aziendali con focus su quelli di accoglienza dei cittadini
- gestione univoca di tutto il processo "ambulatoriale" dalla prescrizione alla rendicontazione, garantendo la produzione diretta di tutti i debiti informativi (flussi) previsti dalla normativa

Il nuovo sistema prevede la presenza di 5 moduli: Configurazione dell'offerta – Prenotazione – Pagamento – Accettazione – Erogazione.

2.1.3b PAGAMENTI ELETTRONICI

Il Sistema dei Pagamenti elettronici "Pago PA" nasce per dare la possibilità a cittadini e imprese di effettuare qualsiasi pagamento in modalità elettronica verso le pubbliche amministrazioni e i gestori di servizi di pubblica utilità, con la stessa *user-experience* praticata attraverso i siti di e-commerce.

Il Sistema permette a cittadini e imprese di eseguire i pagamenti in modalità elettronica scegliendo liberamente:

- il prestatore di servizi di pagamento (es. banca, istituto di pagamento/di moneta elettronica);

- tra più strumenti di pagamento (es. addebito in conto corrente, carta di credito, bollettino postale elettronico);
- il canale tecnologico di pagamento preferito per effettuare l'operazione (es.: on-line banking, ATM, mobile, etc).

Il Sistema consente inoltre di procedere ai pagamenti senza necessità di accesso alla struttura.

L'utilizzo del Sistema sarà incentivato anche nel prossimo triennio onde ridurre i pagamenti in front office.

2.1.3c SANITA' DIGITALE

Nel triennio 2025-2027 saranno implementate le progettualità previste dalle diverse linee di investimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal rispetto delle scadenze definite a livello nazionale:

- Sistema di Gestione Digitale del Territorio e Telemedicina: per il supporto all'erogazione dei servizi sociosanitari e la gestione delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali;
- Cartella Clinica Elettronica: sistema unico e centralizzato a livello regionale; consentirà la visualizzazione, la condivisione e l'aggiornamento in tempo praticamente reale delle informazioni relative al paziente. La cartella verrà archiviata digitalmente, senza perciò lasciarla all'usura del tempo, nel pieno rispetto della normativa relativa alla privacy delle informazioni contenute nella cartella stessa;
- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): interventi tecnici di potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Integrazione dei sistemi di monitoraggio parametri vitali della Rianimazione, del Pronto Soccorso e delle Terapie Semintensive (UCC Cardiologia, UTIR Pneumologia, Stroke Unit Neurologia) con la Cartella Clinica elettronica per registrazione dei dati clinici;
- Integrazione del sistema di refertazione centralizzata degli elettrocardiogrammi con l'Anagrafica centralizzata e con la cartella clinica elettronica;
- Estensione della centralizzazione dell'archivio digitale ad altre fonti di immagini medicali (ecografie ecocardiografie, endoscopie);
- Rinnovo delle postazioni di refertazione radiologica in Radiologia;
- Introduzione di software di intelligenza artificiale a supporto del medico nella refertazione di immagini radiografiche del torace e degli arti per la detezione delle fratture, delle

mammografie e della risonanza magnetica della prostata: tali software agevoleranno il lavoro di refertazione soprattutto nei programmi di screening;

- Rinnovo delle postazioni di visualizzazione delle immagini radiologiche in sala operatoria, rianimazione ed ambulatori di endoscopia;
- Introduzione di un sistema di tracciabilità dei campioni di tessuto in lavorazione in Anatomia Patologica, delle cassette istologiche e dei vetrini con relativo archivio informatizzato;
- Trasformazione digitale del vetrino istologico su cui è presente la sezione di tessuto da analizzare e contestuale alimentazione di un archivio digitale regionale per consentire la telerefertazione regionale;
- Introduzione di un sistema di cybersecurity per tutte le apparecchiature medicali collegate in rete aziendale che segnali eventuali vulnerabilità software, disponibilità di release atte a risolverle e che segnali attacchi hacker informatici con istruzioni operative su come affrontarli.

2.2. PERFORMANCE

Il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a D.Lgs. 150/2009) è il documento programmatico triennale che, nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, individua e rende noti gli obiettivi strategici ed operativi che l'azienda intende perseguire, definisce i risultati attesi, le risorse e gli indicatori sui quali si baserà poi la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione.

Lo scopo principale del Piano è quello di rendere partecipe la collettività delle scelte strategiche e dei principali obiettivi che l'ASST si è prefissata di raggiungere nel triennio, nell'ottica di continuo miglioramento, garantendo massima trasparenza nei confronti degli stakeholders, attraverso uno strumento che fornisca informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività.

La predisposizione del Piano della Performance dà avvio al ciclo di gestione della performance che risulta rafforzato dall'integrazione e dalla connessione con gli altri strumenti di programmazione economico-finanziaria e di programmazione strategica. Il ciclo della performance si configura in diverse fasi seguendo la logica PDCA (Plan-Do-Check-Act):

- nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi,
- nel collegamento tra gli obiettivi e le risorse,
- nel monitoraggio costante e nell'attivazione di eventuali interventi correttivi,

- nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo dei sistemi premianti.
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.



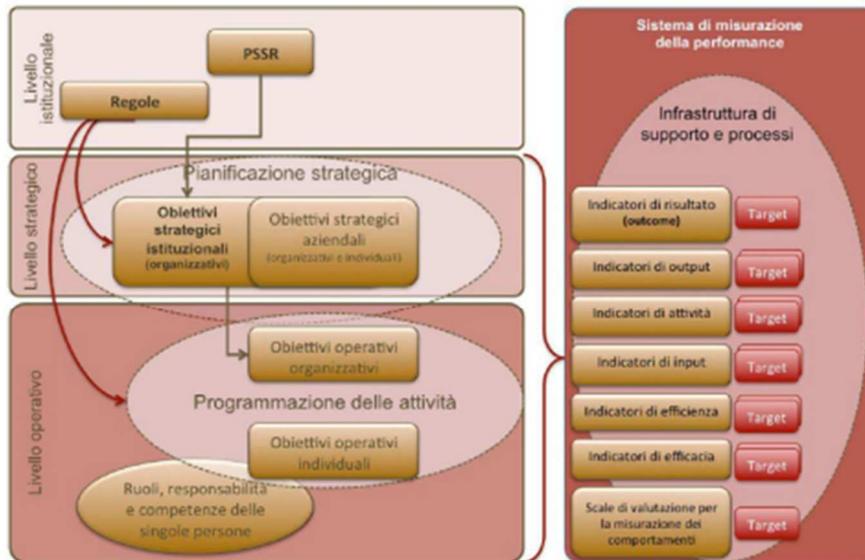
Il Piano della Performance recepisce gli indirizzi della programmazione regionale in materia di salute e di funzionamento del sistema sanitario, che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione strategica intende mettere in campo nel medio e lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo. Pertanto, a partire dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato istituzionale l'ASST individua, in un'ottica di continuo miglioramento, gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio, in collegamento ed integrazione con gli strumenti relativi alla trasparenza, all'integrità ed al contrasto del fenomeno della corruzione.

Tali obiettivi strategici sono poi declinati in obiettivi operativi assegnati a ciascuna struttura sanitaria e amministrativa dell'azienda, attraverso il processo di budget (livello operativo).

Per ciascun obiettivo vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. L'arco temporale degli obiettivi operativi è l'anno. Gli obiettivi devono:

- essere rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- tali da creare valore pubblico, ovvero migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder;

- essere misurabili in modo chiaro, quindi quantificati in termini di attività e risorse;
- tenere conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili.



[Fonte: Linee guida OIV Regione Lombardia]

Dimensione della performance

Il Piano della Performance individua le seguenti dimensioni di analisi:

- **Efficacia Esterna:** riguarda il rapporto che intercorre tra L’Azienda e l’ambiente esterno e la sua capacità nel soddisfare i bisogni provenienti dalla collettività. Per l’ASST si tratta di individuare obiettivi legati all’orientamento dell’Azienda verso il paziente, il cittadino e agli altri portatori di interesse, contrastare la corruzione, attuare i principi di trasparenza e integrità, accessibilità ed accoglienza.
- **Economicità:** perseguimento dell’equilibrio economico e finanziario, gestione degli investimenti e dell’indebitamento, quali elementi che garantiscono il funzionamento attuale e futuro della ASST ed il buon utilizzo delle risorse pubbliche assegnate.
- **Efficacia interna ed organizzativa:** sviluppo della qualità e della gestione del rischio, formazione, crescita e sviluppo del personale, miglioramento dei processi interni, intesi come elementi chiave per il miglioramento del sistema di offerta verso il cittadino.
- **Digitalizzazione e semplificazione.**

***Stakeholders:** Associazioni di volontariato /Onlus; Associazioni portatrici di interessi diffusi; Federazioni, ordini, collegi e associazioni delle professioni sanitarie; Fornitori di beni e servizi; Imprese operanti nel settore sanitario e dell'alimentazione umana; Lega italiana per la lotta ai tumori; Operatori del settore alimentare; Ricercatori; Università degli studi; Aziende/società farmaceutiche; Organizzazioni sindacali; Istituto superiore di sanità; Ministero della salute; Regione; ASST e ATS; Cittadino; famiglia; paziente.

Di seguito vengono riportati gli obiettivi triennali di mandato della direzione strategica:

| AREA | OBIETTIVO |
|--|--|
| "PNRR" | Attuazione integrale delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza con le tempistiche previste dall'Assessorato Welfare. |
| "Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo" | Attuazione delle indicazioni regionali per la realizzazione delle attività e dei progetti del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo. |
| "CUP unico regionale" | Messa a regime del CUP unico regionale secondo le tempistiche individuate dall'Assessore al Welfare. |
| "Tempi di attesa" | Piena e integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni. |
| "Emergenza Urgenza" | Attuazione delle indicazioni regionali in ordine all'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e al riordino delle reti clinico organizzative. |
| "Olimpiadi 2026" | Collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali del 2026. |

In funzione delle linee programmatiche sopra espresse e di quanto previsto ogni anno nell'atto di programmazione regionale (regole di sistema), di seguito vengono riportati i principali obiettivi per l'anno 2025.

TABELLA OBIETTIVI

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|-----------------------|-----------------------|---|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---------------------|--|---|
| "Contenimento tempi/liste d'attesa" | Azioni di miglioramento e di monitoraggio della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni sanitarie => Ricoveri chirurgici programmati | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Baseline (da PRSS)</th> <th>Target 2025</th> <th>Target 2027 (da PRSS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A</td> <td>83%</td> <td>88%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità</td> <td>79%</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table> | | Baseline (da PRSS) | Target 2025 | Target 2027 (da PRSS) | % di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A | 83% | 88% | 90% | % di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità | 79% | 85% | 90% | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | | | Baseline (da PRSS) | Target 2025 | Target 2027 (da PRSS) | | | | | | | | | | | | |
| | % di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A | 83% | 88% | 90% | | | | | | | | | | | | | |
| | % di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità | 79% | 85% | 90% | | | | | | | | | | | | | |
| Prosecuzione del monitoraggio regionale dell'attività di riduzione delle liste di attesa, su cui incidono sia le prestazioni erogate, sia fattori quali la scelta di altri erogatori da parte dei pazienti, il mutamento delle loro condizioni cliniche o il loro decesso. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda | | | | | | | | | | | | | | |
| Azioni di miglioramento e di monitoraggio della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche | Si prevede l'adozione di un Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, che prevedrà laddove è stato garantito un incremento produttivo nel 2024 rispetto al 2023, il mantenimento di tali livelli, diversamente l'adozione di misure per garantire un incremento di livello di produzione. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda | | | | | | | | | | | | | |
| | In continuità con quanto disposto con la DGR n. XII/2224 del 22 Aprile 2024, si prosegue con l'ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e di diagnostica, estendendo la fascia oraria pomeridiana dalle ore 16:00 a almeno fino alle ore 20:00 e il sabato mattina, in base alle aree e prestazioni più critiche rispetto ai tempi di attesa. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda | | | | | | | | | | | | | |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|--------------------------|--|---|
| "Contenimento tempi/liste d'attesa" | Digitalizzazione liste d'attesa | <p>Per monitorare i tempi di attesa, emerge la necessità di migliorare qualità e completezza dei dati sulle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati. Pertanto si renderanno operative delle Procedure mirate alla gestione del processo di ricovero per le liste d'attesa dei ricoveri programmati che prevedano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestione del nuovo criterio di inserimento in lista di presa in carico; • Le modalità di gestione e monitoraggio delle liste d'attesa, tra cui: <ul style="list-style-type: none"> - La pulizia cadenzata delle liste da eseguire anche con il supporto operativo delle ATS; - Garanzia di integrazione con il NAR e corretto funzionamento, secondo le specifiche tecniche in essere; • Il processo di riduzione delle liste d'attesa, con la descrizione delle modalità di eliminazione dei pazienti in lista e con specifico dettaglio nel caso di: Sospensione e Ir-reperibilità. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Percorsi di cura interni | Si garantiranno i percorsi di cura interni, intesi come prenotazione ed erogazione di prestazioni necessarie al paziente e prescritte da uno specialista interno all'Ente, a seguito di un primo accesso. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Percorso di Tutela | <p>Qualora sul territorio dell'ATS di riferimento non fossero presenti le disponibilità richieste l'ASST provvederà a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserire il cittadino in lista di attesa predisposta da ciascun Ente come disposto dalla D.G.R. n. XI/5747/2021 con l'utilizzo dei sistemi regionali già in essere; • Programmare l'appuntamento entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata nella prescrizione; • Informare il cittadino autonomamente o con il supporto del CCR. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|--|--|--|---|--|---|
| Contenimento tempi/liste d'attesa | Fenomeno del no-show | Continueranno le attività di reminder degli appuntamenti da parte del CCR sulle prenotazioni fuori soglia con l'obiettivo di liberare slot e di ridurre il fenomeno del no-show. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | DEM | Prosecuzione delle attività di gestione delle DEM, al fine di migliorare i valori percentuali di adozione della ricetta dematerializzata che, per gli specialisti ospedalieri, dovrà raggiungere il 90% delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Appropriatezza prescrittiva | Garantire l'appropriatezza delle prestazioni, attenendosi alle indicazioni dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni di primo accesso, prioritizzando quelle più urgenti in base al bisogno clinico. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Garanzia dei LEA" | Mantenimento nell'erogazione dei LEA | Monitorare il livello di erogazione delle prestazioni attraverso l'utilizzo di un set di indicatori individuati all'interno NSG . | DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIOSANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Efficientamento del flusso del Pronto Soccorso" | Ridurre il tempo che intercorre tra l'accesso al pronto soccorso e il ricovero nell'area medica di degenza | <ul style="list-style-type: none"> Controllo del flusso dei pazienti in Pronto Soccorso Ricettività dei reparti di area medica (degenza) Misurazione accurata del fenomeno del boarding (utilizzo obbligatorio del flag); TARGET: tempo che intercorre tra l'accesso al pronto soccorso e il ricovero nell'area di degenza < 8 ore. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|--|--|--|--|--|---|
| "Efficientamento del flusso del Pronto Soccorso" | Ridurre il tempo che intercorre tra l'accesso al pronto soccorso e il ricovero nell'area medica di degenza | PS: algoritmo di abbattimento. In caso di mancata occupazione del numero di posti letto minimi previsti dalla tabella prevista dalla D.G.R. n. 6893 e in applicazione della D.G.R. n. 787 in ordine all'attivazione di molteplici azioni di miglioramento della funzione dei Pronto Soccorso è stata prevista una modalità di abbattimento del valore della Funzione Non Tariffabile (FNT) 1 fino ad un massimo del 10%. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Panflu" | Attività di prevenzione Garantire i LEA della Prevenzione | <ul style="list-style-type: none"> • Ogni ASST deve avere almeno 1 mese di scorte per i principali dpi e dm; • Attivazione supporto esercitazioni piano pandemico; • Diffusione del gestionale SASHA a tutti gli enti e gli attori del SSR, compresi i medici di famiglia, e utilizzo per gestione scorte; • Conferma della attività di sorveglianza respiratoria in pronto soccorso (DGR63/2023) e sviluppo automatismi di predittività per i vari virus; • Conferma della attivazione del supporto per aumento di posti letto acuti/subacuti per l'epidemia influenzale 25/26; • Conferma della attivazione supporto hotspot infettivologici per l'epidemia influenzale 25/26; Attivazione del supporto della capacità diagnostica per la medicina di famiglia per l'epidemia influenzale 25/26. | DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Prevenzione" | Formazione | <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere. • Attivazione del modulo "gestione audit" del sistema informativo Herm Lomb per la gestione e conduzione di percorsi di audit sugli Enti del SSR negli ambiti delle prestazioni di prevenzione. | DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|---------------|----------------------------------|---|---|--|---|
| "Prevenzione" | Organizzazione della prevenzione | Analisi e adeguamento del numero di operatori della Prevenzione (ATS/ASST IRCCS) in coerenza con indicazioni nazionali; Sviluppo del ruolo dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione: definizione dei processi, dei ruoli e degli attori coinvolti, dei risultati attesi in sinergia con i DIPS. | DIREZIONE SOCIOSANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Sorveglianza malattie infettive | SMI: Integrazione SMI con Microbio e sistemi ADT (ad es. EVVAI) ed utilizzo di SMI da parte di laboratori di riferimento; MICROBIO: Messa a regime del flusso Microbio 2.0 DGR 2926/2024; FARMACI ANTIBIOTICI: Sviluppo del flusso antibiotici nelle ASST/IRCCS come da DGR 2926/2024: creazione e implementazione di un flusso di consumo di farmaci antimicrobici per singolo evento di ricovero, con l'obiettivo di implementare ulteriori analisi relative alla diffusione dell'antimicrobico-resistenza e azioni di antimicrobial stewardship mirate (attivazione entro 2025); HIV: Attivazione di un percorso sperimentale di presa in carico territoriale delle persone che vivono con HIV. | DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIOSANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | PIC | PIC con inserimento nei PAI di prestazioni sociali unitamente a quelle sanitarie + implementazione delle prestazioni attinenti al primo livello di cura da parte del sistema delle Cure Primarie. | DIREZIONE SOCIOSANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|---------------|--|--|--|--|---|
| "Prevenzione" | Vaccinazioni | <ul style="list-style-type: none"> •Garantire le coperture vaccinali come da PRPV vigente; •A partire dal 01/01/2025 essere in linea con le offerte previste nel PRPV 2024-2025 (Men B adolescenti, HPV fino 26 anni, encefalite zecche fino ai 18 anni); •Profilassi anti-RSV tramite offerta ai nuovi nati 2025 con anticorpo monoclonale oppure vaccinazione materna nonché agli anziani previo assenso ministeriale e valutazione della commissione vaccini regionale. •Mantenere tempi di attesa entro e non oltre i 20 giorni solari per la profilassi del viaggiatore internazionale nonché garantire nei mesi da aprile a luglio almeno 30 slot per 100.000 abitanti nei successivi 30 giorni; •Apertura per le campagne influenzali dei centri vaccinali presso le strutture private accreditate a contratto, al fine di estendere e facilitare l'accesso della popolazione, incrementare l'adesione alla campagna vaccinale e ridurre i tempi di attesa; •Aperture dei centri vaccinali nei weekend per agevolare l'accesso della popolazione alla vaccinazione, sia per campagne vaccinali dedicate (HPV, influenza, COVID-19, RSV) che per vaccinazioni destagionalizzate. | <p>DIREZIONE SANITARIA</p> <p>DIREZIONE SOCIOSANITARIA</p> | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | IPC Programma di prevenzione e controllo infezioni | <p>Sviluppo del Programma di Prevenzione e Controllo Infezioni di Regione Lombardia; Sviluppo ed emissione dei Programmi locali negli Enti del SSR in linea con quanto previsto nel Programma regionale;</p> <p>Partecipazione alle sorveglianze come da indicazioni regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico • sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva • sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antimicrobici • sorveglianza del consumo di soluzione idroalcoliche. | <p>DIREZIONE SANITARIA</p> <p>DIREZIONE SOCIOSANITARIA</p> | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|-----------------------------|--------------------------------|---|--|--|---|
| "Area Sociosanitaria" | "Interventi sociosanitari" | Implementazione del Distretto e attuazione di percorsi definiti all'interno dei PPT. | DIREZIONE SOCIO SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | "Interventi area disabilità" | DAMA: potenziare i progetti promuovendo la diffusione dei nodi DAMA nei territori delle ASST. | DIREZIONE SOCIO SANITARIA DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | "Prestazioni sociosanitarie" | Analisi dello stato di attuazione delle reti territoriali delle cure palliative implementazione in relazione ai nuovi bisogni anche in ambito pediatrico; Riordino dei consultori familiari; Integrazione con gli interventi attivati in AREA FAMIGLIA; Definizione filiera degli interventi per il contrasto al disagio dei minori; Sviluppo di Centri dedicati alla psicopatologia dell'adolescenza: prevedere, all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, luoghi dedicati all'intercettazione precoce e alla cura delle problematiche della fascia giovanile, che coinvolgano i servizi di psichiatria, NPIA, dipendenze e psicologia sia a minori che a giovani adulti; Aggiornamento della rete d'offerta. | DIREZIONE SOCIO SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "interventi salute mentale" | Psicologia | Servizio di Psicologia delle Cure primarie Psicologia delle Emergenze: istituire un'Equipe di Psicologia dell'Emergenza Aziendale (EPEA) nelle ASST che includa almeno due Dirigenti Psicologi al fine di garantire interventi entro 48 ore in caso di emergenza. | DIREZIONE SOCIO SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Psichiatria e neuropsichiatria | Attuazione della DGR XII/3630/2024 nell'area salute mentale e dei consultori familiari: indicazioni operative per l'accesso a tali servizi Programmi domiciliari integrati (PDI) di NPIA e di Psichiatria. Si prevede la prosecuzione del Progetto sperimentale "Autismo: dall'analisi territoriale al progetto di Vita" approvato con DGR n. XI/5213 del 13/09/2021, con durata iniziale 2022-2024. Continuazione dei progetti, come da regole di sistema. | DIREZIONE SOCIO SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|-----------------------------|---|--|--------------------------|--|---|
| Presa in carico | Indicazioni sul percorso presa in carico | Il governo del processo di presa in carico si sviluppa a livello territoriale coinvolgendo il distretto e a seguire l'AFT di cui fanno parte gli MMG. | DIREZIONE SOCIOSANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Assistenza Farmaceutica" | Assistenza farmaceutica convenzionata Assistenza farmaceutica ospedaliera Assistenza protesica e integrativa | Si conferma la politica disposta per la prima volta nel 2024 rispetto al file F, terapie ATMP e ai nuovi farmaci orfani per malattie rare per CART. Promozione dell'uso dei farmaci biosimilari: obiettivo percentuale. Obiettivo su completezza e chiusura schede registri AIFA. Entrata in vigore del nuovo nomenclatore. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Prelievo organi e tessuti" | Incremento graduale, nell'arco del triennio, della percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi. | Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Polo Ospedaliero" | Protocollo ERAS | All'interno del "Percorso del paziente chirurgico programmato" introdurre, laddove possibile, il protocollo ERAS (Enhanced recovery after surgery), ciò a garanzia di maggior qualità delle cure e degli esiti per il paziente. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | PRIAMO | Per garantire il coordinamento della dimissione post-ospedaliera tramite il portale PRIAMO, si stabilisce il 31 dicembre 2025 quale termine entro il quale dovrà essere effettuato il passaggio dell'attività e dei relativi flussi informativi, da AREU alle ASST, sotto il coordinamento territoriale delle ATS. | DIREZIONE SANITARIA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|---|--|---|--|--|---|
| "Potenziamento rete territoriale" | Terminare i lavori di adeguamento della Casa di Comunità di Crema | Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare TARGET: entro il 30/06/2025. | DIREZIONE SOCIOSANITARIA DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Realizzazione delle Case di Comunità presso Rivolta | Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare TARGET: entro il 30/09/2025. | DIREZIONE SOCIOSANITARIA DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Realizzazione degli Ospedali di Comunità presso Rivolta | Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare TARGET: entro il 31/05/2025. | DIREZIONE SOCIOSANITARIA DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Perseguimento degli obiettivi di bilancio definiti a livello regionale e alle regole di sistema" | Mantenimento equilibrio di bilancio | Mantenimento del rapporto tra macroaggregati di costo e di ricavo (costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio), in coerenza con le assegnazioni di costo e ricavo. | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Tempi di pagamento" | Riduzione/mantenimento dei tempi di pagamento beni e servizi secondo le tempistiche previste dalla normativa vigente | Monitoraggi trimestrale degli indicatore di tempestività medio dei pagamenti, in linea con le regole di Sistema Regionali (PCC) . | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Recupero Crediti e mancate disdette" | Sollecito pagamento ticket (diritto di credito) agli utenti che hanno fruito di una o più prestazioni sanitarie il cui ticket risulta insoluto oltre al recupero per mancate disdette in base alla normativa vigente | Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti. | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|---|--|---|--------------------------|--|---|
| "Prevenzione del fenomeno della corruzione" | Realizzazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione | Rispetto puntuale e corretto del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale attraverso il conseguimento delle misure di prevenzione in esso previsti. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Trasparenza" | Migliorare l'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza | Rispetto puntuale e corretto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente TARGET: Monitoraggio quadrimestrale | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Migliorare la performance aziendale" | Rafforzare il ciclo di programmazione e controllo in Azienda | Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti per ciascun obiettivo definito. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Controlli interni" | Rafforzamento dei strumenti di controllo interni | Consolidamento attività congiunta dei controlli interni Svolgimento di audit nei tempi prefissati. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Pari opportunità ed equilibrio di genere" | Conciliazione vita lavoro- famiglia: favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari dei dipendenti | La possibilità di avere un'articolazione oraria della prestazione lavorativa compatibile con la cura dei figli, familiari. La possibilità di fruire del lavoro in modalità agile ai sensi del Regolamento aziendale in materia. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Formazione/Eventi su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione | Formazione/Eventi su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| | Iniziative formative legate alla medicina di genere | Iniziative formative legate alla medicina di genere. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|---|--|---|--------------------------|--|---|
| "Cup" | "Attivazione Cup Regionale" | <ul style="list-style-type: none"> •Rivisitazione e razionalizzazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale; •Verifica e bonifica delle anagrafiche assistiti aziendali e riconciliazione con le anagrafiche assistiti adottate a livello regionale; •Verifica e aggiornamento delle codifiche degli esami e delle prestazioni ambulatoriali con associazione alle codifiche adottate a livello regionale; •Implementazione delle integrazioni tra il CUP regionale e i sistemi applicativi dipartimentali nelle modalità definite a livello regionale; •Implementazione delle procedure per la migrazione dei dati e degli appuntamenti registrati sul sistema CUP locale verso il CUP regionale; •Formazione del personale di front office e back office; Preparazione organizzativa dell'avvio in esercizio del sistema. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Nuovo nomenclatore" | "Nuovo nomenclatore" | Monitoraggio dell'introduzione del nuovo nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica Revisione di modalità erogative e tariffe. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" | Potenziamento del livello di digitalizzazione dei DEA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartella clinica Elettronica ▪ Digital Pathology ▪ Laboratorio Analisi ▪ FSE | <ul style="list-style-type: none"> •Completamento della Cartella Clinica Elettronica Regionale. • Avvio e diffusione del sistema centralizzato di Laboratorio Analisi. • Avvio e diffusione del sistema centralizzato di Digital Pathology. • Completamento delle attività di aggiornamento del FSE | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

| AREA | OBIETTIVO | INDICATORI E TARGET | DIREZIONE DI RIFERIMENTO | SOGGETTI COINVOLTI | STAKEHOLDERS |
|---|--|--|--------------------------|--|---|
| "Sistema di gestione digitale del territorio" | Rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali | Attività di adeguamento e ampliamento delle funzionalità del Sistema di Gestione del Territorio (SGDT) . | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Miglioramento continuo del livello di sicurezza dei sistemi informativi" | Innalzamento del livello di sicurezza informatica dell'intera architettura dei sistemi informativi | Aggiornamento del piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e la programmazione degli interventi tecnici e organizzativi, con quantificazione e allocazione dei relativi costi, nonché le modalità di copertura economica delle attività. | DIREZIONE STRATEGICA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |
| "Digitalizzazione dei processi di accoglienza" | Miglioramento dei sistemi di accoglienza Potenziamento dell'infrastruttura fruibile via internet da parte del cittadino | Prevedere dei percorsi di accoglienza semplificati per le prestazioni ambulatoriali affinché il cittadino, che abbia effettuato il pagamento online o tramite i punti di accesso previsti o che risulti esente, vada direttamente in ambulatorio. Si rende necessario predisporre il percorso di accoglienza affinché l'utente abbia, anche attraverso sistemi di tagliacode, l'indicazione della sala d'attesa per la chiamata diretta nell'ambulatorio. Tali percorsi dovranno essere garantiti attraverso dei punti di selfaccettazione tramite i quali il cittadino potrà anche ritirare il referto della prestazione. | DIREZIONE AMMINISTRATIVA | TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione) | stakeholders interni ed esterni all'azienda |

PERFORMANCE INDIVIDUALE

La correlazione tra valutazione della performance, retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale è stata definita, nel corso degli anni, negli accordi decentrati sottoscritti con le OO.SS. delle due Aree Dirigenziali, dell'Area del Comparto e la RSU.

Il Decreto Legislativo n. 150/2009 ha codificato e definito il sistema di misurazione e valutazione della performance prevedendo che ogni pubblica amministrazione è tenuta a misurare e a valutare, attraverso un sistema di indicatori trasparenti e obiettivi specifici e misurabili, la performance con riferimento: all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola l'organizzazione, al singolo dipendente.

La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

PERSONALE DEL COMPARTO¹

Gli incentivi di premialità, che devono remunerare la performance organizzativa e individuale, sono attribuiti sulla base dei seguenti elementi:

- risultato obiettivi di budget;
- punteggio complessivo derivante dalla scheda di valutazione individuale;
- effettiva presenza in servizio;
- coefficiente ponderato per categoria.

Ai fini dell'erogazione della premialità, è necessario individuare la quota ipotetica individuale per categoria di appartenenza, che varia di anno in anno in base: alla disponibilità del fondo e al numero di personale appartenente alle diverse categorie al 31/12 dell'anno di riferimento.

I coefficienti per categoria sono i seguenti:

¹ Accordo con OO.SS. Comparto e RSU del 30/11/2022

| Aree | Valore quota individuale |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Personale di supporto | 0.80 |
| Operatori | 0.90 |
| Assistenti | 1.00 |
| Professionisti e Funzionari | 1.20 |
| Personale di Elevata Qualificazione | 1.30 |

Gli obiettivi di budget vanno da un punteggio minimo di 0 ad un punteggio massimo di 100 e pesano al 50% sul raggiungimento della quota individuale.

La valutazione individuale varia da 0 a 50 e pesa al 50% sul raggiungimento della quota individuale.

Gli incentivi di premialità sono erogati proporzionalmente al grado di raggiungimento degli obiettivi e comunque subordinatamente alla certificazione di seconda istanza del Nucleo di Valutazione delle prestazioni.

Gli incentivi di premialità sono attribuiti anche in relazione all'esito della valutazione/performance individuale ottenuta nell'anno di riferimento dal singolo dipendente.

La premialità relativa alla valutazione complessiva è riconosciuta secondo il seguente schema:

| VALUTAZIONE COMPLESSIVA | ACCESSO AL RICONOSCIMENTO ECONOMICO | PREMIO SPETTANTE IN % |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| OTTIMO (punteggio tra 95 - 100) | SI | 100% |
| BUONO (punteggio tra 75 - 94) | SI | equivalente al punteggio ottenuto nella scheda di valutazione |
| ADEGUATO (punteggio tra 60 - 74) | SI | equivalente al punteggio ottenuto nella scheda di valutazione |
| LIMITATO (punteggio tra 50 - 59) | SI | equivalente al punteggio ottenuto nella scheda di valutazione |
| SCARSO (punteggio tra 0 - 49) | NO | 0% |

Il sistema di valutazione prevede che il dipendente sia valutato, in prima istanza, dal responsabile

gerarchicamente sovraordinato e, in seconda istanza, dal responsabile gerarchicamente sovraordinato del valutatore di prima istanza o dal Direttore Strategico di riferimento.

Il dipendente, dopo aver preso visione della scheda contenente la propria valutazione, può, entro 15 giorni, far pervenire delle semplici osservazioni o ricorrere in via gerarchica.

Fermo restando che la valutazione deve sempre fondarsi su elementi fattuali conoscibili dal valutato, l'eventuale punteggio <50/100 (valutazione negativa) deve risultare supportata da specifici rilievi, effettuati in corso d'anno, dal valutatore di prima istanza adeguatamente documentati e formalmente notificati al valutato.

VALUTAZIONE INTERMEDIA:

La fase di monitoraggio intermedio riveste un ruolo nevralgico all'interno del sistema di valutazione. Di norma deve essere effettuato tra il 15 giugno e il 30 giugno di ogni anno. Gli obiettivi di questa fase sono:

- analizzare gli effetti delle eventuali modifiche di contesto intervenute rispetto alla fase di programmazione e assegnazione degli obiettivi;
- riorientare la prestazione del valutato in caso di scostamenti significativi rispetto al target atteso;
- verificare prestazioni/comportamenti non in linea con le attese.

Il Valutatore compilerà la scheda di valutazione intermedia che verrà condivisa direttamente con il valutato, il quale potrà esprimere le proprie osservazioni.

PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA²

Il percorso di applicazione, a livello aziendale, dell'istituto della retribuzione di risultato si sviluppa pertanto secondo le seguenti fasi:

1. definizione degli obiettivi con relativa pesatura nell'ambito del processo di negoziazione di budget;
2. determinazione della quota di risorse economiche costituenti la retribuzione di risultato del singolo centro di responsabilità;
3. verifica a consuntivo del raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità (CdR) ed individuazione della quota di risorse economiche erogabile sulla base dei criteri di raggiungimento degli obiettivi come definiti in sede di negoziazione di budget;
4. la determinazione della quota spettante al singolo dirigente è determinata in base al punteggio ottenuto nella scheda di valutazione individuale, laddove il 100% è da intendersi nel raggiungimento del valore

² CCIA Aree Dirigenziali Medici – aprile 2007 e 23 gennaio 2017

standard in ogni fattore di valutazione, e per punteggi inferiori al 100% l'erogazione avviene in rapporto direttamente proporzionale.

PERSONALE DELLA DIRIGENZA NON MEDICA³

Le parti concordano di collegare l'istituto della retribuzione di risultato al sistema di negoziazione di budget introdotto nell'organizzazione aziendale.

Il percorso di applicazione, a livello aziendale, dell'istituto della retribuzione di risultato si sviluppa pertanto secondo le seguenti fasi:

1. definizione degli obiettivi con relativa pesatura nell'ambito del processo di negoziazione di budget;
2. determinazione della quota di risorse economiche costituenti la retribuzione di risultato del singolo centro di responsabilità;
3. verifica a consuntivo del raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità (CdR) ed individuazione della quota di risorse economiche, definite nelle precedenti fasi, erogabile sulla base dei criteri di raggiungimento degli obiettivi come definiti in sede di negoziazione di budget;
4. la determinazione della quota spettante al singolo dirigente è determinata in base al punteggio ottenuto nella scheda di valutazione individuale, laddove il 100% è da intendersi nel raggiungimento del valore standard in ogni fattore di valutazione, e per punteggi inferiori al 100% l'erogazione avviene in rapporto direttamente proporzionale.

³ CCIA Aree Dirigenziali SPTA - aprile 2007 e 23 gennaio 2017

2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO è dedicata alla strategia aziendale di protezione del valore pubblico attraverso il contenimento del rischio corruttivo. Le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico ma esse stesse produttive di valore pubblico e strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi.

La presente sezione è stata predisposta dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT) nominato dal Direttore Generale con deliberazione n. 211 del 11/07/2013.

ALTRI SOGGETTI COINVOLTI

- L'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO AMMINISTRATIVO definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione anticorruzione del PIAO;
- I DIRIGENTI concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti; forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo; provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva; soddisfano ed adempiono nell'ambito delle proprie specifiche competenze agli obblighi di informazione previsti dal D.Lgs 14.03.2013 n. 33;
- I DIPENDENTI DELL'AZIENDA partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi; alla definizione delle misure di prevenzione e all'attuazione delle stesse misure. L'art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nella sezione anticorruzione del PIAO.
- IL NUCLEO DI VALUTAZIONE monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni; ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità; esprime parere preventivo obbligatorio sul Codice Comportamento adottato dalla amministrazione; verifica la coerenza tra gli obiettivi del Programma anticorruzione e per la trasparenza e quelli del piano delle Performances e valuta la coerenza dei relativi indicatori; verifica i contenuti della Relazione recante i risultati

dell'attività svolta che il RPCT predisporre in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

- L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza; provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; vigila sull'applicazione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e sul codice di comportamento aziendale; cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.
- LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING è un organismo di controllo interno, indipendente e autonomo, con il compito di svolgere attività di vigilanza e di identificazione di criticità nonché di azioni correttive volte al miglioramento dell'efficacia della gestione aziendale. Al fine di poter avere contezza degli esiti delle attività ipotizzate dal Piano di Audit è prevista una sua integrazione con le attività programmate nella sezione anticorruzione del PIAO. Le attività di audit pianificate potranno utilmente comprendere aspetti inerenti l'applicazione delle misure anticorruzione.
- IL RESPONSABILE ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA) assicura l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA). Per assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) è stato individuato il direttore della UOC Gestione Acquisti, quale soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi nella stazione appaltante stessa.
- IL GESTORE DELLE SEGNALAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO ha il compito di inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio. L'Azienda, con delibera n. 238 del 06/04/2022, ha individuato come Gestore, il Direttore della UOC Programmazione Bilancio e Contabilità, in quanto figura in possesso di idonee competenze in ogni area ritenuta a rischio e pertanto in grado di effettuare una valutazione corretta ed imparziale delle segnalazioni, da inoltrare all'U.I.F.

IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema).

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Contesto Sociale

Il territorio cremasco è fortemente caratterizzato sul piano sociale e produttivo dalla presenza del comparto agricolo zootecnico ed industriale - agroalimentare. Il distretto di Crema ha una popolazione di circa 164.000 abitanti, suddivisi in 48 comuni, e rappresenta il 45% della popolazione rispetto all'ambito territoriale della ex Provincia di Cremona e il 21,1% della popolazione della ATS della Val Padana. La sua estensione è di circa 572 Kmq.

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

Il bacino di utenza dell'A.S.S.T. di Crema si caratterizza per un incremento demografico costante e per un tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri ogni 1.000 abitanti) costantemente inferiore allo standard nazionale e alla media regionale.

L'incremento numerico della popolazione del cremasco e l'aumento della sua età media hanno portato conseguentemente all'aumento della richiesta di attività sanitaria in una situazione di buona appropriatezza di erogazione dei servizi documentata dal basso tasso di ospedalizzazione.

La peculiarità territoriale è raffigurata dalla situazione demografica della Provincia di Cremona evidenziata dall'incremento degli "assistiti residenti" avvenuto nella popolazione del distretto di Crema, a fronte di un trend inverso della popolazione nel distretto di Cremona e di Casalmaggiore.

*Contesto criminale e corruttivo **

Per la sua favorevole posizione economico finanziaria, la provincia di Cremona è esposta agli interessi illeciti di soggetti riconducibili alla criminalità organizzata calabrese originari del crotonese e del reggino, presenti sul territorio e legati ad alcune cosche tra le quali la "Grande Aracri". Tali sodalizi, attivi soprattutto nelle province a nord dell'Emilia, hanno esteso i propri interessi criminali nella parte meridionale della Lombardia, in particolare nell'hinterland cremonese. Gli stessi sono dediti al narcotraffico, al riciclaggio ed all'infiltrazione del tessuto economico locale (appalti pubblici e privati) mediante la realizzazione di strutture societarie funzionali alla commissione di reati fiscali.

L'edilizia risulta il settore verso cui viene indirizzata la maggiore attenzione soprattutto attraverso la gestione di imprese maggiormente strutturate e la commissione di reati fiscali, fallimentari, di trasferimento fraudolento di valori e di usura, nonché all'aggiudicazione illecita degli appalti.

Tuttavia la 'ndrangheta non è l'unica organizzazione presente sul territorio cremonese. Si segnalano, soprattutto a Nord della provincia, gli interessi di cosche appartenenti a Cosa nostra e la presenza di esponenti legati alla camorra.

Emerge pertanto la necessità di mantenere alta l'attenzione nelle attività che più sono esposte al rischio

corruttivo e che riguardano l'area dei contratti pubblici, rafforzando il sistema di misure preventive.

**(Fonte: Relazione sull'attività delle forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata – anno 2021; Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e i risultati conseguiti dalla DIA nel primo semestre del 2023)*

Le difficoltà economico sociali dovute alla crisi globale di questi ultimi anni e le conseguenze della pandemia da COVID-19 hanno interessato fortemente la Lombardia la cui tenuta tuttavia, anche alla luce di incoraggianti segnali di ripresa economica, ha permesso alla Regione di confermarsi quale ente trainante del sistema economico e produttivo nazionale.

Tale solidità rappresenta inevitabilmente anche un fattore attrattivo per l'azione della criminalità organizzata, nazionale e straniera, che cerca di approfittare in vario modo delle opportunità di crescita economica offerte dal territorio lombardo. Proprio in questa fase di ripresa economica, la soglia di attenzione è particolarmente elevata sul rischio di accaparramento, da parte delle organizzazioni criminali, di fondi pubblici stanziati dapprima per l'emergenza sanitaria e per le ristrutturazioni edilizie e per il piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che rappresenta un importante pacchetto di investimento e riforme attualmente in corso di implementazione. A causa dell'alto valore complessivo dei finanziamenti coinvolti, sussiste il rischio che le organizzazioni mafiose possano manifestare interesse per tali fondi, aumentando il fenomeno di infiltrazione nell'economia legale.

Emerge pertanto la necessità di mantenere alta l'attenzione nelle attività che più sono esposte al rischio corruttivo e che riguardano l'area dei contratti pubblici, rafforzando il sistema di misure preventive.

**(Fonte: Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e i risultati conseguiti dalla DIA nel primo semestre del 2023)*

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano il profilo di rischio della ASST di Crema ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'Azienda. Nel sistema delle responsabilità vengono in rilievo la struttura organizzativa dell'amministrazione e le principali funzioni da essa svolte.

Per la presente analisi, al fine di individuare le caratteristiche organizzative aziendali che possono condizionare impropriamente l'attività dell'Azienda, è stata esaminata l'articolazione organizzativa dell'Azienda, rappresentata sinteticamente nella Sezione 1 - Scheda Anagrafica della ASST del PIAO, a cui si rimanda per una sua descrizione chiara e concisa.

LA MAPPATURA DEI PROCESSI

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali

relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La legge n.190/2012, all'art. 1, comma 16, individua le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione. La Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016 hanno fornito alcune esemplificazioni di eventi corruttivi e relative misure con riferimento all'area di rischio contratti pubblici e al settore sanità.

Proseguendo il percorso iniziato in occasione della sezione anticorruzione e trasparenza approvata lo scorso anno, il RPCT, a partire dal mese di settembre 2024, ha dato avvio all'aggiornamento della sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO procedendo, con la partecipazione attiva di tutti i dirigenti dell'Azienda, alla mappatura generalizzata dei propri processi appartenenti alle aree generali di rischio e al settore specifico della sanità, in applicazione delle indicazioni metodologiche per il miglioramento del processo di gestione del rischio fornite dall'All. 1 al Piano Nazionale Anticorruzione 2019.

L' esito finale di tale attività ha prodotto un catalogo dei processi correlati ai principali rischi e alla ponderazione dei livelli di rischio (**Allegato 1** parte integrante della presente sezione).

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-----------------------|---|---|---------------------|--|
| Gestione del rischio | Mappatura generalizzata e verifica della validità dei processi già analizzati | I Responsabili delle UU.OO. AA, CdG, DMPO, PBC, Formazione, Ing. Clin. AAGLL, UP, SIA, UT, Accoglienza-CUP, Consultori, Medicina Legale, Cure Primarie, SERD, Farmacia. | Entro novembre 2025 | Presenza del catalogo dei processi integrato |
| Gestione del rischio | Attuazione Piano di controllo per il monitoraggio dell'attuazione delle azioni di miglioramento (misure di prevenzione generali o specifiche) | I Responsabili delle UU.OO. AA, CdG, DMPO, PBC, Formazione, Ing. Clin. AAGLL, UP, SIA, UT, Accoglienza-CUP, Consultori, Medicina Legale, Cure Primarie, SERD, Farmacia. | 01/12/2025 | nr azioni previste per rischi medi/elevati entro il 1/12/2025/ nr. azioni attuate 100% Nr di rischi medi-elevati / nr di rischi medi-elevati controllati (audit) 100% |
| Gestione del rischio | Piano di controllo dei risultati delle azioni di miglioramento | Responsabile Prevenzione Corruzione | 15 dicembre 2025 | Piano di controllo: Nr di rischi medi-elevati / nr di rischi medi-elevati controllati |

Le misure generali di prevenzione del rischio di corruzione

La sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza rappresenta il documento fondamentale dell'Azienda per la definizione della strategia di prevenzione e, di conseguenza, è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori specifiche, coordinando gli interventi.

La sezione definisce in specifiche schede di programmazione le misure obbligatorie, ulteriori e trasversali di prevenzione dei rischi di corruzione individuati, utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, in riferimento a ciascuna area di rischio, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione.

Trasparenza

La Legge n.190/2012 individua nella trasparenza lo strumento principale per perseguire la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nelle Pubbliche Amministrazioni.

Ai sensi dell'art 1, co. 15 della legge n.190/2012 la trasparenza dell'attività amministrativa, è assicurata mediante la pubblicazione nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni.

Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi delle informazioni da pubblicare. In esso sono specificati altresì le modalità, i tempi di attuazione, le risorse dedicate e gli strumenti di verifica dell'efficacia delle iniziative intraprese.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico dell'ASST di Crema che si traduce nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

L'Azienda, pertanto, al fine di agevolare forme diffuse di controllo del rispetto dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità, redige il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e si impegna ad aggiornarlo annualmente.

Il Programma Triennale per la Trasparenza contiene un elenco chiaro di tutte le categorie di dati e dei contenuti specifici che devono essere pubblicati sul sito internet dell'Azienda www.asst-crema.it nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

La pubblicazione nel sito istituzionale della Azienda dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda è effettuata in conformità alle specifiche e alle regole tecniche di cui all'allegato A del D. L.gs n.33/2013 e alle indicazioni del PNA aggiornamento 2023.

Articolazione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

Il Programma si sostanzia nella pubblicazione sul sito internet dell'Azienda www.asst-crema.it nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", organizzata nelle sotto sezioni di cui all'allegato A del D. Lgs n.33/2013, dei documenti elencati nell'**Allegato n.2** "PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE – SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", che costituisce parte integrante del presente Piano.

L'attività di monitoraggio è svolta di norma quadrimestralmente, in concomitanza con la rilevazione degli obiettivi di Budget mediante il coinvolgimento dei Responsabili interessati.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-----------------------|----------------------------------|--|------------------------------|--|
| Trasparenza | Accessibilità delle informazioni | Responsabile Trasparenza | 31-01-2025 | Pubblicazione sezione anticorruzione del PIAO |
| Trasparenza | Accessibilità delle informazioni | I Responsabili delle UU.OO. AA, CdG, DMPO, PBC, AAGLL, UP, SIA, UT, Accoglienza-CUP, Cure Territoriali, Farmacia, Segreteria DG e DA, Comunicazione, URP | Tempistica prevista nel PTTI | Pubblicazione dati previsti nel PTTI ex d.lgs. n.33/2013 |

Codice di comportamento

L'adozione del codice di comportamento rappresenta una delle "azioni e misure" principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello aziendale, in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e per tal via, indirizzano l'azione amministrativa alla migliore cura dell'interesse pubblico. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del Piano triennale per la prevenzione della corruzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale.

Il Codice aziendale coniuga le finalità del codice etico e quelle del codice di comportamento, integra e specifica il Codice adottato dal D.P.R. 62 del 16.04.2013, e disciplina puntualmente i seguenti ambiti:

- Regali, compensi e altre utilità (art. 4 del D.P.R. n. 62/2013)
- Partecipazione ad associazione e organizzazioni (art. 5 del D.P.R. n. 62/2013)

- Comunicazione degli interessi finanziari e ai conflitti d'interesse (art. 6 del D.P.R. n. 62/2013).
- Obbligo di astensione (art. 7 D.P.R. n. 62/2013).
- Prevenzione della corruzione (art. 8 del D.P.R. 62/2013).
- Trasparenza e tracciabilità (art. 9 del D.P.R. n. 62/2013).
- Comportamento nei rapporti privati (art. 10 del D.P.R n. 62/2013).
- Comportamento in servizio (art. 11 del d.p.r. n. 62 D.P.R /2013).
- Rapporti con il pubblico (art. 12 del D.P.R n. 62/2013).
- Disposizioni particolari per i dirigenti (art. 13 del D.P.R. n. 62/2913).
- Vigilanza, monitoraggio e attività formative (art. 14 del D.P.R n. 62/2013)
- Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice (art.16 del D.P.R. n. 62/2013)

Inoltre, considerata la peculiarità propria della azienda, sono state inserite le seguenti indicazioni specifiche riguardanti l'attività sanitaria:

- Gestione delle liste d'attesa e attività libero professionale
- Ricerca e sperimentazioni
- Sponsorizzazioni e atti di liberalità
- Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici

Sono stati modificati, altresì, gli schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione, nonché prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici.

L'Azienda con delibera nr. 891 del 18 ottobre 2024 ha revisionato il codice di comportamento aziendale in ottemperanza a quanto disposto dal D.L. 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", convertito in Legge 29 giugno 2022 n. 79, che ha previsto, tra l'altro, l'aggiornamento del Codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici, di cui al citato D.P.R. n. 62/2013, con l'introduzione di una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e dei social network, nonché con l'obbligatorietà di cicli di formazione sui temi dell'etica pubblica per i dipendenti. Il codice è stato uniformato, altresì, ai contenuti

del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, “Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»”, che ha dato attuazione al D.L. n. 36/2022 sopra menzionato.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-------------------------|--|---|---------------|---|
| Codice di comportamento | Monitoraggio sul rispetto del Codice | Responsabile UPD | Trimestrale | Nr di denunce, condanne e procedimenti disciplinari attinenti |
| Codice di comportamento | Adeguamento degli atti d’incarico e dei contratti alle previsioni del codice | Responsabili delle UU.OO. UP, AA, UT, SIA, Accoglienza-CUP, DMPO, PBC, Formazione, Cure Primarie, Consultorio, SERD | Tempestivo | 100% atti d’incarico e contratti |
| Codice di comportamento | Formazione sul Codice di comportamento aziendale | Responsabile Formazione | 15 marzo 2025 | Inclusione nel Piano Formazione 2025 |

Rotazione del personale assegnato alle aree a rischio corruzione

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, è una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l’assunzione di decisioni non imparziali.

In sanità l’applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema:

- valutato il bilanciamento tra l'interesse alla riduzione del rischio sopra descritto e l'interesse a salvaguardare livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa in presenza di una dotazione assai limitata di risorse umane disponibili nell'area del personale appartenente al ruolo tecnico, professionale ed amministrativo - sia dirigenziale sia di funzioni direttive -, area oggetto di assai limitati reintegri negli ultimi Piani Assunzioni autorizzati da Regione Lombardia prevalentemente orientati a salvaguardare le figure assistenziali;
- considerata la forte criticità che l'organizzazione della rotazione del personale dirigenziale e delle funzioni direttive comporterebbe al buon andamento dell'azione amministrativa a causa:
 - dell'esiguo numero di unità presenti fra cui attuare la rotazione, che impatterebbe contestualmente su più aree assai delicate per il funzionamento aziendale;
 - della forte specializzazione maturata nel tempo di svolgimento degli incarichi dal personale che ricopre attualmente tali incarichi, tali da configurare una sorta di infungibilità di tali figure;
 - dall'incompatibilità e inconciliabilità tra i tempi di affiancamento e tutoraggio necessari per garantire, in sicurezza per l'efficienza dell'azienda, una rotazione –seppur graduale- tra le diverse figure e i carichi di lavoro attuali (in particolare con il ritmo delle scadenze a cui sono sottoposte le attività delle unità operative interessate);

evidenza, allo stato attuale, la forte difficoltà nell'applicazione della misura della rotazione al personale dirigenziale (del ruolo professionale, tecnico, amministrativo e del ruolo sanitario non medico) e direttivo (titolari posizione organizzativa del ruolo professionale, tecnico, amministrativo), fuori dai casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'Azienda, consapevole che la scelta di non attuare il sistema di rotazione può esporla a maggiori rischi di fenomeni corruttivi nelle aree sopra indicate, adotterà le seguenti misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi:

- la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività;

- l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

L'Azienda, comunque, nel rispetto della normativa vigente, e previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative, procede ad aggiornare i propri regolamenti relativi ai conferimenti degli incarichi dirigenziali e degli incarichi relativi all'area del comparto (posizioni organizzative – incarichi di coordinamento) al fine di introdurre e disciplinare il criterio di rotazione e dotarsi di procedure adeguate immediatamente applicabili una volta che accerti condizioni di fattibilità nell'applicazione del sistema di rotazione.

Al fine di creare le condizioni di fattibilità per l'introduzione del sistema di rotazione, nel rispetto dei carichi di lavoro in essere e senza impattare negativamente sulla generazione di eccedenza oraria non compatibile con le risorse economiche disponibili, l'Azienda promuoverà accorgimenti volti a favorire la continuità dell'azione amministrativa anche in caso di rotazione del personale e in particolare:

- coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative *in house*, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;
- svolgimento di formazione *ad hoc*, con attività preparatoria di affiancamento, per i funzionari addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

Rotazione straordinaria

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione ed è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-*quater*) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*».

Dalla disposizione si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

La rotazione straordinaria viene attivata in presenza di "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. L-*quater* D.Lgs. 165/2001), ossia

- iscrizione del soggetto nel registro delle notizie di reato (art. 335 c.p.p.);

e/o

- procedimento disciplinare per condotte di natura corruttiva.

L'istituto si applica a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'Azienda: dipendenti e dirigenti in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.

Secondo le Linee Guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria adottate da ANAC con atto 215/2019, s'intendono per fatti di corruzione quelli relativi ai reati espressamente previsti dall'art. 7 della L. n. 69 del 2015 e s.m.i., che costituiscono presupposto per l'attivazione dell'istituto della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, lett. l-quater) D.Lgs. n. 165/2001:

- Codice Penale - Titolo II - Reati contro la Pubblica Amministrazione
- Capo I: delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione
- Art. 317 Concussione
- Art. 318 Corruzione per l'esercizio della funzione
- Art. 319 Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio
- Art. 319 bis Circostanze aggravanti
- Art. 319 ter in atti giudiziari
- Art. 319 quater Induzione indebita a dare o promettere utilità
- Art. 320 Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio
- Art. 321 Pene per il corruttore
- Art. 322 Istigazione alla corruzione
- Art. 322 bis Peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri
- Capo II: delitti dei privati contro la pubblica amministrazione
- Art. 346 bis Traffico di influenze illecite
- Art. 353 Turbata libertà degli incanti
- Art. 353 bis Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente,

Sono inoltre rilevanti:

- il reato di cui all'art. 314 comma 1 c.p.p. Peculato (per sottrazione di beni);
- la partecipazione del dipendente al delitto in forma di concorso nel reato (art. 110 c.p.) o di tentativo di reato (art. 56 c.p.).

Il Responsabile del procedimento di avvio della rotazione straordinaria è individuato, ai sensi dell'art. 16 - comma I quater- del D.Lgs. n. 165/2001, nella figura del Direttore di Struttura complessa di afferenza del soggetto interessato; su proposta del Direttore di Struttura Complessa, è cura dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) procedere all'adozione del provvedimento di rotazione straordinaria.

Il provvedimento deve essere adeguatamente motivato per dare conto delle valutazioni effettuate dall'Azienda e delle decisioni conseguenti (ivi compresa la scelta dell'ufficio cui il dipendente viene destinato); la motivazione deve essere adeguatamente formulata anche qualora non venisse disposta la rotazione. L'adozione del provvedimento deve essere immediata, ossia non appena l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, concedendo comunque all'interessato la possibilità di un contraddittorio (senza che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misure di tipo cautelare) e l'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente.

In caso di impossibilità del trasferimento d'ufficio e/o di sede, purché si tratti di ragioni obiettive, quali l'impossibilità di trovare un ufficio o una mansione/incarico di livello corrispondente alla qualifica del dipendente da trasferire, l'Azienda dispone – con provvedimento motivato - che il dipendente sia posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico in godimento. Non possono valere considerazioni sulla soggettiva insostituibilità della persona.

Il Presidente dell'UPD deve portare a conoscenza del RPCT i procedimenti disciplinari avviati per fatti di natura "corruttiva" e gli esiti degli stessi.

Il Responsabile della prevenzione procede alla verifica, d'intesa con il Dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione. A tal fine il Dirigente competente trasmette al RPCT entro il **30 novembre** una relazione annuale in merito all'attuazione delle disposizioni in materia di rotazione del personale;

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-------------------------|--|---|------------|-------------------|
| Rotazione del personale | Applicazione delle disposizioni previste dai regolamenti relativi ai criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali e di | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 30-11-2025 | Relazione al RPCT |

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|---------------------------------------|---|--|-------------|----------------------------|
| | posizioni organizzative | | | |
| Rotazione del personale | Relazione annuale sull'attuazione delle disposizioni in materia di rotazione: - previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori; | Responsabili UU.OO. AA, UT, UP, PBC, DAPSS, Medina Legale, | 30 -11-2025 | Relazione al RPCT |
| Rotazione del personale | Relazione annuale sull'attuazione delle disposizioni in materia di rotazione: - articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni" | Responsabili UU.OO. AA, UT, UP, PBC, DAPSS, Medicina Legale, | 30 -11-2025 | Relazione al RPCT |
| Rotazione straordinaria del personale | Informativa su avvio ed esito dei procedimenti disciplinari in materia di "corruzione" | Presidente UPD | trimestrale | Report al RPCT |
| Rotazione del personale | Formazione/aggiornamento su competenze trasversali | Responsabili UU.OO. AA, UT, UP, PBC, | 30 -11-2025 | Relazione e report al RPCT |

Conflitto d'interessi

Particolare attenzione va posta sulle situazioni di conflitto di interesse, che la legge n. 190/2012 ha valorizzato con l'inserimento dell'art. 6 bis nella l. n. 241 del 1990: *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."*

Pertanto i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo. La finalità di prevenzione si attua mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione o atto endoprocedimentale del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.

La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", emanato con il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. In particolare, l'art. 6 prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, i rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti.

La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle

questioni a lui affidate.

L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado.

Ogni qual volta si configurino situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

Il codice di comportamento che l'Azienda ha aggiornato con delibera n. 891/2024, disciplina nell' art. 4 la gestione del conflitto d'interessi e individua una specifica procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interesse, potenziale o reale.

Ai fini della diffusione della conoscenza dell'obbligo di astensione in caso di conflitto d'interesse sono realizzate adeguate iniziative di informazione e formazione ai dipendenti dell'Azienda. In particolare si procede alla:

1. pubblicazione del Codice di Comportamento aziendale, che disciplina l'obbligo di astensione, sul sito intranet aziendale e sul sito internet nella sezione dell'Amministrazione Trasparente;
2. comunicazione email a tutti i dipendenti della sua pubblicazione;
3. coinvolgimento di tutti i dipendenti in apposite iniziative formative sui temi dell'etica e della legalità che debbono riguardare il contenuto dei Codici di comportamento e del Codice disciplinare

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|------------------------|--|--|--------------|---|
| Conflitto di interesse | Applicazione nei rispettivi ambiti delle misure di gestione e prevenzione del conflitto di interessi | Responsabili UU.OO. AA, UP, UT, PBC, AAGLL, SIA, Formazione, Ing. Clin., Accoglienza-CUP, DMPO, Consultorio, Medicina Legale, Cure Primarie, SERD, | 30 -11- 2025 | Relazione annuale dei Responsabili al RPCT su segnalazioni ricevute dai dipendenti e delle misure adottate. |

Conferimento e autorizzazione d'incarichi

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la l. n. 190 del 2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, in particolare prevedendo che le amministrazioni debbono adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra istituzionali.

L'Azienda in attuazione delle modifiche apportate dalla nuova normativa:

- 1) sta procedendo ad una rivisitazione ed aggiornamento del proprio "Regolamento per la disciplina delle situazioni di incompatibilità e di cumulo di attività ed incarichi previsti dall'art. 53 del D.L.vo n.165/2001 e s.m.i.";
- 2) ha modificato le procedure operative interne al fine di garantire il rispetto dei debiti informativi previsti dai commi 11,12,13 e 14 dell'art. 53 del D.L.vo n. 165/2001 così come modificati dall'art.1,c^43 della legge n.190/2012 .

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|--|---|---|--|---|
| Conferimento e autorizzazione di incarichi | Applicazione della regolamento ex art. 53 del D.L.vo n.165/2001 e s.m.i." | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Tempestiva | 100% incarichi autorizzati/ incarichi svolti |
| Conferimento e autorizzazione di incarichi | Rispetto del debito informativo su PerlaPa ex.53 del D.L.vo n. 165/2001 | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Entro 15 gg dall'autorizzazione incarico | 100% incarichi pubblicati / incarichi conferiti |

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

Il D.Lgs. n. 39 del 2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

- delle ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna, anche non definitiva, per delitti contro la pubblica amministrazione
- delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati.

L'ANAC con delibera n. 1146 del 2019 in materia di applicabilità del D.lgs. n. 39 del 2013 ha chiarito che gli incarichi svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario nazionale – non riconducibili ai ruoli della

dirigenza sanitaria – sono sottoposti ai limiti e alle preclusioni in materia di inconferibilità e incompatibilità; perciò, i dirigenti tecnico-amministrativi, che operano nel contesto delle aziende sanitarie, sono sottoposti al regime di cui al D.lgs. n. 39 del 2013.

Al fine di definire il ruolo e le funzioni del RPCT nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità, l'ANAC con Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 ha adottato le «*Linee guida aventi ad oggetto il procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC*».

Inconferibilità d'incarichi dirigenziali

Per «inconferibilità», s'intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal decreto legislativo n. 39/2013 a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (reati contro la pubblica amministrazione), a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti all'origine, non fossero note all'amministrazione e si manifestassero nel corso del rapporto, il RPCT è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico. Il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del D. Lgs. n.39/2013 all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del presente decreto è pubblicato sul sito dell'azienda nella sezione Amministrazione Trasparente.

Ai fini dell'attuazione della disciplina sull' inconferibilità all'interno dell'Azienda il dirigente, al momento del conferimento o rinnovo dell'incarico dirigenziale, deve presentare alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, nel rispetto delle disposizioni impartite dal Responsabile della medesima funzione, una dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità dell'incarico, per permettere alla medesima funzione di svolgere le dovute verifiche ai fini del conferimento. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

La dichiarazione è pubblicata, a cura della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, sul sito internet aziendale nell'apposita sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente", ciò consentirà di

attuare un controllo diffuso sulla stessa.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-----------------------|--|---|--|------------------------------------|
| Inconferibilità | Acquisizione e verifica della dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità dell'incarico | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Tempestiva (in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico) | 100% incarichi conferiti/rinnovati |
| Inconferibilità | Pubblicazione dichiarazioni su Amministrazione Trasparente | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Tempestiva (pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.) | 100% incarichi conferiti/rinnovati |

Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.

Per «incompatibilità», s'intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

L'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali indicate di cui sopra siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.

Le situazioni di incompatibilità sono previste nel Capi V e VI del D.Lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni in caso di incompatibilità.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il RPCT effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D.Lgs. n. 39/2013). Il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del D. Lgs. n.39/2013 all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

A fini dell'attuazione della disciplina sulla incompatibilità all'interno dell'Azienda, il dirigente deve trasmettere annualmente alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, nel rispetto delle disposizioni impartite dal Responsabile della medesima funzione, una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico in essere, per permettere alla medesima funzione di svolgere le dovute verifiche.

La dichiarazione è pubblicata, a cura della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, sul sito internet aziendale nell'apposita sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente", ciò consentirà di attuare un controllo diffuso sulla stessa.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-----------------------|--|---|------------|--------------------------|
| Incompatibilità | Acquisizione e verifica della dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità dell'incarico | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Annuale | 100% incarichi in essere |
| Incompatibilità | Pubblicazione dichiarazioni su Amministrazione Trasparente | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Tempestiva | 100% incarichi in essere |

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

La legge n. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001 il comma 16-ter volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

La disposizione stabilisce che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal

presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”

Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

L'aggiornamento 2022 del Piano Nazionale Anticorruzione e le Linee Guida adottate da ANAC con delibera n. 493/2024 forniscono indirizzi interpretativi e danno indicazioni sull'applicazione dell'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (*pantouflage*), precisando in particolare: l'Ambito di applicazione, il contenuto dell'Esercizio dei poteri autoritativi e negoziali, i presupposti per l'applicazione delle conseguenze sanzionatorie, i Soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi e le Sanzioni.

Al fine di dare attuazione alla disposizione in questione, si prevede che la regolamentazione aziendale dei procedimenti preordinati alla stipula di contratti di qualsiasi natura sia integrata con l'esplicita previsione della esclusione dalla gara degli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165.

Si prevede, altresì, l'inserimento di apposite clausole negli atti aziendali di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di *pantouflage*; oltre all'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Il RPCT, non appena venga a conoscenza della violazione del divieto di *pantouflage* da parte di un ex dipendente, provvederà a segnalare detta violazione all'ANAC, alla Direzione aziendale ed anche all'ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|---|--|-------------------------------------|------------|----------------|
| Attività successiva alla cessazione del | Integrazione delle procedure di affidamento di | Responsabile S.C. Gestione Acquisti | tempestivo | 100% contratti |

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|--|---|---|------------|--|
| rapporto di lavoro | lavori, servizi e forniture con l'esplicita previsione della esclusione dalla gara degli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165. | -UT | | |
| Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro | Acquisizione dichiarazione impegno al rispetto del divieto di <i>pantouflage</i> dei dipendenti dimissionari interessati della disciplina ex art 53, co. 16 ter D.Lgs n.165/2001. | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | tempestivo | 100% dipendenti dimissionari interessati |
| Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro | Inserimento di apposite clausole negli atti aziendali di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di <i>pantouflage</i> ex art 53, co.16 ter D.Lgs. n.165/2001 | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | tempestivo | 100% personale assunto interessato |

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.

Con la nuova normativa sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 *bis*, inserito nell'ambito del D.Lgs. n. 165 del 2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.”.

Al fine di dare attuazione alla presente disposizione, si prevede che la regolamentazione aziendale che disciplina la formazione delle commissioni di concorso o di gara e il conferimento di funzioni direttive sia integrata con l'esplicita previsione delle condizioni ostantive ex all'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|--|---|---|------------|---|
| Formazione commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali | Conformità della dichiarazioni richieste ai componenti commissioni concorso ex art 35 bis, D.Lgs n. 165/2001 | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | tempestivo | 100% nr dichiarazioni/nr componenti commissioni |
| Formazione commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali | Applicazione regolamentazione su commissioni di gara ex art 35 bis, D.Lgs n. 165/2001 | Responsabili SS.CC. Gestione Acquisti – Gestione Tecnico Patrimoniale | tempestivo | 100% nr dichiarazioni/nr componenti commissioni di gara |
| Formazione commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali | Applicazione regolamentazione in materia di conferimento incarichi dirigenziali e incarichi area comparto ex art 35 bis, d.lgs n.165/2001 | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | tempestivo | 100% nr dichiarazioni/nr incarichi assegnati negli uffici indicati nella lett. c) art 35bis |

Tutela della persona che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower)

In attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937, è stato emanato il d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante “la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”, che ha abrogato, a partire dal 15/07/2023, l'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001, l'art. 6, commi 2-ter e 2-quater del d.lgs. 231/2001 e l'art. 3 legge n. 179/2017, introducendo una nuova disciplina .

Il D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, definisce whistleblower la persona che effettua la segnalazione o la divulgazione pubblica di informazioni sulle violazioni acquisite nell'ambito del proprio contesto lavorativo. Sono compresi tutti i soggetti che si trovino anche solo temporaneamente in rapporti lavorativi con una amministrazione o un ente privato, pur non avendo la qualifica di dipendenti (volontari, tirocinanti, ecc.), gli assunti in prova, nonché coloro che ancora non hanno un rapporto giuridico con gli enti o il cui rapporto

è cessato, se, rispettivamente, le informazioni sulle violazioni sono state acquisite durante il processo di selezione o in altre fasi precontrattuali ovvero nel corso del rapporto di lavoro.

La persona segnalante beneficerà delle tutele solo se, al momento della segnalazione, aveva un ragionevole e fondato motivo di ritenere che le informazioni sulle violazioni segnalate, divulgate pubblicamente o denunciate fossero vere e rientranti nell'ambito della normativa.

Il whistleblowing non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, solitamente disciplinate da altre procedure.

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema, al fine di dare attuazione alla nuova disciplina introdotta dal D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24, ha adottato, con delibera n. 315 del 17 aprile 2024, il nuovo "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e relative forme di tutela (whistleblowing)" che sostituisce la procedura per la tutela del dipendente che segnala illeciti, nella *versione - IOG04_03 rev.02 Istruzione Operativa per la segnalazione di condotte illecite (whistleblowing)*, approvata con deliberazione n. 790 del 29.12.2021.

L'Azienda, inoltre, ha acquisito la piattaforma informatica (WhistleblowingPA) di Transparency International Italia e di Whistleblowing Solutions Impresa Sociale dotata di strumenti di crittografia e realizzata tramite il software GlobalLeaks, che permette di dialogare in modo anonimo con il segnalante

- accedendo all'indirizzo: <https://aziendasociosanitariaterritorialedicrema.whistleblowing.it/#/>;
- la segnalazione è effettuata attraverso la compilazione di un questionario;
- può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone);
- nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, monitorarne l'andamento e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti, senza possibilità, per il ricevente o altri soggetti, di rintracciare l'origine della segnalazione.

Le modalità di segnalazione sono pubblicate sulla rete Intranet nella sezione Whistleblowing e sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti-Corruzione"

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-----------------------|-----------------------------|--|-------------|---|
| Whistleblowing | Gestione delle segnalazioni | Responsabile UPD e Responsabile Prevenzione Corruzione | 30 -11-2025 | Relazione annuale segnalazioni pervenute e interventi attuati |

Selezione e Formazione del personale

Ai sensi dell'art. 1, c. 8, della L. 190/2012, su indicazione del Responsabile Prevenzione Corruzione, l'Azienda dispone che il Servizio aziendale coinvolto nelle procedure di selezione e reclutamento del personale includa nelle prove concorsuali e selettive, oltre alle materie di competenza per i vari profili, anche la verifica della conoscenza, da parte di tutti i candidati, del Codice di Comportamento aziendale.

In coerenza a quanto previsto dall'art.1, c. 8 della Legge n.190/2012, che attribuisce una notevole rilevanza alla formazione nell'ambito della prevenzione della corruzione, l'Azienda promuove all'interno del proprio Piano di Formazione Annuale iniziative volte a:

- supportare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- divulgare la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- diffondere valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.
- sensibilizzare tutti gli operatori aziendali sulle responsabilità derivanti:
 1. dal mancato rispetto dei principi, dei valori e delle regole previste dal *Codice di Comportamento per il personale e il Codice Etico dell'ASST di Crema* adottato dall'Azienda con delibera n. 891 del 18 ottobre 2024;
 2. dalla violazione del Codice Disciplinare vigente in Azienda, Codice che incorpora il Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni nella sua versione vigente e il Codice di Comportamento aziendale.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della prevenzione in raccordo con il dirigente responsabile della S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse umane e le iniziative formative sono inserite nel Piano Triennale Formazione anno 2025.

Il Responsabile della prevenzione individua, altresì, il personale da coinvolgere nei percorsi formativi, tenendo presenti il ruolo affidato a ciascun soggetto e le aree a maggior rischio di corruzione individuate nel PTPCT.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|-------------------------|---|---|--------------------|--|
| Selezione del personale | Adeguamento prove concorsuali e selettive | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | Per ogni procedura | Verifica conoscenza Codice Comportamento ASST per tutti i candidati |
| Formazione | Piano Formazione 2025 coerente con PTPCT | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 15 -03- 2025 | Approvazione Piano formazione nel rispetto del Piano Prevenzione corruzione |
| Formazione | Organizzazione delle iniziative formative | Responsabile S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane | 1 -12- 2025 | Nr iniziative organizzate / nr iniziative previste nel PFA: 100% Report entro il 1 dicembre 2025 al RPCT |

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Al fine di attivare canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione, l'URP ha revisionato la procedura in essere per la presentazione delle segnalazioni e reclami e il relativo modulo.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|----------------------------------|--|------------------|------------|--------------------------|
| Sensibilizzazione società civile | Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi cattiva amministrazione ecc | Responsabile URP | semestrale | Nr segnalazioni ricevute |

Monitoraggio dei tempi procedurali

L'Azienda, quale misura di prevenzione della corruzione di carattere trasversale, ha attivato un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini previsti per la conclusione dei procedimenti amministrativi per intercettare le aree di criticità a rischio corruzione.

SCHEDA DI PROGRAMMAZIONE ANNUALE DELLA MISURA DI PREVENZIONE

| Misura di prevenzione | Obiettivo | Responsabile | Tempi | Indicatore |
|------------------------------------|--|---|----------------|--|
| Monitoraggio dei tempi procedurali | Monitorare i tempi dei procedimenti per intercettare le aree di criticità a rischio corruzione | I Responsabili delle UU.OO. AA, DMPO, PBC, AAGLL, UP, UT, Consultori, Medicina Legale, Cure Primarie, SERD, URP | semestre le | Invio report al RPCT da parte dei Responsabili |

Monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

Il sistema di monitoraggio della corretta e continua attuazione delle misure di prevenzione del rischio previste nella sezione anticorruzione del PIAO è articolato su due livelli: il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello è attuato in autovalutazione da parte dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. L'attività di monitoraggio in autovalutazione è svolta di norma quadrimestralmente, in concomitanza con la rilevazione degli obiettivi di Budget mediante il coinvolgimento dei Dirigenti interessati.

Il monitoraggio di secondo livello è attuato dal RPCT, coadiuvato dagli organi con funzioni di controllo interno presenti in azienda, e consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nella sezione anticorruzione del PIAO da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

A tal fine il RPCT svolge degli *audit* specifici, con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. Tali momenti di confronto sono utili anche ai fini della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo. L'attività di monitoraggio è pianificata e documentata in un Planning di Verifiche annuale che indica: le Unità Operative, i processi/attività oggetto del monitoraggio, la periodicità delle verifiche, le modalità di svolgimento della verifica.

Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.

Sulla base delle risultanze del monitoraggio circa l'implementazione delle misure di prevenzione, il RPCT suggerisce le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

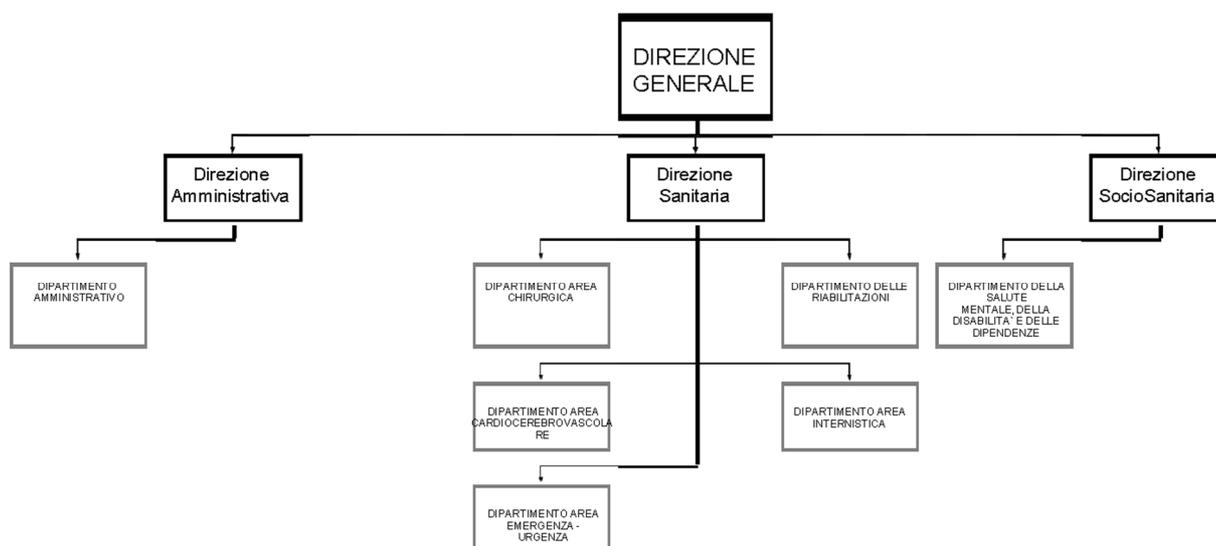
L'organizzazione ed il funzionamento dell'ASST sono disciplinati dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con la ATS e la Regione. In coerenza con le indicazioni regionali relative al POAS, l'azienda ha proceduto:

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

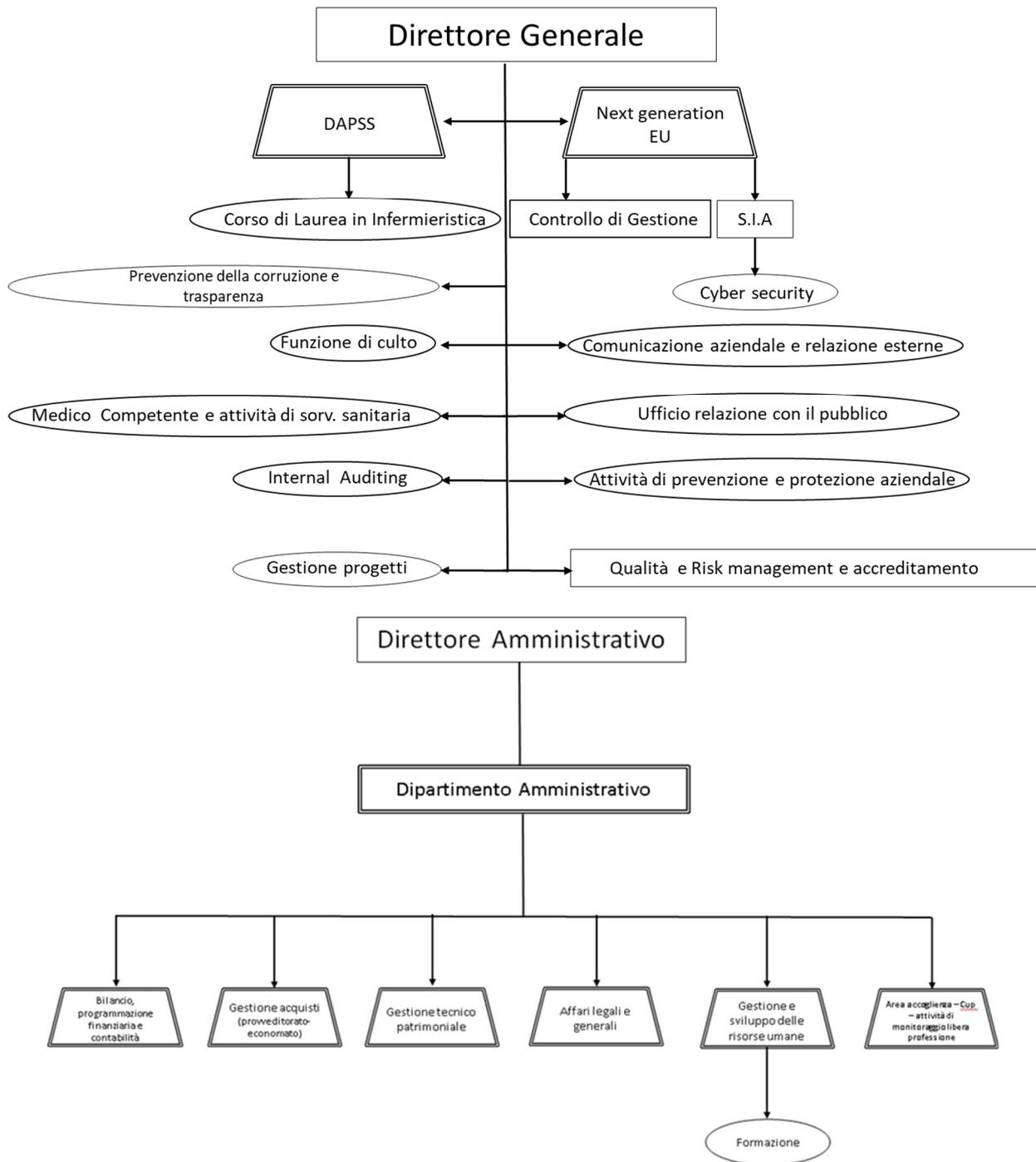
Su tali principi l'azienda ha redatto il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

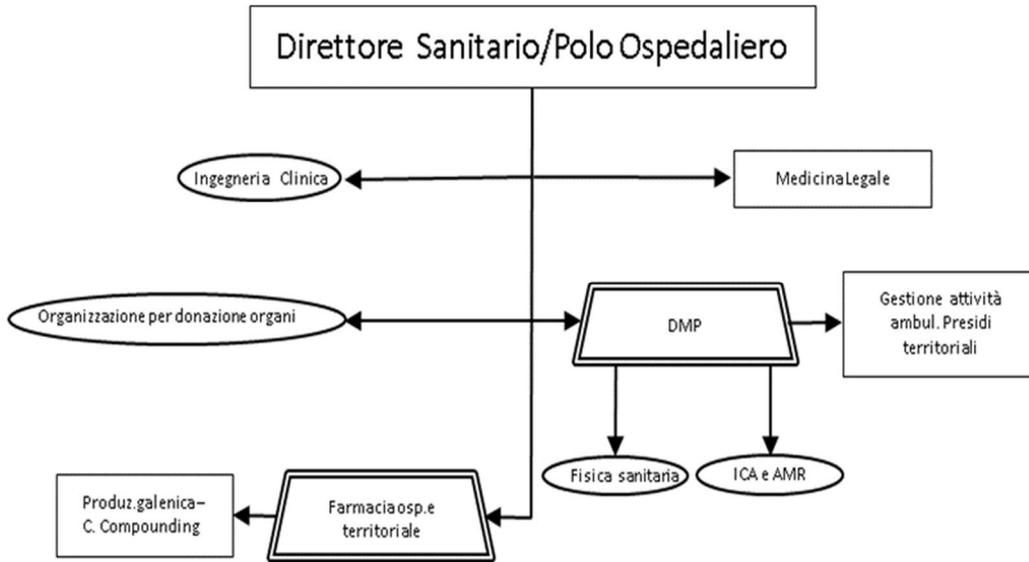
Il POAS vigente è stato approvato con DGR XII/3285 del 31.10.2024 e con deliberazione aziendale n. 977 del 20.11.2024 è stato adottato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico.

Si riporta di seguito l'organigramma vigente:



Tramite i diagrammi seguenti, è rappresentata l'articolazione degli staff alle Direzioni:





Livelli di responsabilità organizzativa

L'organizzazione dei servizi prevede di identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

1) Direzione Strategica

- **Direttore Generale:** è l'organo di vertice e legale dell'Azienda. Assicura il perseguimento delle finalità e degli obiettivi assegnati dalla Regione e, avvalendosi delle attività degli organismi e delle Strutture Aziendali, garantisce il governo dell'Azienda. È responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e svolge ogni funzione prevista dalla normativa regionale.
- **Direttore Sanitario:** dirige a livello strategico i dipartimenti del settore ospedaliero ed è responsabile delle funzioni igienico organizzative di tutte le unità d'offerta dell'Azienda. Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari e promuove l'integrazione degli stessi. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre con pareri e proposte alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.
- **Direttore Amministrativo:** dirige a livello strategico i servizi amministrativi aziendali ai fini tecnico-organizzativi, svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre, con pareri e proposte, alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.
- **Direttore Sociosanitario:** dirige a livello strategico i percorsi di presa in carico dei pazienti e deve garantire agli stessi la continuità assistenziale delle attività che vengono erogate sia nel polo ospedaliero che in quello territoriale. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre con pareri e proposte alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.

2) Incarichi di direzione:

- **Direttore di Dipartimento:** coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e l'uniforme applicazione di procedure comuni per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento di cui è responsabile. Si avvale per

l'esercizio delle sue funzioni del Comitato di dipartimento.

- **Direttore di struttura complessa e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale:** gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura possiede i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza e necessita di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività conferite. La complessità della struttura viene valutata secondo la consistenza delle risorse gestite, la complessità dell'articolazione organizzativa e la strategicità dell'attività svolta.
- **Responsabile di Struttura Semplice:** ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.

3a) Incarichi dirigenziali

- **Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici, professionali:** svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale dirigenziale, un sistema di graduazione, mediante mappatura delle posizioni dirigenziali funzionali alla garanzia di efficienza organizzativa. L'individuazione degli incarichi deve essere funzionale ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale, deve contribuire ad una migliore qualità assistenziale e promuovere lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi.

La graduazione delle posizioni dirigenziali avviene in base ad un sistema basato su specifici items (competenze, l'utilizzo di metodologie e strumentazioni innovative, l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, il grado di autonomia e responsabilità, lo svolgimento di attività di tutoraggio e formazione interna ed esterna ecc.), e tramite l'emissione di bandi di selezione interna per il conferimento degli incarichi dirigenziali disponibili. Ad ogni dirigente è riconosciuta una retribuzione di posizione correlata a ciascuna delle tipologie di incarico; il Collegio tecnico verifica e valuta i dirigenti in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti al termine dell'incarico.

Nello specifico, la seguente tabella evidenzia gli incarichi dirigenziali che risultano coperti alla data del 1/1/2025, in esito al processo di attribuzione sopra descritto:

| RUOLO | INCARICO | N. DIRIGENTI AL 01/01/2025 |
|------------------------------|---|-------------------------------|
| SANITARIO | STRUTTURA COMPLESSA | 30 |
| | STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE | 5 |
| | STRUTTURA SEMPLICE | 30 |
| | ALTISSIMA PROFESSIONALITÀ A VAL. DIPARTIMENTALE | 1 |
| | ALTISSIMA PROFESSIONALITÀ | 10 |
| | ALTA SPECIALIZZAZIONE | 20 |
| | CONSULENZA STUDIO E RICERCA | 63 |
| | INCARICO INIZIALE | 82 |
| | SENZA INCARICO/PERIODO DI PROVA | 39 |
| SANITARIO TOTALE | | 280 |
| PROFESSIONALE | STRUTTURA COMPLESSA | 1 |
| | INCARICO PROFESSIONALE | 2 |
| PROFESSIONALE TOTALE | | 3 |
| TECNICO | INCARICO PROFESSIONALE | 1 |
| AMMINISTRATIVO | STRUTTURA COMPLESSA | 7 |
| | STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE | 1 |
| | INCARICO PROFESSIONALE | 2 |
| AMMINISTRATIVO TOTALE | | 10 |
| TOTALE COMPLESSIVO | | 294 |

3b) Incarichi di funzione del personale del Comparto

In applicazione del nuovo CCNL Comparto Sanità sottoscritto in data 02/11/2022, con Deliberazione n. 675 del 14.09.2023, questa Azienda ha approvato il “Regolamento degli incarichi ex art. 24 e ss. del CCNL del 02/11/2022” oggetto di confronto con le OO.SS. e la RSU.

Con Deliberazione n. 711 del 28/09/2023, questa Azienda ha istituito, in prima applicazione, gli incarichi di funzione organizzativa in ambito sanitario e socio-sanitario pianificati dal Direttore DAPSS.

Con Deliberazione n.1134 del 31/12/2024 è stato aggiornato l’elenco degli incarichi di funzione organizzativa e professionale dell’intera ASST.

Attualmente l’assetto teorico degli incarichi di funzione è rappresentato e rappresentato dalla tabella che segue:

| RUOLO | NUMERO INCARICHI |
|-----------------------------|---------------------|
| SANITARIO E SOCIO SANITARIO | 6 |
| | 4 |
| | 3 |
| | 4 |
| | 13 |
| | 8 |
| | 11 |
| | 5 |
| | 15 |
| | 1 |

| RUOLO | NUMERO INCARICHI |
|---|------------------|
| PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO | 2 |
| | 2 |
| | 5 |
| | 1 |
| | 5 |
| | 2 |
| | 4 |
| Totale complessivo | 91 |

Ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| NUMERO DI DIPENDENTI DEL COMPARTO IN SERVIZIO AL 31/12/2024 | NUMERO UNITA' ORGANIZZATIVE AZIENDALI | AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE IN TERMINI DI NUMERO DI DIPENDENTI DEL COMPARTO IN SERVIZIO |
| 1171 | 69 | 16,97 |
| NUMERO DI DIPENDENTI DELLA DIRIGENZA IN SERVIZIO AL 31/12/2024 | NUMERO UNITA' ORGANIZZATIVE AZIENDALI | AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE IN TERMINI DI NUMERO DI DIPENDENTI DELLA DIRIGENZA IN SERVIZIO |
| 292 | 69 | 4,23 |

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In conformità con quanto previsto dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica adottate il 30.11.2021 e dall'art. 6 comma 3 let. i) del CCNL del comparto sanità per il triennio 2019-2021, sono stati oggetto di confronto sindacale la definizione dei criteri generali di individuazione delle attività "smartabili", nonché dei criteri di priorità per l'accesso al lavoro agile.

Il regolamento – disponibile agli atti - è stato condiviso con le organizzazioni sindacali e trasmesso nella versione definitiva in data 06/02/2023.

Il regolamento si inserisce nel quadro normativo italiano sul lavoro agile, partendo dalla "Riforma Madia" (Legge 124/2015) e dalla Legge 81/2017, che hanno introdotto modalità di lavoro flessibili nella Pubblica Amministrazione. La pandemia COVID-19 ha accelerato l'adozione dello smart working, rendendolo una modalità ordinaria e urgente per garantire la continuità operativa e la tutela della salute pubblica. Successivamente, il quadro normativo si è consolidato con il "Patto per l'innovazione del lavoro pubblico" e il D.Lgs. 105/2022, che ha introdotto priorità di accesso per determinate categorie di lavoratori.

Obiettivi del Lavoro Agile

L'istituto del lavoro agile è concepito per perseguire molteplici finalità, tra cui:

- **Innovazione organizzativa:** Promuovere una gestione basata su obiettivi e risultati, aumentando la produttività e riducendo l'assenteismo.
- **Efficienza operativa:** Ottimizzare risorse e processi grazie alle tecnologie digitali.
- **Inclusione e benessere lavorativo:** Agevolare l'integrazione di lavoratori con disabilità o esigenze particolari.
- **Work-life balance:** Migliorare la conciliazione tra vita lavorativa e privata, promuovendo le pari opportunità.
- **Sostenibilità ambientale:** Ridurre gli spostamenti casa-lavoro e il consumo di risorse.

Destinatari

Il lavoro agile è accessibile su base volontaria per il personale amministrativo e tecnico non sanitario, compatibilmente con le esigenze organizzative e i vincoli operativi delle unità organizzative (U.O.). Sono escluse le attività che richiedono una presenza fisica costante.

Condizioni di Accesso

Per poter accedere al lavoro agile, il lavoratore deve:

- Svolgere mansioni compatibili con il lavoro da remoto.
- Disporre di autonomia operativa e strumenti tecnologici adeguati.
- Rispettare le modalità di pianificazione e monitoraggio della prestazione lavorativa.

Modalità di Svolgimento

- **Frequenza:** Massimo 4 giorni al mese, non cumulabili, con un massimo di 2 giorni a settimana.
- **Orario di lavoro:** Flessibile tra le 8:00 e le 20:00, con diritto alla disconnessione di almeno 11 ore consecutive.
- **Luogo di lavoro:** Deve essere idoneo e conforme alle normative di sicurezza.
- **Strumenti di lavoro:** Il dipendente può usare dispositivi personali o aziendali, senza diritto a rimborsi spese.
- **Monitoraggio:** Il responsabile valuta il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Tutela del Lavoratore

- **Salute e sicurezza:** Il lavoratore è responsabile della scelta di un ambiente idoneo.

- **Assicurazione:** Copertura INAIL per infortuni e malattie professionali anche nel tragitto casa-luogo di lavoro agile.
- **Doveri e responsabilità:** Rispetto della privacy, della sicurezza informatica e delle normative aziendali.

Priorità di Accesso

In caso di richieste superiori al 20% del personale di una U.O., la priorità è data a:

- Genitori con figli fino a 12 anni o con disabilità.
- Lavoratori con disabilità o caregivers.
- Dipendenti fragili o in gravidanza.
- Residenti a oltre 40 km dalla sede di lavoro.

Recesso e Interruzione

Il lavoro agile può essere interrotto con un preavviso di 30 giorni, salvo giustificato motivo, come esigenze organizzative o mancato raggiungimento degli obiettivi.

Conclusione

Il regolamento mira a integrare il lavoro agile nella gestione delle risorse umane dell'ASST di Crema, garantendo flessibilità e innovazione organizzativa nel rispetto delle esigenze del servizio pubblico. Questa modalità lavorativa, oltre a migliorare l'efficienza operativa e il benessere del personale, consente di ottimizzare le risorse e di rendere più efficace l'erogazione dei servizi, contribuendo così a una gestione più funzionale e attenta alle necessità della collettività.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

- Rappresentazione della consistenza di personale al 31/12/2024

| DO 2024 Del.629/2024 | VARIANZI | DO 2024 | TOTALI (Z-DO) | Macro area PFP | TOTALI (A) | TOTALI (B) | TOTALI (C) | TOTALI A+B+C | = (A+B+C) (Z) |
|-------------------------|----------|-------------|---------------|---|-----------------------|-------------|--------------|-------------------|-------------------|
| | | | | | PRESENTI al 31dic2023 | USCITE 2024 | ENTRATE 2024 | MTESTE AL 31dic24 | MTESTE AL 31dic24 |
| 281 | - | 281 | 39 | DIRIGENZA MEDICA * | 234 | -93 | 101 | 242 | 242 |
| 35 | - | 35 | 3 | DIRIGENZA SANITARIA | 28 | -13 | 17 | 32 | 32 |
| 4 | - | 4 | 1 | DIRIGENZA DELLE PROF. SANITARIE | 3 | -2 | 2 | 3 | 3 |
| 5 | - | 5 | 2 | DIRIGENZA PROFESSIONALE | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| 1 | - | 1 | 0 | DIRIGENZA TECNICA | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | - | 11 | 2 | DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 9 | -1 | 1 | 9 | 9 |
| 337 | 0 | 337 | 47 | AREA DIRIGENTI Totale | 278 | -109 | 121 | 290 | 290 |
| 650 | - 5 | 645 | 55 | PERSONALE INFERMIERISTICO | 604 | -101 | 87 | 590 | 590 |
| 72 | - | 72 | 5 | PERSONALE TECNICO SANITARIO | 67 | -9 | 9 | 67 | 67 |
| 24 | - | 24 | 0 | PERSONALE MGIL. ISPEZIONE | 20 | -5 | 9 | 24 | 24 |
| 87 | - | 87 | 15 | PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 76 | -14 | 10 | 72 | 72 |
| 16 | - | 16 | 2 | ASSISTENTI SOCIALI | 11 | 0 | 3 | 14 | 14 |
| 77 | 1 | 78 | 6 | PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 74 | -12 | 10 | 72 | 72 |
| 151 | 5 | 156 | 4 | PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS | 143 | -16 | 25 | 152 | 152 |
| 191 | - 2 | 189 | 13 | PERSONALE AMMINISTRATIVO | 168 | -30 | 38 | 176 | 176 |
| 1 | 1 | 2 | 0 | PROFESSIONALE (spec. Comunicaz e Religioso) | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| 1269 | - | 1269 | 100 | AREA COMPARTO Totale | 1164 | -187 | 192 | 1169 | 1169 |
| 1606 | 0 | 1606 | 147 | Totale complessivo | 1442 | -296 | 313 | 1459 | 1459 |

Il costo del personale, per quanto riguarda la spesa complessiva al 31/12/2024, è in quadratura con quanto indicato nell'Assestamento 2024 (V2) assegnato con Decreto da Regione Lombardia n. 15492 del 16/10/2024, di seguito una rappresentazione sintetica dei valori:

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------|------------------|-------------------|
| CODICE ASST | 726 | | | |
| DENOMINAZIONE | ASST DI CREMA | | | |
| IMPORTI in unità di euro | ASSESTAMENTO 2024 (V1) | | | |
| COSTI | Sez. SANITARIO | Sez. TERRITORIO | Sez. AREU | TOTALE |
| Costo del personale (escluso IRAP) | 70.345.458 | 5.331.306 | 345.736 | 76.022.500 |
| Personale con oneri riflessi | 69.631.962 | 5.331.306 | 345.736 | 75.309.004 |
| RAR Comparto con oneri riflessi esclusa IRAP | 543.374 | 0 | 0 | 543.374 |
| RAR Dirigenza con oneri riflessi esclusa IRAP | 170.122 | 0 | 0 | 170.122 |
| IRAP (su personale dipendente) | 4.908.066 | 368.324 | 22.484 | 5.298.874 |
| Totale Costo del personale con oneri riflessi ed IRAP | 75.253.524 | 5.699.630 | 368.220 | 81.321.374 |

● **Programmazione strategica delle risorse umane anno 2024/2026**

La programmazione strategica del bisogno di risorse umane è esplicitata nel documento denominato Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) di validità triennale aggiornato annualmente.

In data 08/07/2024 con DGR XII/2700 è stato Approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) 2024 – 2026 della ASST di Crema, recepito con Deliberazione n.629 del 23/07/2024.

Tale Piano prevedeva per il 2024 la seguente Dotazione Organica:

| DO 2024 | OSPEDALE | | | | | TERRITORIO | | | | | | | TOTALE COMPLESSIVO ASST | |
|---|-----------------|------------------------|---|-------------|-----------------|---------------------------|-----------|------------------|-----------------------------|----------|---------------|----------------------------|-------------------------|-------------------|
| | TOTALE OSPEDALE | di cui pronto soccorso | terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU | area medica | area chirurgica | Distretti, CDC, COT e ODC | ADI | Area prevenzione | Dipartimento salute mentale | Carceri | Cure primarie | Altri servizi territoriali | | TOTALE TERRITORIO |
| Raggruppamento profili | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRIGENZA MEDICA | 245 | 18 | 27 | 115 | 64 | 1 | 2 | 3 | 18 | | 2 | 10 | 36 | 281 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 15 | | | 7 | | 2 | | | 12 | | 2 | 4 | 20 | 35 |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 3 | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 4 |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 5 | | | | | | | | | | | | 0 | 5 |
| DIRIGENZA TECNICA | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 10 | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 11 |
| TOTALE DIRIGENZA | 279 | 18 | 27 | 122 | 64 | 5 | 2 | 3 | 30 | 0 | 4 | 14 | 58 | 337 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IRP/C) | 524 | 38 | 60 | 245 | 97 | | 6 | 1 | 37 | | 2 | 9 | 55 | 579 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IRF/C) | | | | | | 37 | 7 | | | | | | 44 | 44 |
| OSTETRICA | 25 | | | | | | | | | | | 2 | 2 | 27 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 72 | | | 69 | 3 | | | | | | | | 0 | 72 |
| ASSISTENTI SANITARI | 4 | | | 1 | | | | 16 | | | 1 | 2 | 19 | 23 |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 49 | | | 6 | 3 | 8 | | | 26 | | | 4 | 38 | 87 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 2 | | | | | 5 | 1 | | 5 | | | 3 | 14 | 16 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 76 | | | 7 | 7 | 1 | | | | | | 1 | 1 | 77 |
| OTA | 4 | | | 1 | 2 | | | | 1 | | | | 1 | 5 |
| OSS | 129 | 11 | 12 | 55 | 33 | 6 | | | 10 | | 1 | | 17 | 146 |
| AUSILIARI | 0 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 158 | | | 2 | | 9 | | 2 | 4 | | 12 | 6 | 33 | 191 |
| PERSONALE COMUNICAZIONE INFORMAZIONE | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| RECUPERO O COLLABORATORE DIEMERGA SANITARIA | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| TOTALE COMPARTO | 1.045 | 49 | 80 | 387 | 138 | 65 | 14 | 19 | 85 | 0 | 16 | 27 | 224 | 1.269 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 1.324 | 67 | 107 | 509 | 202 | 70 | 16 | 22 | 113 | 0 | 20 | 41 | 282 | 1.606 |

DO 2025

| DO 2025 | OSPEDALE | | | | | TERRITORIO | | | | | | | TOTALE COMPLESSIVO ASST | |
|---|-----------------|------------------------|---|-------------|-----------------|---------------------------|-----------|------------------|-----------------------------|----------|---------------|------------------------------|-------------------------|-------------------|
| | TOTALE OSPEDALE | di cui pronto soccorso | terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU | area medica | area chirurgica | Distretti, CDC, COT e ODC | ADI | Area prevenzione | Dipartimento salute mentale | Carceri | Cure primarie | Altri e servizi territoriali | | TOTALE TERRITORIO |
| Raggruppamento profili | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRIGENZA MEDICA | 245 | 18 | 27 | 115 | 64 | 1 | 2 | 3 | 18 | | 2 | 10 | 36 | 281 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 15 | | | 7 | | 2 | | | 12 | | 2 | 4 | 20 | 35 |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 3 | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 4 |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 5 | | | | | | | | | | | | 0 | 5 |
| DIRIGENZA TECNICA | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 10 | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 11 |
| TOTALE DIRIGENZA | 279 | 18 | 27 | 122 | 64 | 5 | 2 | 3 | 30 | 0 | 4 | 14 | 58 | 337 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IPeC) | 524 | 38 | 60 | 245 | 96 | | 6 | 1 | 37 | | 2 | 9 | 55 | 579 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IPeC) | | | | | | 37 | 7 | | | | | | 44 | 44 |
| OSTETRICA | 25 | | | | | | | | | | | 2 | 2 | 27 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 72 | | | 69 | 3 | | | | | | | | 0 | 72 |
| ASSISTENTI SANITARI | 4 | | | 1 | | | | 16 | | | 1 | 2 | 19 | 23 |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 49 | | | 6 | 3 | 8 | | | 26 | | | 4 | 38 | 87 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 2 | | | | | 5 | 1 | | 5 | | | 3 | 14 | 16 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 76 | | 7 | 7 | 1 | | | | | | | 1 | 1 | 77 |
| OTA | 4 | | 1 | 2 | 1 | | | | 1 | | | | 1 | 5 |
| OSS | 129 | 11 | 12 | 55 | 33 | 6 | | | 10 | | 1 | | 17 | 146 |
| AUSILIARI | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 158 | | | 2 | | 9 | | 2 | 4 | | 12 | 6 | 33 | 191 |
| PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| MECCANICO O COLLABORATORE DI ENFERA SANITARIA | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| TOTALE COMPARTO | 1.045 | 49 | 80 | 387 | 137 | 65 | 14 | 10 | 85 | 0 | 16 | 27 | 224 | 1.269 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 1.324 | 67 | 107 | 509 | 201 | 70 | 16 | 22 | 113 | 0 | 20 | 41 | 282 | 1.606 |

DO 2026

| DO 2026 | OSPEDALE | | | | | TERRITORIO | | | | | | | TOTALE COMPLESSIVO ASST | |
|---|-----------------|------------------------|---|-------------|-----------------|---------------------------|-----------|------------------|-----------------------------|----------|---------------|------------------------------|-------------------------|-------------------|
| | TOTALE OSPEDALE | di cui pronto soccorso | terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU | area medica | area chirurgica | Distretti, CDC, COT e ODC | ADI | Area prevenzione | Dipartimento salute mentale | Carceri | Cure primarie | Altri e servizi territoriali | | TOTALE TERRITORIO |
| Raggruppamento profili | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRIGENZA MEDICA | 245 | 18 | 27 | 115 | 64 | 1 | 2 | 3 | 18 | | 2 | 10 | 36 | 281 |
| DIRIGENZA VETERINARIA | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| DIRIGENZA SANITARIA | 15 | | | 7 | | 2 | | | 12 | | 2 | 4 | 20 | 35 |
| DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE | 3 | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 4 |
| DIRIGENZA PROFESSIONALE | 5 | | | | | | | | | | | | 0 | 5 |
| DIRIGENZA TECNICA | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| DIRIGENZA AMMINISTRATIVA | 10 | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 11 |
| TOTALE DIRIGENZA | 279 | 18 | 27 | 122 | 64 | 5 | 2 | 3 | 30 | 0 | 4 | 14 | 58 | 337 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IPeC) | 524 | 38 | 60 | 245 | 96 | | 6 | 1 | 37 | | 2 | 9 | 55 | 579 |
| INFERMIERE DI FAMIGLIA (IPeC) | | | | | | 37 | 7 | | | | | | 44 | 44 |
| OSTETRICA | 25 | | | | | | | | | | | 2 | 2 | 27 |
| PERSONALE TECNICO SANITARIO | 72 | | | 69 | 3 | | | | | | | | 0 | 72 |
| ASSISTENTI SANITARI | 4 | | | 1 | | | | 16 | | | 1 | 2 | 19 | 23 |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE | 49 | | | 6 | 3 | 8 | | | 26 | | | 4 | 38 | 87 |
| ASSISTENTI SOCIALI | 2 | | | | | 5 | 1 | | 5 | | | 3 | 14 | 16 |
| PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO | 76 | | 7 | 7 | 1 | | | | | | | 1 | 1 | 77 |
| OTA | 4 | | 1 | 2 | 1 | | | | 1 | | | | 1 | 5 |
| OSS | 129 | 11 | 12 | 55 | 33 | 6 | | | 10 | | 1 | | 17 | 146 |
| AUSILIARI | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| ASSISTENTE RELIGIOSO | 1 | | | | | | | | | | | | 0 | 1 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 158 | | | 2 | | 9 | | 2 | 4 | | 12 | 6 | 33 | 191 |
| PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| MECCANICO O COLLABORATORE DI ENFERA SANITARIA | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| TOTALE COMPARTO | 1.045 | 49 | 80 | 387 | 137 | 65 | 14 | 10 | 85 | 0 | 16 | 27 | 224 | 1.269 |
| TOTALE COMPLESSIVO | 1.324 | 67 | 107 | 509 | 201 | 70 | 16 | 22 | 113 | 0 | 20 | 41 | 282 | 1.606 |

In particolare, il PTFP 2024 – 2026 risulta potenziare rispetto al precedente PTFP i seguenti ambiti di attività:

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attivazione di n. 1 ulteriore Casa di Comunità, nel rispetto dei fabbisogni indicati nel DM 77/2022, con conseguente incremento delle seguenti figure:
 - n. 1 coordinatore infermieristico
 - n. 10 infermieri
 - n. 2 assistenti sociali
 - n. 1 educatore
 - n. 1 personale della riabilitazione
 - n. 1 terapeuta occupazionale

- n. 4 assistenti amministrativi
- n. 1 dirigente psicologo
- Attivazione del nuovo Dipartimento “Cure Primarie” ai sensi di quanto previsto con DGR XI/7758 del 28/12/2022 con conseguente incremento delle seguenti figure:
 - n. 1 dirigente medico
 - n. 1 dirigente sanitario
 - n. 1 assistente sanitario
 - n. 5 personale del comparto amministrativo, dei quali n. 2 in trasferimento per mobilità da ATS Valpadana
- attivazione di n. 1 UCA con conseguente incremento delle seguenti figure:
 - n. 3 medici
 - n. 3 infermieri di famiglia

Si specifica che in ottemperanza alla DGR XII/3720 del 30/12/2024 avente ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”, allegato 10, paragrafo 10.6.4 la proposta del Piano Triennale dei Fabbisogni (PTFP) 2025/2027 *dovrà essere adottata dall’ente con apposito atto deliberativo, validato, per quanto di competenza dai propri Collegi dei Revisori e inviato agli uffici della DG Welfare entro il 28 febbraio 2025, per l’approvazione e gli atti conseguenti regionali. Le modalità per la presentazione saranno definite con specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare.*

• **Assegnazione economica 2025**

Per quanto attiene al 2025 il costo complessivo indicato da Regione Lombardia nel decreto del BPE 2024 (V1) è stato determinato dalla scrivente ASST sulla base delle risorse assegnate con il “Decreto della Direzione Generale Presidenza n. 20032 del 18 dicembre 2024”, tali valori, nel loro complesso, riconfermano l’assegnazione formulata in sede di Assestamento 2024 al netto dei finanziamenti “una tantum” dell’esercizio precedente, come di seguito dettagliato:

| SEZIONALE SANITARIO/ASSISTENZA E TERRITORIALE | | | | | | | | |
|--|------------------------------|--|---|--|------------------------------------|--|------------------------------------|---------------|
| BILANCIO ASSETAMENTO 2024 | INDENNITA' MANCATO PREAVVISO | IRAP ARRETRATI CONTRATTUALI DIRIGENZA AREA SANITA' | IRAP ARRETRATI CONTRATTUALI DIRIGENZA PTA | RISORSE DL 145/2023 ART 3 - ANTICIPO RINCHI CONTRATTUALI | EVENTUALI RICONOSCIMENTI AGLI ENTI | RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI QUOTA ACCONTO ANNO 2024 | TOTALE BILANCIO DI PREVISIONE 2025 | |
| Q | R | S | T | U | V | W | X=Q+R+S+T+U+V+W | |
| Costo del Personale (escluso IRAP) | 75.676.764,00 | -21.785,00 | | | -171.639,00 | 0,00 | -713.496,00 | 74.769.844,00 |
| IRAP su Personale Dipendente | 5.276.390,00 | -7.734,00 | -237.390,00 | -9.537,00 | -11.429,00 | 0,00 | -48.263,00 | 4.962.037,00 |
| Totale costo complessivo di oneri riflessi ed IRAP | 80.953.154,00 | -29.519,00 | -237.390,00 | -9.537,00 | -183.068,00 | 0,00 | -761.759,00 | 79.731.881,00 |

- **Obiettivi di trasformazione dell’allocazione delle risorse**

Anche l’anno 2025 sarà caratterizzato dal progressivo sviluppo dell’area territoriale, con conseguente allocazione in tale area delle nuove risorse.

- **Strategia di copertura del fabbisogno**

Nell’ambito della pianificazione strategica e operativa definita dal PIAO, la ASST di Crema individua nella copertura del fabbisogno di personale un asse prioritario per il conseguimento degli obiettivi aziendali e l’erogazione di servizi sanitari di qualità. Alla luce delle necessità organizzative e del continuo evolversi delle dinamiche socio-sanitarie, si rende imprescindibile una programmazione articolata e proattiva delle risorse umane, in grado di rispondere tempestivamente alle sfide poste dal contesto di riferimento.

In questa prospettiva, la strategia primaria sarà incentrata sull’attivazione di procedure concorsuali mirate, con un focus particolare sul reclutamento di figure altamente qualificate come la dirigenza medica, nonché di personale infermieristico, essenziale per garantire standard assistenziali adeguati. L’ASST intende perseguire queste finalità sia attraverso un approccio diretto, con bandi di concorso autonomi, sia mediante percorsi condivisi con le altre aziende sanitarie lombarde. Tali sinergie inter-aziendali mirano a ottimizzare tempi, risorse e competenze, favorendo economie di scala e garantendo una maggiore omogeneità e continuità nelle politiche di reclutamento a livello territoriale.

Inoltre, per alcune discipline mediche in cui si manifestano perduranti criticità nel reclutamento delle figure necessarie, l’ASST prevede il ricorso alla stipula di convenzioni con altre aziende sanitarie regionali o extra-regionali. Questo approccio consente di far fronte alle carenze temporanee, garantendo continuità nell’erogazione dei servizi e valorizzando al contempo le collaborazioni inter-istituzionali per massimizzare l’efficacia degli interventi.

L’implementazione di tali procedure sarà accompagnata da un monitoraggio costante dei fabbisogni aziendali, al fine di identificare con tempestività eventuali aree critiche e intervenire con strumenti di flessibilità organizzativa. Inoltre, la nostra ASST intende rafforzare le collaborazioni con le istituzioni formative, con l’obiettivo di attrarre e valorizzare, incentivando il ricambio generazionale e promuovendo al contempo la crescita professionale del personale già in forza.

In sintesi, l’approccio delineato si pone l’obiettivo di garantire un sistema efficace e sostenibile di copertura del fabbisogno di personale, capace di coniugare la qualità dei servizi con la valorizzazione delle competenze e il rispetto delle normative vigenti in materia di organizzazione e gestione delle risorse umane.

- **Formazione del personale**

- a) Piano della Formazione**

L'aggiornamento e la riqualificazione continua rappresentano gli strumenti di natura strategica per lo sviluppo delle risorse umane, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla ASST. Per garantire la valorizzazione delle risorse interne, l'ASST ha pertanto approvato con deliberazione n. 269 del 27/03/2024 il Piano Formativo Aziendale relativo all'anno 2024. Tale documento rappresenta lo strumento del processo formativo che vuole colmare un delta tra gli obiettivi del singolo operatore e quelli della azienda, tra il ruolo agito e un insieme integrato di conoscenze (sapere), abilità (saper fare) ed atteggiamenti (saper essere) ossia le competenze da mantenere o acquisire (saper divenire), consentendo una risposta formativa personalizzata e nel contempo integrata in sintonia con l'innovazione in campo sanitario, amministrativo, tecnologico ed organizzativo. Ogni anno la Formazione attiva la ricerca sui bisogni formativi con modalità permanenti di ascolto delle istanze culturali dei collaboratori. In particolare orienta l'azione alla ricognizione di:

- Ambito tecnico – professionale (risulta essere il fulcro più ricorrente e stabile delle indagini).
- Ambito manageriale.
- Ambito socio-sanitario: (i comportamenti e gli atteggiamenti degli Operatori sanitari devono essere congruenti con gli obiettivi più generali della programmazione aziendale, regionale e nazionale).
- Ambito individuale: legato alle istanze di espressione della formazione fruita dal lavoratore e quindi con azioni orientate al mantenimento dei saperi.

L'incontro tra domanda e bisogno di formazione avviene attraverso:

- **Analisi delle fonti esterne all'Azienda:**
 - Obiettivi Nazionali [Conferenza Stato Regioni 1 agosto 2007 e successive modificazioni: riordino del sistema di Formazione continua in Medicina] e successive integrazioni
 - Obiettivi Regionali [Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale];
 - CCNL;
 - Norme e Regolamenti a carattere Generale legate alla formazione
 - Sistema Regole Regionali
- **Analisi delle fonti interne:**
 - Formazione pregressa (quali/quantitativa) interna ed esterna;
 - Indagini sulla Customer; Eventi critici; Reclami ed encomi,

- Interviste semi-strutturate al Vertice Strategico ed agli Uffici in Staff;)
- Analisi del sistema di attese (ai Responsabili/Coordinatori)

Molte attività formative hanno accompagnato modifiche organizzative significative, dando in questo modo il senso di una formazione che rappresenta e sostanzia una delle leve strategiche per il cambiamento non solo nelle conoscenze e abilità tecnico-specialistiche, ma come volano a nuovi modelli interpretativi del management aziendale.

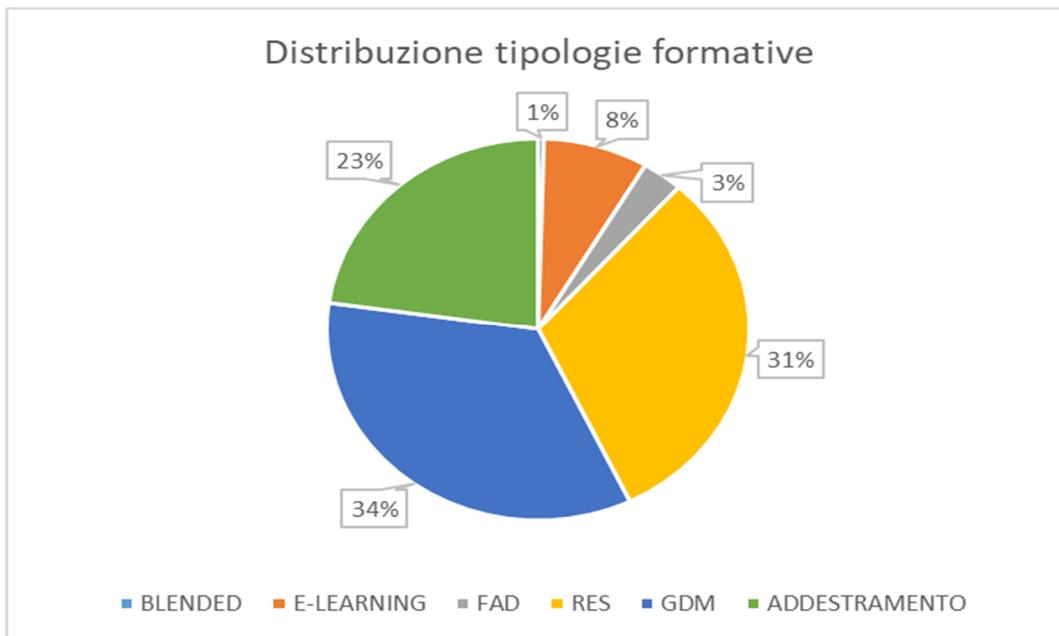
Gli obiettivi sia tecnico-professionali, di processo e di sistema sono stati perseguiti in molti ambiti aziendali. Un affondo formativo sistematico è stato riservato come vedremo nella presente relazione alla formazione legata alla sicurezza.

I dati (elaborazione 17.1.2025) a conferma di quanto affermato sono rappresentati dagli indicatori sotto elencati:

| | |
|-----------------------------------|-----|
| ● N. di corsi ECM | 203 |
| ● N. di edizioni ECM | 348 |
| ● N. di corsi non accreditati ECM | 22 |
| ● Totalità degli eventi | 573 |

Distribuzione obiettivi:

| | |
|-----------------------------------|-------|
| ● Obiettivi tecnico professionali | 68,7% |
| ● Obiettivi di Processo | 9,3% |
| ● Obiettivi di Sistema | 20,5% |



| DOCENZA | gravemente insufficiente | insufficiente | sufficiente | buono | ottimo |
|---------|--------------------------|---------------|-------------|-------|--------|
|---------|--------------------------|---------------|-------------|-------|--------|

Come valuta la docenza in termini di competenza, chiarezza espositiva, interazione con l'aula?

14 50 560 2.925 5.553

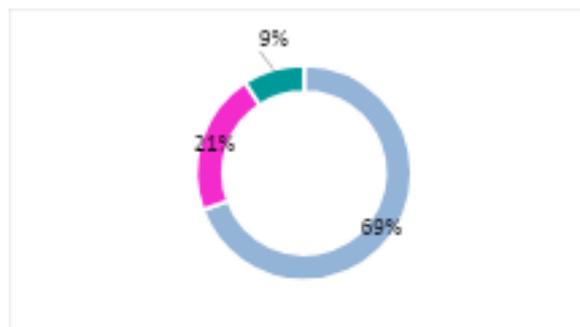
**Totale medie 4,5329
(5)**

In una logica di digitalizzazione e dematerializzazione, per la determinazione del sistema di attese formative, anche per il 2025 il *format* da compilare è stato informatizzato. Si è provveduto alla generazione di un link e invito alla compilazione rivolto ai responsabili tramite mail, a seguito del quale si è proceduto alla raccolta e successiva analisi delle iniziative formative da progettare ed erogare nel 2025 da parte delle diverse Articolazioni Aziendali.

In particolare, per le iniziative inserite attraverso la compilazione del *format*, 98 in totale, è stato possibile rilevare quanto segue:

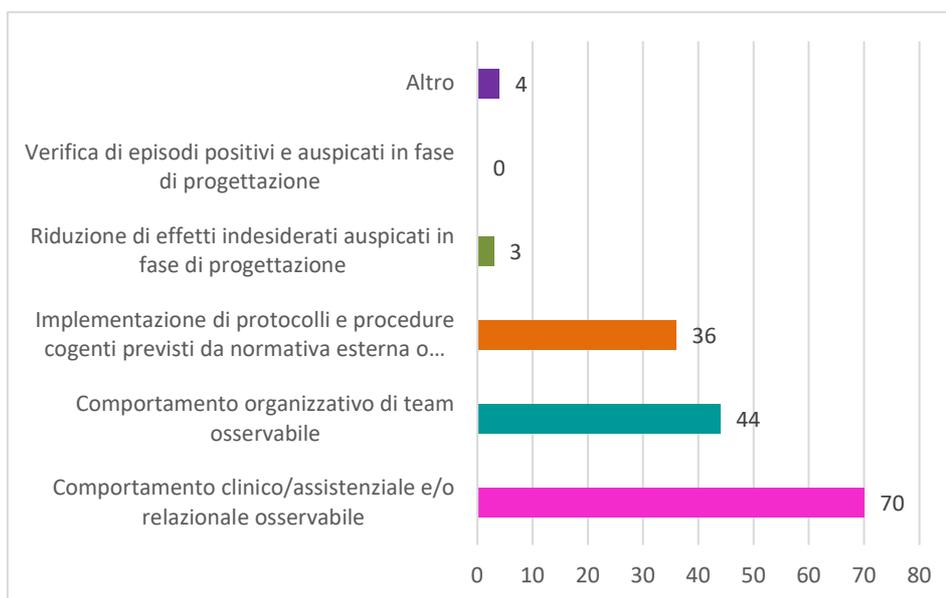
Obiettivi Formativi da perseguire

- 68 **Obiettivi tecnico – professionali**
- 21 **Obiettivi di processo**
- 9 **Obiettivi di sistema**



Risultati attesi

- 70 **Comportamento clinico/assistenziale e/o relazionale osservabile**
- 44 **Comportamento organizzativo di team osservabile**
- 36 **Implementazione di protocolli e procedure cogenti previsti da normativa esterna o interna all'azienda**
- 3 **Riduzione di effetti indesiderati auspicati in fase di progettazione**
- 0 **Verifica di episodi positivi e auspicati in fase di progettazione**
- 4 **Altro**



Tipologia Formativa:

- 45 **Residenziale**
- 42 **Gruppo di miglioramento**
- 7 **Training individualizzato**
- 4 **Fad**
- 0 **Comitati**
- 0 **Audit**
- 0 **Convegno**

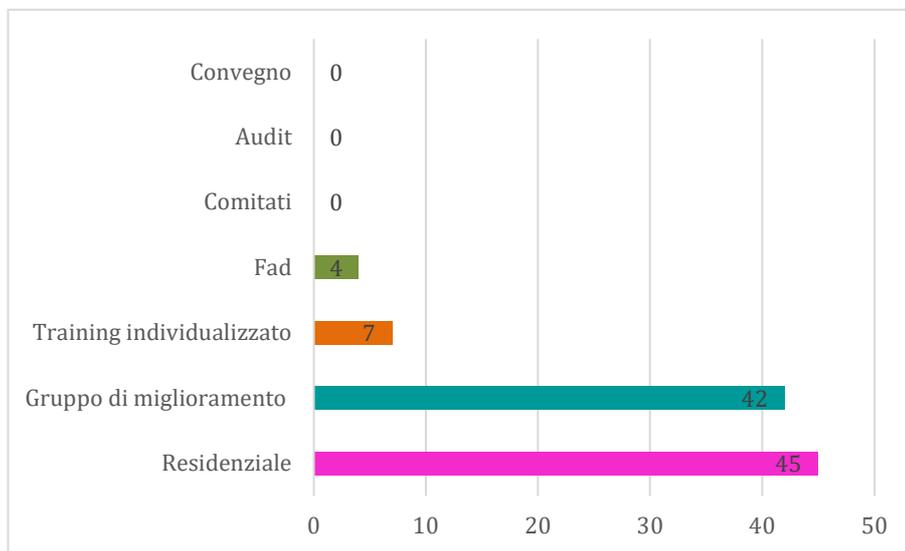
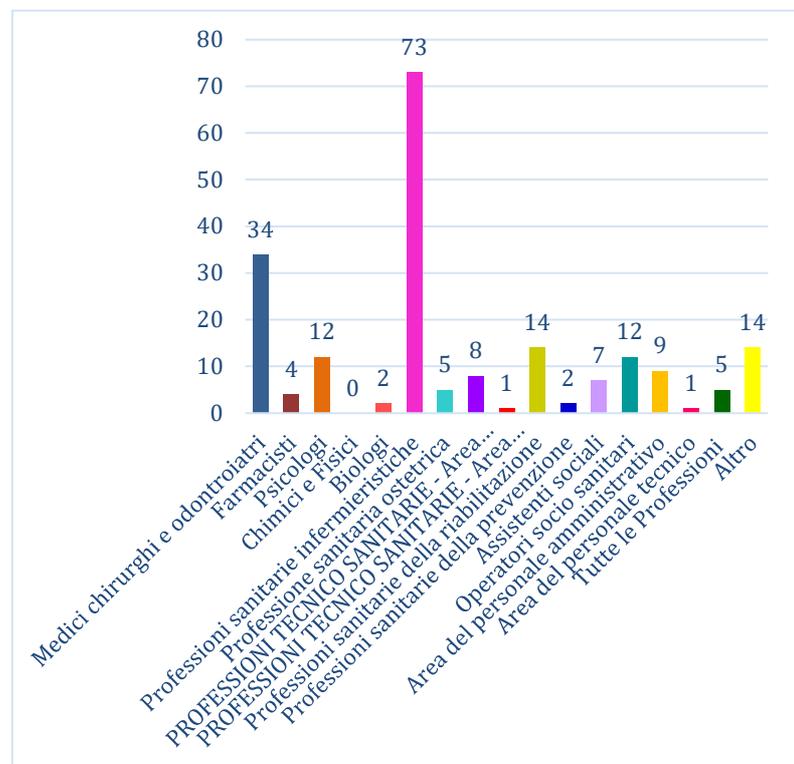


Figure professionali a cui è rivolta la proposta formativa

| | |
|----|---|
| 34 | Medici chirurgi e odontoiatri |
| 4 | Farmacisti |
| 12 | Psicologi |
| 0 | Chimici e Fisici |
| 2 | Biologi |
| 73 | Professioni sanitarie infermieristiche |
| 5 | Professione sanitaria ostetrica |
| 8 | PROFESSIONI TECNICO SANITARIE - Area Tecnico diagnostica |
| 1 | PROFESSIONI TECNICO SANITARIE - Area Tecnico assistenziale |
| 14 | Professioni sanitarie della riabilitazione |
| 2 | Professioni sanitarie della prevenzione |
| 7 | Assistenti sociali |
| 12 | Operatori socio sanitari |
| 9 | Area del personale amministrativo |
| 1 | Area del personale tecnico |
| 5 | Tutte le Professioni |
| 14 | Altro |



b) Priorità Strategiche

Come ogni anno è necessario prevedere una attività formativa che possa rispondere in buona sostanza ad alcune variabili determinate dalle diverse discipline agite in ambito aziendale dal singolo o dalla famiglia professionale, dagli obiettivi aziendali, da quelli nazionali e regionali. Ecco, dunque che l'apporto della formazione aziendale deve contenere nella fase di programmazione tali elementi che possano accompagnare il singolo, il gruppo e l'intera Azienda verso il raggiungimento di obiettivi prefissati. Di

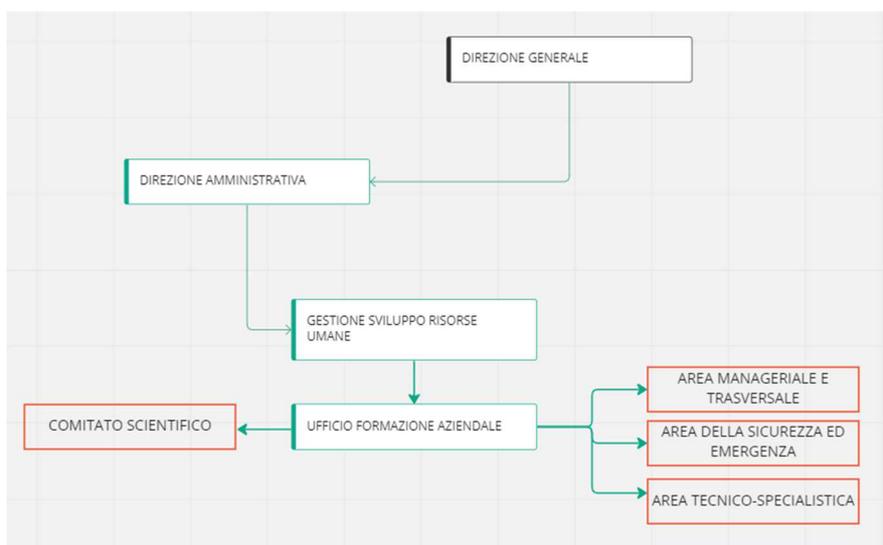
seguito vengono segnalati i percorsi, alcuni dei quali già avviati nel 2024, che si intende perseguire per l'anno 2025.

Di particolare rilevanza rimane infatti l'approfondimento di tematiche legate al PNRR, per le quali sono previsti specifici finanziamenti. I progetti maggiormente rappresentativi sono:

- FSE 2.0
- ADT – Order entry
- Cartella Clinica Elettronica
- Digital Patology
- Armadio Farmaceutico
- Infezioni Correlate alla Assistenza (ICA)
- Competenze digitali in sanità

L'attività formativa sarà modulata tenendo in considerazione le Determinazioni in ordine alla Gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2025.

c) Le risorse



Oltre al personale afferente all'Ufficio Formazione con funzioni di governo del processo, l'Azienda si avvale di Docenti o società esterne di formazione qualora le competenze non siano presenti; molta dell'attività formativa è gestita attraverso la Formazione sul Campo, direttamente dal personale che opera in ASST a

testimonianza della grande competenza e volontà di aggiornamento e in una logica di isorisorse.

Ogni anno alla formazione viene assegnato un budget che risponde a diversi criteri di assegnazione:

- strategia formative e progetti correlati;
- numerosità del personale e delle diverse famiglie professionali.

d) Gli obiettivi e i risultati attesi

| Indicatori Qualità Processo Formativo | | | | | | | |
|---------------------------------------|----|---|--|---|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Area di riferimento Indicatore | N° | Descrizione Indicatore | Indicatore | Standard riferimento | Dato 2022 | Dato 2023 | Dato 2024 |
| Efficienza | 1 | Percentuale di realizzazione totale degli eventi inseriti nel PFA | N° eventi realizzati / N° eventi previsti nel PFA | $\geq 50\%$ | 97% | 92% | 94% |
| | 2 | Percentuale di realizzazione degli eventi accreditati per il riconoscimento dei crediti ECM | N° eventi ECM realizzati / N° eventi | $\geq 50\%$ | 96,8% | 97,5 | 87 % |
| | 3 | Percentuale di domande corrette per la partecipazione a formazione esterna | N° domande corrette / N° totale domande ricevute | 90% | 96% | 96,5 | 96,5% |
| Partecipazione | 4 | Percentuale di partecipazione per tipologia di attività formativa | N° partecipanti presenti alla specifica tipologia di attività formativa / N° iscritti alla specifica tipologia di attività formativa | RES $\geq 40\%$ FSC $\geq 50\%$ FAD $\geq 10\%$ | 38% 57,7% 4,4% | 36 % 56% 8% | 32% 57% 11% |
| | 5 | Tasso di assenteismo per tipologia di attività formativa | N° assenti alla specifica tipologia di attività / N° partecipanti alla specifica tipologia di attività formativa | RES $\leq 10\%$ FSC $\leq 10\%$ FAD $\leq 27\%$ | Non rilevato | 8,3% 8,4% 27,6% | 16 % 10 % 23 % |
| | 6 | Percentuale di partecipazione a formazione esterna | N° eventi formativi in esterno / N° totale dipendenti | $\leq 30\%$ | 10% | 20% | 29% |
| | 7 | Percentuale di autorizzazioni ad eventi formativi esterni sponsorizzati | N° autorizzazioni rilasciate / N° totale dipendenti | 10% | 11,4% | 37% | 14% |

| Indicatori Qualità Processo Formativo | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----|---|--|------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Area di riferimento Indicatore | N° | Descrizione Indicatore | Indicatore | Standard riferimento | Dato 2022 | Dato 2023 | Dato 2024 |
| Qualità percepita | 8 | Andamento del gradimento espresso dai partecipanti | Media punteggio assegnato dai partecipanti per le singole voci del questionario di gradimento > 3 | 1. Progettazione | 3,4126 | 4.07 | 3,4 |
| | | | | 2. Docenza | 4,4903 | 4.55 | 4,53 |
| | 9 | Andamento del gradimento del servizio offerto dall'Ufficio Formazione | Media punteggio assegnato dalle UU.OO. per le singole voci della customer clienti interni > 3 | 3. Didattica | 3,3982 | 4.02 | 3,4 |
| | | | | 4. Organizzazione | 3,2628 | 4.04 | 3,5 |
| | | | | 5. Valutaz. compless. | 3,80 | 4.05 | 4 |
| | | | | Cortesìa | 4.45 | 4.59 | 4,61 |
| | | | | Rapidità | 4.0 | 4.32 | 4,47 |
| | | | | Competenza | 4.1 | 4.47 | 4,51 |
| Competenze sviluppate | 10 | Macro aree competenze sviluppate definite dagli obiettivi individuati | N° eventi per specifico obiettivo / N° tot. eventi | Facilità comunicazione | 4.2 | 4.55 | 4,44 |
| | | | | Chiarezza | 4.1 | 4.51 | 4,53 |
| | | | | Rispetto tempi | 4.0 | 4.47 | 4,49 |
| | | | | Collaborazione | 4.87 | 4.33 | 4,42 |
| | | | | Giudizio complessiva | 4.0 | 4.32 | 4,49 |
| | | | | Obb. processo $\geq 16,50\%$ | 15,4% | 20% | 22% |
| | | | | Obb. sistema $\geq 28,50\%$ | 19,5% | 17% | 9% |
| Obb. tecnico-prof. $\geq 55\%$ | 65% | 63% | 69% | | | | |
| Crediti ECM | 11 | Numero crediti ECM erogati per profilo professionale | N° crediti ECM erogati / N° di crediti ECM personale con obbligo | $\geq 28,5$ | 13% | 16.1 | 16% |

| Indicatori Qualità Processo Formativo | | | | | | | |
|---------------------------------------|----|--|---|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Area di riferimento Indicatore | N° | Descrizione Indicatore | Indicatore | Standard riferimento | Dato 2022 | Dato 2023 | Dato 2024 |
| Costi | 12 | Scostamento del budget per la realizzazione del PFA dal budget assegnato | Budget speso / Budget assegnato | 2% | 0% | + 10% | + 17% |
| | 13 | Costi sostenuti per formazione esterna | Media costi sostenuti per partecipazione a formazione esterna | 15% | 13.7% | 16% | 11,2% |

Gli indicatori restano nel tempo stabili a sostegno di un processo formativo consolidato nella ASST Crema.

4. MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse component Aziendali.

Infatti il monitoraggio è assicurato sia da strutture Aziendali ad esso preposte (Controllo di Gestione) che da organi ed organismi quali il Collegio Sindacale e il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Le tempistiche e le modalità del monitoraggio, per ogni ambito, sono definite dalla normativa di riferimento, dall'Ente Regionale e suoi organismi (per es. ORAC) o dalla Direzione Strategica Aziendale.