

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024 – 2026

*Regione Lombardia*

## Sommario

<b>Premessa .....</b>	<b>3</b>
<b>1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ASST.....</b>	<b>4</b>
<b>2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1. VALORE PUBBLICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2. PERFORMANCE .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....</b>	<b>52</b>
<b>3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>76</b>
<b>3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....</b>	<b>76</b>
<b>3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....</b>	<b>84</b>
<b>3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE .....</b>	<b>98</b>
<b>4. MONITORAGGIO.....</b>	<b>112</b>

## 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 edell'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

La ASST di Crema è stata ufficialmente costituita con decorrenza 1° gennaio 2016 con DGR X/4496/2015 a cui ha fatto seguito il Decreto Direttore Generale Welfare n. 11962 del 31 dicembre 2015 avente per oggetto le prime determinazioni in merito al trasferimento del personale, dei beni immobili e mobili e delle posizioni attive e passive già in capo alle ex ASL/AO.

L'ASST di Crema è un Ente con personalità giuridica pubblica avente autonomia imprenditoriale, che svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute dei cittadini e della collettività. Il bacino di utenza prevalente è l'Area Nord della Provincia di Cremona sostanzialmente corrispondente al Distretto Socio-Sanitario di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona.

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

I provvedimenti amministrativi conseguenti hanno confermato tale impostazione:

- il Decreto DGS n. 7362 del 14/09/2015 nell'allegato A, alla scheda relativa all'ATS della Val Padana conferma la suddetta indicazione;
- la DGR n. X/4496 del 10/12/2015 avente per oggetto "Attuazione L.R. 23/2015: costituzione Azienda socio-sanitaria territoriale (ASST) di Crema" richiama e conferma l'ambito territoriale indicato nella L.R. n. 23/2015.

L'ASST di Crema, pertanto, ingloba la precedente AO di Crema (958) (eccezion fatta per il Distretto

soresinese assegnato all'ASST di Cremona) e le attività erogative del Distretto di Crema dell'ex ASL di Cremona (dal 01/01/2017 comprensive anche dell'attività di vaccinazione).

Con la Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 Regione Lombardia ha inteso riformare l'assetto complessivo soprattutto per uno sviluppo più incisivo del territorio.

## **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. 471 del 21/12/2017 l'Azienda ha adottato 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.

## **SITUAZIONE DEMOGRAFICA E TERRITORIALE**

L'ATS Val Padana, nata ai sensi della L.R. 23/2015 dalla fusione delle due ex ASL di Cremona e di Mantova, comprende n. 177 Comuni, per un totale di 758.303 abitanti (Fonte ISTAT al 01/01/2021). È articolata per effetto della L.R. n. 22/2021 in 6 Distretti, di cui di seguito si specificano le composizioni e le ASST di afferenza:

**Distretto di Cremona:** 156.113 abitanti, 48 Comuni, ASST di Cremona

**Distretto di Crema:** 160.469 abitanti, 48 Comuni, ASST di Crema

**Distretto di Mantova:** 155.846 abitanti, 14 Comuni, ASST di Mantova

**Distretto Casalasco – Viadanese:** 82.358 abitanti, 27 Comuni, ASST di Mantova

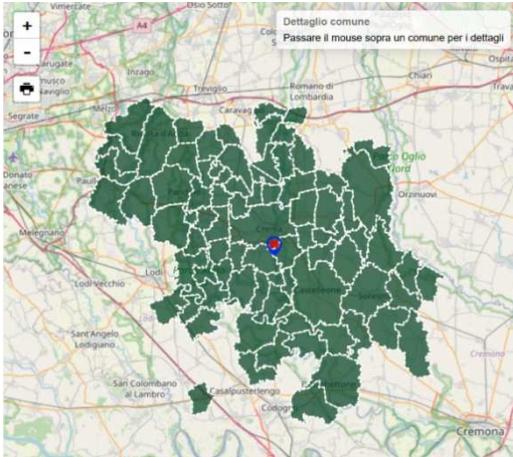
**Distretto Alto Mantovano:** 109.623 abitanti, 21 Comuni, ASST Mantova

**Distretto Basso Mantovano:** 93.894 abitanti, 19 Comuni, ASST Mantova

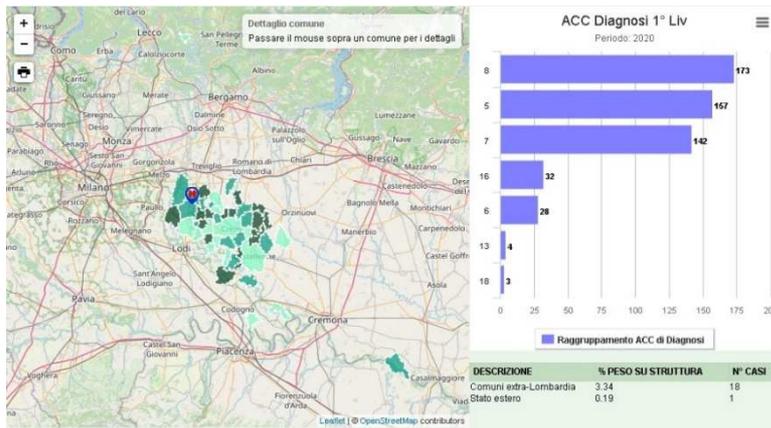
Il contesto demografico del Territorio della ASST di Crema riveste alcune peculiarità di rilievo ed interesse nella programmazione e realizzazione dei servizi sanitari. Infatti, il territorio della ASST si identifica in buona sostanza con il Distretto di Crema della ex ASL della Provincia di Cremona. Costituisce anche il naturale bacino di riferimento del Presidio Ospedaliero di Crema per i ricoveri

acuti e delle altre strutture del Polo Ospedaliero per le componenti Riabilitative e Sub Acute come evidenziato nelle Figure seguenti:

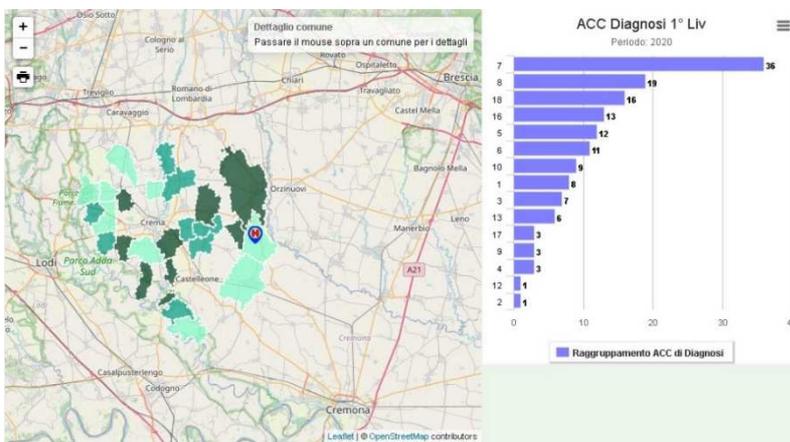
**Fig. 1 – Bacino di utenza del Presidio di Crema - Ospedale per Acuti (2023)**



**Fig. 2 – Bacino di utenza del Presidio di Rivolta D’Adda - Presidio di Riabilitazione Specialistica**



**Fig. 3 – Bacino di utenza del Presidio Sub Acuti di Soncino**



La situazione demografica della Provincia di Cremona si caratterizza per i seguenti elementi:

- Distretto più popoloso nell' ambito provinciale;
- posizione baricentrica dell'Ospedale Maggiore rispetto ai Comuni del Distretto;



### Trend della popolazione nella Provincia

Provincia di Cremona - abitanti 1.1.2023

Distretti	Comuni	Kmq	abitanti
Cremasco	48	572,95	160.801
Cremonese	48	833,17	153.665
Casalasco	20	364,45	37.723

Fonte: Provincia di Cremona

### Trend della popolazione nei distretti di Crema e Cremona

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Distretto di Crema	163.223	162.821	162.323	162.453	162.541	160.469	160.450	160.801
Distretto di Cremona	158.022	157.709	157.415	157.415	157.252	156.113	153.582	153.665

L'Ambito Territoriale Sociale di Crema è il più popoloso sia della provincia di Cremona, sia di tutta l'ATS Val Padana. Suddiviso in 6 sub ambiti sociali, presenta una densità media di popolazione pari a circa 277,53 abitanti per km<sup>2</sup>, superiore alla media nazionale (pari a 196,2 abitanti/ km<sup>2</sup>) e a quella provinciale (pari a 198,96 abitanti/km<sup>2</sup>) ma inferiore alla media regionale (pari a 417 abitanti/ km<sup>2</sup>). L'85% dei Comuni cremaschi (n. 41) ha comunque meno di 5.000 abitanti e presenta notevoli differenze sia in termini di dimensioni che di popolosità: si va da un valore minimo di 52 ab/ km<sup>2</sup> ad un valore massimo di 1.000 ab/ km<sup>2</sup>.

### 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 DI OSPEDALIZZAZIONE

Il Tasso di ospedalizzazione del bacino di utenza negli anni si è ridotto significativamente ben al di sotto del limite nazionale di ricoveri del 160/1000 ab/anno; è pari al **76,3/1000 ab.** per i ricoveri acuti ordinari ed il **108/1000 ab.** se consideriamo tutti i ricoverati del Distretto in qualsiasi ospedale (dati relativi all'anno 2018 ultimi disponibili nell'epoca pre-COVID). I dati degli anni successivi non sono significativi a causa della peculiarità della situazione sanitaria nell'epidemia COVID-19. I tassi sono stati in costante diminuzione negli anni. Questi tassi sono inferiori ormai ai tassi raggiunti da Regione Lombardia ed a livello Nazionale da molte regioni italiane.

#### IL TASSO DI POSTI LETTO PER ACUTI PER ABITANTE

Sull'onda di un fenomeno internazionale che ha coinvolto tutti i sistemi sanitari si è assistito ad una riduzione significativa del tasso dei posti letto per 1000 abitanti. In Italia l'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale prevede un tasso pari al 3 per mille ab. L'Italia ha un tasso pari al 3,60. Nel bacino di utenza della ASST di Crema attualmente si raggiunge un tasso pari a **2 posti letto per acuti** per 1000 abitanti che, anche se rapportati al saldo della mobilità attiva-passiva (fuga 40%, attivi 15% circa), è largamente al di sotto dello standard nazionale.

TASSO POSTI LETTO per acuti E OSPEDALIZZAZIONE	H Crema	Standard Nazionale	Italia
Tasso Posti letto	<b>2/1000 ab (*)</b>	3/1000 ab	3,1/1000 ab
Tasso di Ospedalizzazione (tutti i ricoveri degli abitanti in tutti gli ospedali)	<b>108/1000 ab</b>	160/1000 ab	-
Tasso Ospedalizzazione (ricoveri presso l'H di Crema degli abitanti del bacino)	<b>76/1000 ab</b>	160/1000 ab	-

Nell'ottica di una pianificazione che contempra un ritorno alla situazione pre-emergenza si consideri che nel solo Presidio di Crema i posti letto attivi ordinari e day hospital sono **328** (al netto di posti BIC, MAC, Sub Acuti e posti tecnici su **409** pl per acuti accreditati), al 01/12/2023, pari ad un tasso di 2,01 posti per 1000 abitanti, decisamente inferiore al valore di 3/1000 stabilito dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012.

Questi dati, consolidati nel tempo, dimostrano che l'ASST di Crema ha raggiunto un buon livello di appropriatezza, sostenuto anche dai dati numerici presentati nei capitoli successivi, e che il rapporto posti letto/abitanti rappresenta ancora un fattore estremamente critico che fa saltare il delicato equilibrio raggiunto in particolare nel periodo invernale. A queste considerazioni si aggiunge un trend di accessi al Pronto Soccorso del Presidio di Crema in costante incremento e in ascesa dopo il calo significativo nel periodo Covid;

Tab Accessi Pronto Soccorso Presidio

Anni	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nr accessi di Pronto Soccorso	66.217	67.783	43.654	50.562	57.334	57.560

#### ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda è attualmente costituita dalle seguenti strutture:

- Presidio Ospedale Maggiore di Crema
- U.O. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Crema
- U.O. di Psichiatria (SPDC e Centro Psico Sociale di Crema)
- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza di Crema
- Presidio Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda (Riabilitativo)
- Appartamenti di Residenzialità leggera di Rivolta d'Adda
- Presidio Sanitario Cure Sub Acute di Soncino
- Ospedale di Comunità di Soncino (dal 18 maggio 2023)
- 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).

### Disponibilità dei Posti letto

Nella tabella seguente è indicata la distribuzione dei posti letto al 01/12/2023. Sono inoltre indicati i posti tecnici di chirurgia a bassa complessità e di Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) e di altri servizi e attività.

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

Le variazioni nei periodi dell'anno sono descritte nei rispettivi paragrafi.

Lo schema organizzativo è contenuto nei Relativi **Piani Organizzativi di Pronto Ampliamento e/o di Riapertura** elaborati e aggiornati a seguito dell'evoluzione dell'epidemia.

ASST DI CREMA - POLO OSPEDALIERO -Distribuzione posti letto e posti tecnici al 01.12.2023

01.12.2023	ACCREDITATI							EFFETTIVI							
	PRESIDIO	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altritec nici	TOT	ORD	Agg.vi ORD	DH	DS	BIC	MAC	altritec nici
CREMA	388	9	12	10	24	52	495	307	12	9	12	10	24	52	426
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 Osp di Comunità	0	0	0	0	0	19	19	0	0	0	0	0	0	19	19
<b>TUTTA LA AZIENDA</b>	<b>463</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>107</b>	<b>631</b>	<b>362</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>107</b>	<b>542</b>

La organizzazione prevista dal DM 70 si articola anche in DEA di I° livello e in Pronto Soccorso.

Il Presidio per acuti di Crema oggi è DEA di 1° livello e presenta funzioni ed assetto organizzativo **superiori** rispetto ai requisiti minimi del **DEA di Primo livello** come evidenziato nella **Tabella seguente**.

Tabella – Funzioni presenti nella ASST di CREMA e previste nei DEA II° livello
UOC Chirurgia Vascolare
UOs Emodinamica Elettrofisiologia
UOs Unità Cerebrovascolare (Stroke Unit) 1° liv secondo Dm 70
UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva Ad alta complessità
Centro per il Trattamento delle Emorragie delle Alte vie digestive – Centro Regionale III° livello
Presidio Malattie rare - HHT - Malformazioni artero-venose
UOs Radiologia Interventistica
UOC Pneumologia
Broncoscopia interventistica
UOC Dialisi e Nefrologia (degenza)

## ATTIVITA' AMBULATORIALE

L'attività ambulatoriale è erogata presso le seguenti strutture:

- I POLIAMBULATORI TERRITORIALI
  - Poliambulatori dei Presidi Ospedalieri di Crema e Rivolta D'Adda
  - Poliambulatorio - 26020 Soncino – Largo Capretti, 2
  - Poliambulatorio – 26012 Castelleone – via Beccadello, 6
- LE STRUTTURE PSICHIATRICHE TERRITORIALI
  - Centro Psicosociale (CPS) e Centro diurno (CD) – 26013 Crema, Via Teresine, 2
  - Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza (CRA) - 26013 Crema, Via Teresine, 2
  - Appartamenti di Residenzialità leggera – 26027 – Rivolta D'Adda
- LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
  - Ambulatorio per la prima e seconda infanzia – 26013 Crema, Via Sinigaglia, 10
  - Ambulatorio per l'età adolescenziale – 26013 Crema, Via Meneghezzi, 14

Lo sviluppo del Polo Ospedaliero nel 2023 è stato condizionato ancora in parte dalla situazione emergenziale determinata dal COVID-19, sebbene in significativa riduzione e ripristino delle condizioni ordinarie.

## ASSISTENZA TERRITORIALE

### Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

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 - Area della valutazione multidimensionale – Prevenzione
- Area interventi alla famiglia
- Area delle Dipendenze/SerD
- Attività medico legali per finalità pubbliche

La UOC 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

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ed Equipe valutazione multidimensionale (EVM):

- 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.

- 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;

SS Prevenzione 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

Il Consultorio Familiare si occupa di:

- Area Psico-socio-educativa:
  - 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
- Area Sanitaria:
  - 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

Il SERD (Servizio Dipendenze) 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 Medicina Legale 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.

## 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 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;

- un potenziamento dei servizi domiciliari attraverso anche la realizzazione di progetti di telemedicina, secondo le direttive della nuova delibera regionale n. XII/1475.

### 2.1.1a LA REALIZZAZIONE DELLA CASA DI COMUNITA'

#### PREMESSA

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 la forte alleanza tra i vari attori istituzionali coinvolti:

- Agenzia di Tutela della Salute (ATS)
- Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST)
- Comuni e Ufficio di Piano
- Azienda speciale Consortile Comunità Sociale Cremasca (CSC)

- Consulta del Terzo Settore
- Comitato di Partecipazione della Comunità

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 coprogrammazione e coprogettazione 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 CREMA E DI RIVOLTA D'ADDA

Per la ASST Crema è prevista la realizzazione di due case di Comunità, intese come sedi in cui vengono svolte le principali funzioni del Distretto. È il luogo dove la comunità con l'ausilio dei professionisti interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi da assicurare sul territorio. La struttura organizzativa della Casa di Comunità consente agli operatori che vi operano - MMG e PLS, Infermieri di Comunità, specialisti e altri professionisti (psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, operatori della prevenzione etc.) - di lavorare in équipe e di offrire risposte integrate ai cittadini erogando in presenza o in telemedicina, prestazioni sanitarie ambulatoriali.

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 polo ospedaliero di Viale Monte Grappa 15 e pensata per aumentare la capillarità del servizio sul territorio.

Per entrambe le realtà sono previsti importanti lavori di ristrutturazione, finanziati dal PNRR Missione 6, che si prorogheranno per tutto il 2024 per la sede di Crema e tutto il 2025 per la sede di Rivolta.

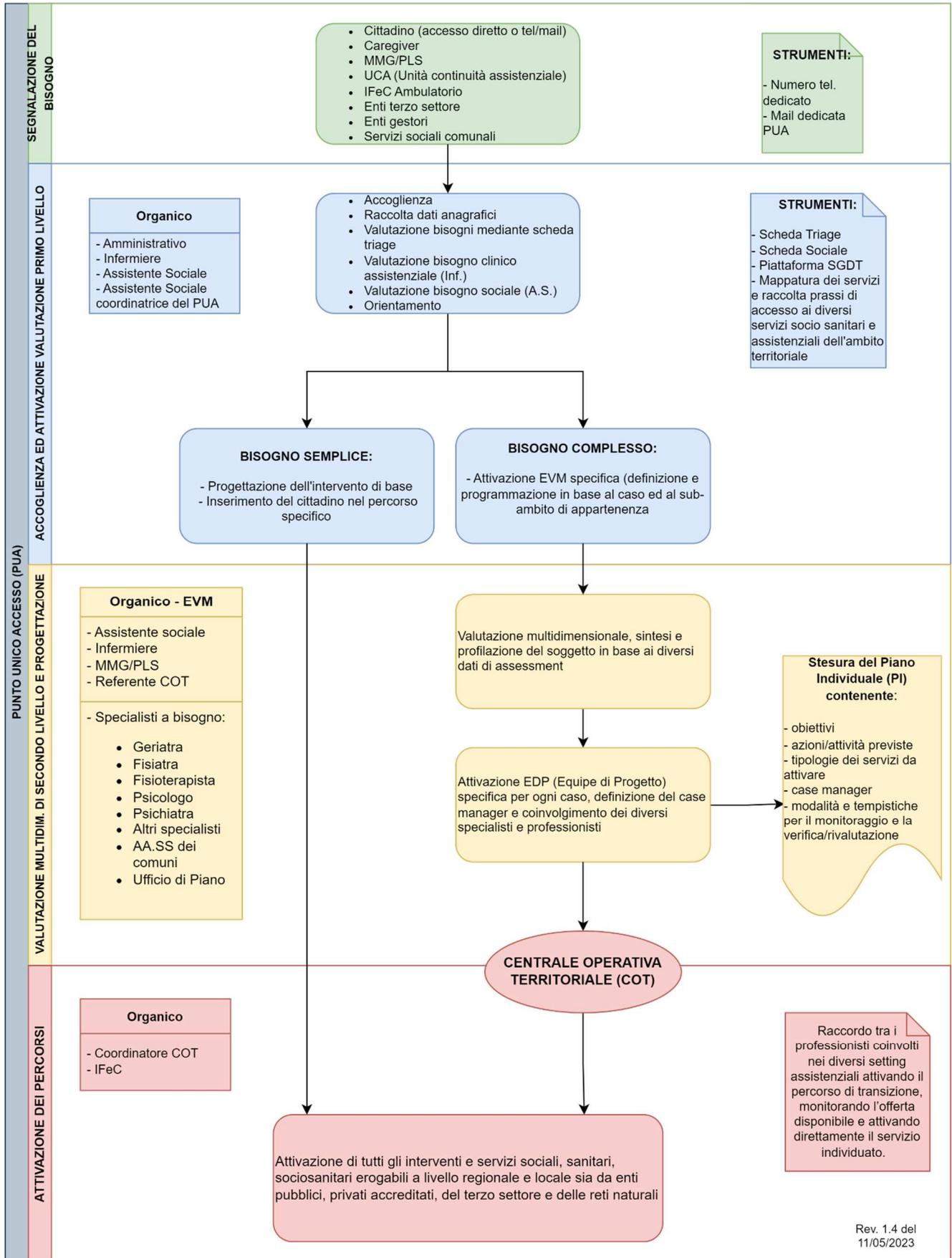
Nel corso del 2023 è stata attivata la piattaforma regionale SGDT - Sistema di Gestione Digitale del Territorio. Una soluzione applicativa, unica e centralizzata, messa a disposizione dalla Regione Lombardia a supporto degli operatori sociosanitari nel processo di cura e assistenza e nell'attuazione dei processi sociosanitari della Casa di Comunità.

Altresì, presso la CdC di Crema è stato attivato il Punto Unico di Accesso (PUA) che rappresenta per il cittadino un luogo privilegiato di informazione ed orientamento verso i servizi sociosanitari, sociali e/o sanitari per fornire risposte immediate ai bisogni semplici ovvero attivare servizi di valutazione competenti per i bisogni di natura complessa.

Il PUA si basa su un approccio multidisciplinare ed integrato, sintetizzabile dal seguente diagramma di flusso:

LA PRESA IN CARICO DEL CITTADINO:

DAL PUA ALLA COT ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE



### 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.

### 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 postricovero 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.

Nel corso del 2024 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 verrà potenziata grazie alla messa in opera di tre progettualità specifiche e innovative per la salute mentale, operative dal 2023:

- istituzione di un Ambulatorio per l'ADHD dell'adulto, a seguito dell'inserimento della UO Psichiatria dell'ASST di Crema nell'elenco di centri prescrittori di atomoxetina e metilfenidato da parte di Regione Lombardia;
- istituzione di un Ambulatorio per la Depressione Resistente grazie all'acquisizione del farmaco ospedaliero esketamina a somministrazione ospedaliera;
- introduzione di attività di riabilitazione cognitiva della schizofrenia in CRA/CD a seguito dell'acquisizione di software specifico e conseguente formazione specifica degli operatori coinvolti.

#### 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 omnicomprendente (budget di salute).

A tal proposito, si segnala il fatto che l'ASST, con ATS, Enti Locali e Associazionismo, hanno predisposto 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 verranno avviati 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 dell'area della disabilità, l'Asst sta ridisegnando un percorso 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.

In particolare, il percorso è finalizzato a migliorare:

- il percorso di 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, attivando la futura Piattaforma Nazionale di Telemedicina, come previsto dalla recente DGR n. XII/1475 del 4 dicembre 2023, 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 monospecialistiche
- 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), riportate nelle tabelle allegato 1, 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**

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'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 7819 del 23.01.2023)

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

Il contesto temporale è caratterizzato da due anni di pandemia da Sars CoV2 che ha costretto la struttura sanitaria ad orientare le risorse sanitarie a fronteggiare la pandemia, distogliendola in parte dalla attività ordinaria.

Ciò ha inevitabilmente avuto riflessi importanti sulla erogazione delle prestazioni sia in termini di volumi di erogazione che di tempi di attesa.

Fermo restando il costante mantenimento di tutta la attività di urgenza ed emergenza, l'azione nei prossimi anni ha come obiettivo il recupero delle prestazioni pregresse contestualmente alla ripresa della attività mediante potenziamento dell'offerta con incremento di slot per le prestazioni ambulatoriali e di sedute operatorie. Permane la necessità di far fronte a nuove attività connesse alla diffusione del Virus SarsCov2 quali il mantenimento in funzione dell' **HUB Vaccinale** fino al bisogno.

### Azioni Generali

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:

- ripristino dei tempi di erogazione agli standard pre-covid (in precedenza aumentati a seguito della pandemia)
- assicurare il rispetto dei tempi di attesa per la classe B e D 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

**Particolare attenzione è posta al recupero dei volumi dei ricoveri programmati in modo da ridurre le attese. Nel 2023 si evidenzia che è stato superato il volume dei ricoveri programmati del 2019, pur con risorse inferiori come evidenziato nel piano delle performance. Analogamente per i prossimi anni è prevista la erogazione di volumi superiori all'anno 2019 a parità di risorse.**

### TEMPI ATTESA RICOVERI CHIRURGICI ONCOLOGICI E NON

Particolare attenzione è posta al rispetto dei tempi di attesa della erogazione dei ricoveri chirurgici oncologici in classe A. Al 31.12.2023 è stato raggiunto il cui risultato ottimale superiore al 94%. Tale obiettivo rimane per gli anni successivi.

Il tempo di attesa dei ricoveri chirurgici non oncologici è positivo; infatti il tempo di attesa è rispettato in oltre il 70 % dei casi.

È ripresa anche la attività di prelievo e donazione organi e tessuti. I target obiettivo per il 2024 e anni seguenti saranno assegnati da DG Welfare.

## 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 2023	COORTE NATI 2021 (Grezzo)	COORTE NATI 2016 (Grezzo)	COORTE NATI 2017 (Grezzo)	COORTE NATI 2011 (Grezzo)	COORTE NATI 2006 (Grezzo)	OVER 65 A NNI Coorte >1958	COORTE NATI 1997-1998 (Grezzo)	OVER 18 PATOLOGICI E 1952 a 1958
ESAVALENTE 3 <sup>^</sup> dose (≥ 95%)	98,75							
MPR 1 <sup>^</sup> dose (≥ 95%)	99,00							
MPR 2 <sup>^</sup> dose (≥ 95%)		98,26	97,11	98,50	98,35		88,13-91,98	
PNEUMOCOCCO 3 <sup>^</sup> dose (≥ 95%)	95,88							
MENINGOCOCCO C (≥ 95%)	96,24							
MENINGOCOCCO B 2/3 <sup>^</sup> (≥ 95%)								
ROTAVIRUS 2 <sup>^</sup> (≥ 95%)								

DIFTO-TETANO- PERTOSSE-POLIO 4 <sup>^</sup> -5 <sup>^</sup> dose (≥ 95%)		98,26	97,03	94,87	97,68			
MENINGOCOCCO ACW135Y (≥ 95%)				94,60	94,55			
HPV 1 <sup>^</sup> dose (≥ 95%) Femmine dodicenni				94,99	94,91			
HPV 1 <sup>^</sup> dose (≥ 95%) Maschi dodicenni				91,94	91,25			
HPV 2 <sup>^</sup> dose (≥ 95%)				91,09%	92,12		85,97-89,97	
ANTINFLUENZALE (≥ 75%)						Dato non disponibile		
HERPES ZOSTER								1880

**FONTE DEI DATI: FONTE DEI DATI: Software Regionale delle Vaccinazioni SIAVR (denominatore utenti residenti e domiciliati in Regione Lombardia) DATO AL 31/12/2023**

Nel corso del 2024 e 2025 si attueranno i Piani vaccinali che Regione Lombardia declinerà alle ASST in conformità al Piano Prevenzione approvato.

**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.

Gli indicatori di Esito (**Piano Nazionale Esiti**) 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).

**PNE – OBIETTIVI – Dettaglio indicatori ente 726**

**Periodo di Riferimento: 2023**

**Dati aggiornati al 31/12/23**

AREA CLINICA	INDICATORE (CODICE)	INDICATORE (DESCRIZIONE)	VALUTAZIONE	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	2	100,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: percentuale trattati con PTCA entro due giorni	1	100,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	4	0,00%
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1	
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	1	100,00%
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	1	100,00%
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	2	100,00%
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1	100,00%
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1	100,00%
NERVOSO	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	1	100,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	5	0,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	5	0,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	5	0,00%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	5	0,00%
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	3	50,00%
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2	100,00%
RESPIRATORIO	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	3	50,00%

In aggiunta a questi indicatori verranno analizzati anche gli indicatori *core* del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dell'area Ospedaliera, rappresentati nella tabella successiva

ID	INDICATORE	DESCRIZIONE
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	Indicatore che esprime la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei cittadini residenti.
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
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
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
H17C- H18C	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno o più di 1.000 parti all'anno	Indicatori che misurano la frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza

### 2.1.2c 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:

b) attività di screening nei Servizi per le Dipendenze (SerD);

c) 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. Nel 2023 ha raggiunto gli obiettivi prefissati come evidenziato nella tabella seguente. Si evidenzia come per ciascuno screening, nonostante la disponibilità di risorse stanziare dall’azienda in termini di personale e di slot, una criticità resti la scarsa adesione della popolazione alle campagne offerte.**

SCREENING	OBIETTIVO – STATO AVANZAMENTO	VALORE OBIETTIVO	SITUAZIONE NOVEMBRE 2023
Screening mammografico	Estensione inviti per fascia 50-74 aa sul biennio	>95%	Offerta totale: 9911 Erogato totale: 5832

Screening colon retto	Estesione inviti per fascia 50-74 aa sul biennio	>=80%	Erogato toale: 583  Criticità: adesione test di I livello (ricerca SOF) circa 36%
Screening cervice uterina	Estensione inviti test HPV per 63-64 aa anno 2023. Estensione inviti pap test coorte 1998 e invito sistematico a vaccinazione	>95%	Offerta totale: 7739 inviti Erogato totale: 2719  Criticità: adesione (circa 36%)
Screening HCV	Screening		Hanno aderito allo screening 5235 pz, di cui: - 2 pz day hospital - 4378 pz punto prelievi - 855 pz ricoverati (841 ricerca Ab anti-HCV, 14 ricerca HCV DNA)  Di questi sono risultati positivi 35 pz del punto prelievi e 21 pz ricoverati (15 tra i sottoposti a ricerca Ab anti-HCV e 6 tra i sottoposti a ricerca HCV DNA)
VOLUMI	Eseguire tutti i casi prtenotati da ATS		Vedi tabella allegata

SCREENING MAMMOGRAFICO	TOT	III quad
85111-BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA	99	38
85113-BIOPSIA MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED CON SISTEMA DI GUIDA STEREOTASSICO	37	13
87371-MAMMOGRAFIA BILATERALE	6.685	2434
87372-MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	440	147
88731-ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	33	4
88732-ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	715	234
88929-RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	30	7
85112-BIOPSIA MINIINVSIVA VACUUM ASSISTED CON SISTEMA DI GUIDA ECOGRAFICO	1	-

SCREENING COLON RETTO	TOT	III quad
45231-COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	3	-
4525-COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	365	133
4542-POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO	218	76
45432-MUCOSECTOMIAENDOSCOPICADEL COLON	5	1
4824-RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	1	-
89019-VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	1	-
8901-VISITA DI CONTROLLO	1	-
897-PRIMA VISITA	1	1

SCREENING SERVICE UTERINA	TOT	III quad
6732-CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	4	-
7021-COLPOSCOPIA	114	55
91484-PRELIEVO CITOLOGICO	479	284
91493-PRELIEVO MICROBIOLOGICO	1	1
91484-PRELIEVO CITOLOGICO	2.386	912

### 2.1.2d CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID-19

Al fine di attivare e implementare la campagna vaccinale anti Covid 19, l'ASST di Crema, previo accordo con il Comune di Crema per l'utilizzo dello stabile dell'ex Tribunale a titolo di comodato, ha provveduto ad allestire il Centro Vaccinale Anti Covid 19 che con DGR XI/4384 è stato individuato come uno dei tre Centri Massivi dell'ATS Val Padana.

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 è stata prevista la possibilità di prenotare telefonicamente al Cup di Crema e Rivolta.

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
- pagamento ticket on line, tramite totem, tramite sistema PagoPa, tramite riscuotitori automatici
- ritiro referti tramite Fascicolo Sanitario Elettronico e per i soli referti di laboratorio tramite farmacie

• 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.

L'ASST si è proposta come Azienda pilota.

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 DEMATERIALIZZAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il Consenso Informato, ovvero il "Consenso dato dopo essere stato informato" è un obbligo che discende dalla nostra Costituzione, in forza del quale nessuno può essere sottoposto a un trattamento sanitario senza che lo voglia. Ogni individuo ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informato in modo completo, aggiornato e comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Il paziente quindi deve essere messo al corrente della natura e dei possibili sviluppi del percorso terapeutico in modo che possa esprimere liberamente il proprio consenso.

Nel prossimo triennio l'ASST intende introdurre una gestione digitalizzata del processo di raccolta ed archiviazione del consenso assicurando gli obiettivi di:

- archiviazione digitale e conservazione a norma: con vantaggi in termini di sicurezza, protezione dei dati personali e riduzione dei costi (carta e archivi);

- recupero facile e veloce del documento in caso di necessità (contenziosi medico-legali);
- acquisizione certa delle variabili di consenso per poter essere interrogabili per statistiche o classificazioni;
- completa tracciabilità e integrità di ogni fase del processo;
- eliminazione dei moduli cartacei e distribuzione controllata di moduli, eventualmente prodotti dai vari reparti, ma convalidati da un unico soggetto a livello centrale;
- miglioramento della relazione medico-paziente, grazie alla possibilità di arricchire il testo della nota informativa con contenuti, puntualizzazioni e domande per verificare il livello di comprensione.

### 2.1.3d SANITA' DIGITALE

Nel biennio 2024-2026 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;
- **Automazione della logistica del farmaco:** gestione centralizzata dei processi di magazzino farmaceutico ed integrazione col processo di prescrizione e somministrazione gestito nell'ambito della Cartella Clinica Elettronica;
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):** interventi tecnici di potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- **Integrazione dei sistemi di monitoraggio parametri vitali della Rianimazione e del Pronto Soccorso 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, retinografie);**
- **rinnovo dell'apparecchiatura MOC;**
- **rinnovo delle postazioni di refertazione radiologica in Radiologia;**
- **rinnovo delle postazioni di visualizzazione delle immagini radiologiche in sala operatoria, rianimazione ed ambulatori di endoscopia;**
- **Introduzione di un sistema di tracciabilità dei campioni in lavorazione in Anatomia Patologica;**
- **trasformazione digitale del vetrino su cui è presente la sezione di tessuto da analizzare e contestuale alimentazione di un archivio digitale regionale per consentire la telerefertazione regionale.**

## 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.



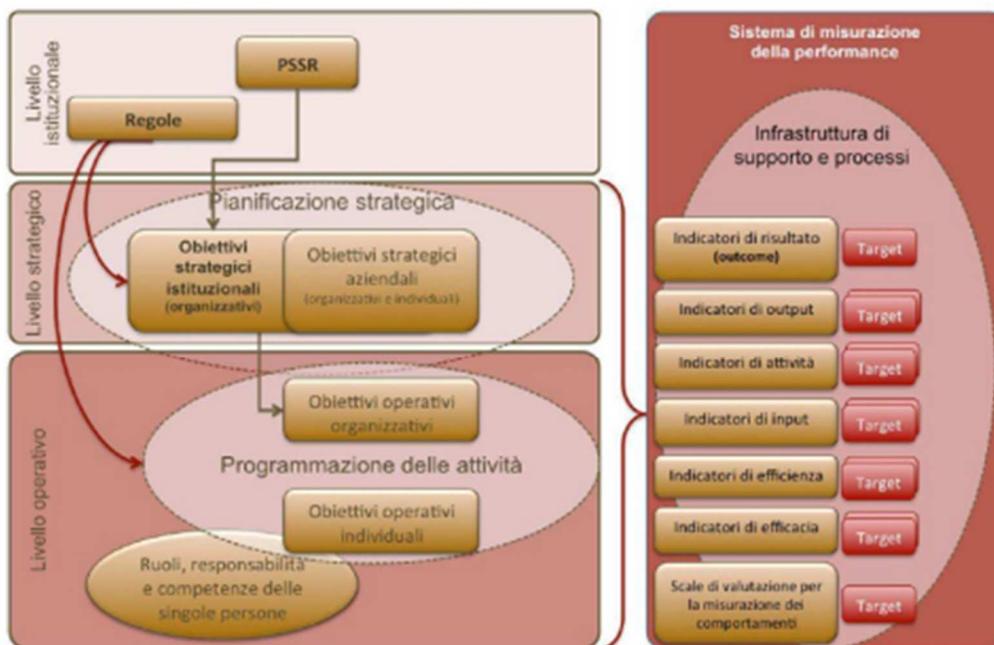
Il Piano della Performance recepisce gli indirizzi della programmazione regionale in materia di salute e di funzionamento del sistema sanitario, che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che 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.

**TABELLA OBIETTIVI**

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI E TARGET	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	SOGGETTI COINVOLTI
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 di ricoveri chirurgici programmati e di specialistica ambulatoriale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettere in atto azioni mirate al miglioramento della gestione dei tempi di attesa;</li> <li>➤ Pulire le liste;</li> <li>➤ Prenotazioni nella stessa struttura delle prescrizioni;</li> <li>➤ Maggior utilizzo delle Sale Operatorie con convenzioni fra enti;</li> <li>➤ TAC e Risonanza devono funzionare h24: tempario per ottimizzazione delle attrezzature;</li> </ul> <p>TARGET: rispetto dei target e dell'indicazione di Regione Lombardia</p>	DIREZIONE SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
	Governo delle liste d'attesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumento delle agende trasparenti e prenotabili (pubblicazione alla Rete Regionale di Prenotazione);</li> <li>➤ Incremento dei servizi di remind per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni;</li> <li>➤ Aumento delle disponibilità di slot in "overbooking" da utilizzare in caso di no-show;</li> </ul> <p>TARGET: rispetto dei target e delle indicazioni di Regione Lombardia</p>	DIREZIONE SANITARIA di concerto con DIREZIONE AMMINISTRATIVA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
	Libera Professione	Per tutte le prestazioni del PNGLA il cui tempo di attesa superi le soglie per classe di priorità, il rapporto tra attività svolta in libera professione e attività svolta in regime istituzionale dovrà essere minore di 1 e comunque non superiore al valore del 2019 (anno di riferimento);		DIREZIONE SANITARIA di concerto con DIREZIONE AMMINISTRATIVA

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI E TARGET	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	SOGGETTI COINVOLTI
"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 SOCIO SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Efficientamento del flusso del Pronto Soccorso"	Ridurre il tempo che intercorre tra l'accesso al pronto soccorso e il ricovero nell'area di degenza medica	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Controllo del flusso dei pazienti in Pronto Soccorso</li> <li>➤ Ricettività dei reparti di area medica (degenza)</li> <li>➤ Misurare in maniera accurata il fenomeno del boarding (utilizzo obbligatorio del flag);</li> </ul> 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)
	Ridurre gli ostacoli clinico-sociali	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ l'evidenza nella documentazione sanitaria la valutazione all'ingresso del paziente volta ad individuare tempestivamente gli ostacoli clinico-sociali che potrebbero ritardare la sua dimissione,</li> <li>➤ l'evidenza nella documentazione sanitaria il momento in cui il paziente ha concluso il suo iter per quantificare il fenomeno dei bed blockers</li> </ul> TARGET: rispetto dei target e delle indicazioni di Regione Lombardia	DIREZIONE SANITARIA di concerto con DIREZIONE SOCIO SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Programma di screening"	Garantire un numero di sedute di screening adeguato al raggiungimento degli obiettivi di copertura della popolazione (proprio territorio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Garantire i volumi di attività non inferiori agli standard indicati dalle linee guida adattati al contesto della domanda e dell'offerta nell'area di ATS di appartenenza;</li> </ul> TARGET: standard di ATS	DIREZIONE SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Raggiungimento e mantenimento degli standard qualitativi in riferimento alle linee guida regionali in materia di screening oncologici</li> </ul> TARGET: standard di Regione Lombardia		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Counselling, supporto al MMG/ PLS per il recupero dei non rispondenti (infermieri di famiglia)</li> <li>➤ Raccordi organizzativi con medicina di famiglia (distretto);</li> </ul>	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI E TARGET	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	SOGGETTI COINVOLTI
"Vaccinazioni"	Programmazione, erogazione prestazioni e gestione del percorso del paziente. Raccordi organizzativi con altri erogatori (es. farmacie, MMG, PLS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Counselling, supporto al MMG/ PLS per il recupero dei non rispondenti (infermieri di famiglia);</li> <li>➤ Raccordi organizzativi con medicina di famiglia (distretto);</li> <li>➤ Mantenere alte le coperture vaccinali;</li> <li>➤ Promuovere campagne vaccinali per pazienti fragili e per personale dipendente.</li> </ul>	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIOSANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Ottimizzare il processo di prelievo organi e tessuti in accordo con le indicazioni regionali"	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)
"Ospedale - Territorio"	Integrare le strutture territoriali con quelle ospedaliere al fine di garantire un omogeneo livello clinico- assistenziale nonché una continuità per il paziente	La componente ospedaliera partecipi attivamente all'assistenza territoriale svolta presso la casa di comunità e l'ospedale di comunità TARGET: modello organizzativo proposto con DGR XI/6760/2022	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIOSANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Attuazione legge regionale n. 22/2021"	Piena operatività del Dipartimento Cure Primarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Governo, secondo le indicazioni nazionali e regionali, delle attività previste dalle convenzioni per il medico di ruolo unico e il pediatra di libera scelta e delle relative progettualità;</li> <li>➤ Coordinamento delle attività che coinvolgono i professionisti delle Cure Primarie nei luoghi di offerta territoriale (Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, ...), nonché della loro formazione;</li> </ul>	DIREZIONE SOCIOSANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
		=> Rapporti istituzionali con i medici del ruolo unico e pediatri di famiglia: aggiornare gli operatori distrettuali => Appropriatelyzza, formazione e governo clinico: formare gli operatori distrettuali; =>Attività amministrativa Diffondere indicazioni operative e aggiornare/formare gli operatori distrettuali TARGET: rispetto dei target e indicazioni regionali	DIREZIONE SOCIOSANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI E TARGET	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	SOGGETTI COINVOLTI
Potenziamento rete territoriale"	Terminare i lavori di adeguamento della Casa di Comunità di Crema Realizzazione della Casa di Comunità e dell'Ospedale di Comunità presso Rivolta	Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare TARGET: entro l'anno 2024	DIREZIONE SOCIO SANITARIA DIREZIONE AMMINISTRATIVA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Potenziamento servizi domiciliari"	Progetto Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizzazione dei progetti;</li> <li>➤ Predisposizione di un protocollo per la tele visita;</li> <li>➤ Rendicontazione annuale</li> </ul>	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Attuazione di nuove modalità di interventi a sostegno dei pazienti fragili con disabilità"	Progetti di buone pratiche di accoglienza e accessibilità alle cure per le persone con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance)</li> <li>➤ Attuazione dei progetti posti in essere</li> <li>➤ Rendicontazione annuale</li> </ul>	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
Salute mentale, dipendenze e disabilità	L'integrazione e l'interconnessione tra le diverse discipline	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Assicurare i trattamenti più appropriati, accessibili e fruibili ai pazienti e ai loro familiari</li> <li>➤ Garantire precocità nella diagnosi e tempestività negli interventi al fine di assicurare l'evoluzione più favorevole alle diverse situazioni, evitando ogni rischio di cronicizzazione</li> </ul>	DIREZIONE SANITARIA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Pari opportunità ed equilibrio di genere"	<p>Conciliazione vita lavoro- famiglia: favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari dei dipendenti</p> <p>Formazione/Eventi su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione</p> <p>Iniziative formative legate alla medicina di genere</p>	<p>La possibilità di avere un'articolazione oraria della prestazione lavorativa compatibile con la cura dei figli, familiari;</p> <p>La possibilità di fruire del lavoro in modalità agile ai sensi del Regolamento aziendale in materia</p> <p>Formazione/Eventi su tematiche delle pari opportunità, sulla prevenzione e contrasto di ogni forma di discriminazione</p> <p>Iniziative formative legate alla medicina di genere</p>	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI E TARGET	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	SOGGETTI COINVOLTI
"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)
"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)
"Controlli interni"	Rafforzamento degli 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)
"Ammodernamento del parco tecnologico e sviluppo delle infrastrutture tramite l'utilizzo di specifici finanziamenti"	Sostituzione delle grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento Target: rendicontazione trimestrale	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Perseguimento degli obiettivi di bilancio definiti a livello regionale e alle regole di sistema"	Mantenimento equilibrio di bilancio	Mantenimento del rapporto tra macro aggregati di costo e di ricavo (costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio), in coerenza con le assegnazioni di costo e ricavo	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Tempi di pagamento"	Riduzione dei tempi di pagamento -Attuazione dell'art.4bis DL 24/02/2023 n. 13 convertito dalla Legge n.41 del 21/04/2023	Entro il primo trimestre 2025, con conferma al primo trimestre 2026 conseguimento degli obiettivi quantitativi (target) in termini di tempo medio di pagamento e di tempo medio di ritardo.	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	TUTTE LE UUOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"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)

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI E TARGET	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UOOO COINVOLTE
"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	-Attivazione delle funzionalità necessarie ad implementare i principali processi di ambito territoriale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenza Domiciliare Integrata</li> <li>▪ Dimissione Protetta</li> <li>▪ Gestione dei servizi infermieristici territoriali</li> </ul> TARGET: rispetto delle indicazioni stabilite dalla DG Welfare	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero"	Potenziamento del livello di digitalizzazione dei DEA: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementazione dell'order Entry</li> <li>▪ Implementazione del nuovo sistema di Cartella clinica Elettronica</li> <li>▪ Progettazione ed introduzione di sistemi di Digital Pathology</li> <li>▪ Progettazione ed introduzione di nuovi sistemi per l'Automazione della logistica del farmaco</li> </ul>	Potenziamento del livello di digitalizzazione dei DEA: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementazione dell'order Entry</li> <li>▪ Implementazione del nuovo sistema di Cartella clinica Elettronica</li> <li>▪ Progettazione ed introduzione di sistemi di Digital Pathology</li> <li>▪ Progettazione ed introduzione di nuovi sistemi per l'Automazione della logistica del farmaco</li> </ul> TARGET: rispetto delle indicazioni stabilite dalla DG Welfare	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione"	Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico	Attuare gli interventi tecnici e organizzativi necessari alla trasformazione del FSE da raccogliitore di documenti a gestore dei dati strutturati degli assistiti TARGET: rispetto delle indicazioni stabilite dalla DG Welfare	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Miglioramento continuo del livello di sicurezza dei sistemi informativi"	Innalzamento del livello di sicurezza informatica dell'intera architettura dei sistemi informativi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Introduzione e attivazione di un servizio di Cyber Threat Intelligence</li> </ul>	Con il supporto di ARIA s.p.a. predisporre il piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e la programmazione degli interventi tecnici e organizzativi, con quantificazione e allocazione delle relative risorse Installazione delle nuove linee di comunicazione sulla base del progetto infratel	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"Sanità connessa"	Adesione al progetto "infratel"	Installazione delle nuove linee di comunicazione sulla base del progetto infratel TARGET: rispetto delle indicazioni stabilite dalla DG Welfare	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)

OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	INDICATORI E TARGET	DIREZIONE DI RIFERIMENTO	UOOO COINVOLTE
Semplificazione dei percorsi fisico e digitale ai cittadini	Miglioramento dei sistemi di accoglienza Potenziamento dell'infrastruttura fruibile via internet da parte del cittadino	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zero coda</li> <li>▪ Numero dei reclami</li> <li>▪ Progetto accoglienza</li> <li>▪ Pago PA</li> </ul>	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
"PNRR"	Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Mission 6 - Salute	Raggiungimento Target e Milestone	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
PIANO SOCIO SANITARIO	Prevenzione primaria e promozione della salute Diagnosi precoce e prevenzione secondaria Razionalizzazione dei servizi di emergenza e urgenza Cura e riabilitazione	Attuazione degli interventi sanitari e sociosanitari	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)
CUP UNICO	Aumentare la disponibilità degli slot e migliorare contestualmente la programmazione e il monitoraggio di tutti gli slot disponibili, con l'implementazione di funzionalità digitali e automatizzate all'interno della Rete Regionale di Prenotazione	Implementazione del CUP Unico Regionale	DIREZIONE STRATEGICA	TUTTE LE UOOO (pur se con diversi livelli di partecipazione)

## **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 COMPARTO<sup>1</sup>**

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:

Aree	Valore quota individuale
Personale di supporto	0.80
Operatori	0.90
Assistenti	1.00
Professionisti e Funzionari	1.20

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

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.

I premi correlati alla performance sono altresì calcolati valorizzando l'incidenza delle prestazioni lavorative/assenze dal servizio con le modalità riportate nella tabella che segue:

<b>Tipologia</b>	<b>Calcolo dei premi</b>
Rapporto di lavoro inferiore all'anno	in rapporto al periodo effettivamente lavorato
Rapporto di lavoro ad impegno ridotto	in proporzione all'orario di lavoro
Distacco sindacale	in proporzione all'orario di lavoro
Aspettativa senza assegni	nessun importo per il periodo di assenza
Assenza ingiustificata	nessun importo per il periodo di assenza
Malattia inferiore a 30 giorni/anno	nessuna decurtazione
Malattia superiore a 30 giorni/anno	nessun importo per il periodo di malattia oltre ai 30 giorni
Congedi parentali (pagati al 30%)	nessun importo per il periodo di assenza
Sospensione dal servizio superiore a n. 5 giorni	nessun importo per il periodo di assenza
Assenza superiore a 9 mesi	nessun importo spettante nell'anno

In caso di patologie gravi che richiedano terapie salvavita o ad esse assimilabili si rinvia, relativamente alle

regole di computo, alle previsioni della contrattazione collettiva che escludono le relative ipotesi dal conteggio ordinario esplicitato in tabella.

I premi correlati alla performance sono corrisposti in rapporto all'effettivo servizio prestato, con l'esclusione di tutti i periodi di assenza, eccetto:

- ferie, recuperi ore e riposi compensativi;
- infortunio sul lavoro;
- permessi sindacali;
- astensione obbligatoria per maternità, ivi inclusa la malattia figlio retribuita al 100%;
- aggiornamento obbligatorio;
- congedi per le donne vittime di violenza;
- permessi art 37-40 legge 104/92;
- diritto allo studio.

Per avere diritto a percepire il premio di produttività occorre comunque che il dipendente abbia prestato un minimo di tre mesi effettivi di lavoro nell'anno.

La liquidazione della premialità spettante è prevista a conclusione della verifica da parte del Nucleo di Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget e della procedura di valutazione individuale, ossia indicativamente per le mensilità di giugno/luglio/agosto dell'anno successivo.

#### **Come si svolge la valutazione delle prestazioni individuali ad avvenuta automatizzazione della scheda di valutazione.**

- L'U.O. Risorse Umane invia annualmente ai fini della valutazione le schede di autovalutazione a tutti i valutatori (responsabili o coordinatori) che hanno collaboratori da valutare e allo stesso tempo carica, per ogni valutatore, le schede di valutazione sul portale dedicato.
- Il valutatore consegna la scheda di autovalutazione ad ogni collaboratore, fissando la data e l'ora del colloquio previste per discutere della valutazione.
- Il collaboratore compila la scheda di autovalutazione e la riconsegna al valutatore.
- La scheda di autovalutazione viene discussa fra collaboratore e valutatore durante il colloquio.
- La scheda di autovalutazione verrà successivamente riconsegnata all'U.O. Risorse Umane, che la inserirà nel fascicolo del dipendente.
- Il dipendente troverà la scheda con la valutazione del valutatore nell'Angolo del dipendente" e ha 15 giorni per far pervenire delle semplici osservazioni o per ricorrere in via gerarchica come illustrato sopra.

## **PERSONALE DELLA DIRIGENZA MEDICA<sup>2</sup>**

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

## **PERSONALE DELLA DIRIGENZA NON MEDICA<sup>3</sup>**

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.

---

<sup>2</sup> CCIA Aree Dirigenziali Medici – aprile 2007 e 23 gennaio 2017

<sup>3</sup> 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 predispone 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 Cremona, 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 secondo semestre del 2021)*

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, in prospettiva, per il perfezionamento del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) che permetterà

l'accesso ai fondi stanziati dall'Unione Europea con il cd. Next Generation EU.

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 secondo semestre del 2022)*

## 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 ottobre 2023, 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	Mappatura	I Responsabili delle	Entro novembre	Presenza del catalogo

rischio	generalizzata e verifica della validità dei processi già analizzati	UU.OO. AA, CdG, DMPO, PBC, Formazione, Ing. Clin. AAGLL, UP, SIA, UT, DAP, Consultori, Medicina Legale, Protesica e Cure Primarie, SERD, Farmacia, UVM ADI	2024	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, DAP, Consultori, Medicina Legale Protesica e Cure Primarie, SERD, Farmacia, UVM ADI	01/12/2024	nr azioni previste per rischi medi/elevati entro il 1/12/2024/ 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 2024	Piano di controllo:  Nr di rischi medi-elevati / nr di rischi medi-elevati controllati (audit) 100%

### 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 .

*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	31-01-2024	Pubblicazione sezione anticorruzione del PIAO

Trasparenza	Accessibilità delle informazioni	I Responsabili delle UU.OO. AA, CdG, DMPO, PBC, AAGLL, UP, SIA, UT, DAP, Cure Territoriali, Farmacia, Segreteria DG e DA, Controllo Atti, 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 di Comportamento per il personale e il Codice Etico dell'ASST di Crema*- parte integrante della sezione anticorruzione del PIAO, è stato aggiornato nel rispetto delle "Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" emanate da ANAC con determinazione n. 358 del 29/03/17.

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.

Nell'anno 2024, l'Azienda provvederà a revisionare 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 sarà 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, DAP, DMPO, PBC, Formazione, UVM/ADI, Protesica e Cure Primarie, Consultorio, SERD	Tempestivo	100% atti d'incarico e contratti
Codice di comportamento	Formazione sul Codice di comportamento aziendale	Responsabile Formazione	15 marzo 2024	Inclusione nel Piano Formazione 2024
Codice di comportamento	Aggiornamento di Codice di comportamento aziendale ex D.L. 30 aprile 2022, n. 36 e	Responsabile UPD	Entro 30 giugno 2024	Delibera approvazione revisione Codice

	D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81			
--	---------------------------------	--	--	--

## 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'Agenzia 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 posizioni organizzative	Responsabile U.O. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	30-11-2024	Relazione al RPCT
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, SITRA, Medina Legale,	30 -11-2024	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, SITRA, Medicina Legale,	30 -11-2024	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 -11-2024	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 adottato con delibera n. 471/2017, ai sensi dell’articolo 54, comma 5, del decreto legislativo n. 165 del 2001, 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., DAP, DMPO, UVM/ADI, Consultorio, Medicina Legale, Protesica e Cure Primarie, SERD,	30 -11- 2024	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 U.O. 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	U.O. Controllo Atti	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 all'U.O. 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 dell'U.O. 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 U.O. 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	Responsabile U.O. Gestione e Sviluppo delle	Tempestiva (pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 15 del	100% incarichi conferiti/rinnovati

	Trasparente	Risorse Umane	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.)	
--	-------------	---------------	---	--

**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 all'U.O 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 dell'U.O. 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 U.O. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Annuale	100% incarichi in essere
Incompatibilità	Pubblicazione dichiarazioni su Amministrazione Trasparente	Responsabile U.O. 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 PNA da 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 rapporto di lavoro	Integrazione delle procedure di affidamento di 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.	Responsabile Gestione Acquisti -UT	tempestivo	100% contratti
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 U.O. 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 U.O. 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 ostative 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 U.O. 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	Responsabile Gestione Acquisti - UT	tempestivo	100% nr dichiarazioni/nr componenti commissioni di gara
Formazione commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali	Applicazione regolamentazione in materia di conferimento	Responsabile U.O. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	tempestivo	100% nr dichiarazioni/nr incarichi assegnati negli uffici indicati

incarichi dirigenziali	incarichi dirigenziali e incarichi area comparto ex art 35 bis, d.lgs n.165/2001			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 favorire l’emersione di fattispecie di illeciti eventualmente riscontrate nell’espletamento delle proprie attività istituzionali, amministrative, contrattuali, ha definito e disciplinato, con apposita procedura, le modalità di denuncia o di segnalazione di illeciti o fatti corruttivi da parte del dipendente segnalante.

La Procedura di segnalazione, adottata con delibera n 790 del 29 dicembre 2021, è in fase di revisione al fine di dare attuazione alla nuova disciplina introdotta dal D.lgs. 10 marzo 2023 n. 24.

A tal fine, l’ASST di Crema 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 -11-2024	Relazione annuale segnalazioni pervenute e interventi attuati
Whistleblowing	Revisione procedura a tutela del segnalante ex D. Lgs: n 24 /2023.	Responsabile Prevenzione Corruzione	30-06-2024	Adozione Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e relative forme di tutela (whistleblowing) ex D.Lgs. n 24/2023

**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. 471 del 21 dicembre 2017;

- 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 U.O. Gestione e Sviluppo delle Risorse umane e le iniziative formative sono inserite nel Piano Triennale Formazione anno 2023.

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 U.O. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Per ogni procedura	Verifica conoscenza Codice Comportamento ASST per tutti i candidati
Formazione	Piano Formazione 2024 coerente con PTPCT	Responsabile U.O. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	15 -03- 2024	Approvazione Piano formazione nel rispetto del Piano Prevenzione corruzione
Formazione	Organizzazione delle iniziative formative	Responsabile U.O. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	1 -12- 2024	Nr iniziative organizzate / nr iniziative previste nel PFA: 100% Report entro il 1 dicembre 2024 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, Protesica e Cure Primarie, SERD, UVM ADI, URP	semestrale	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**

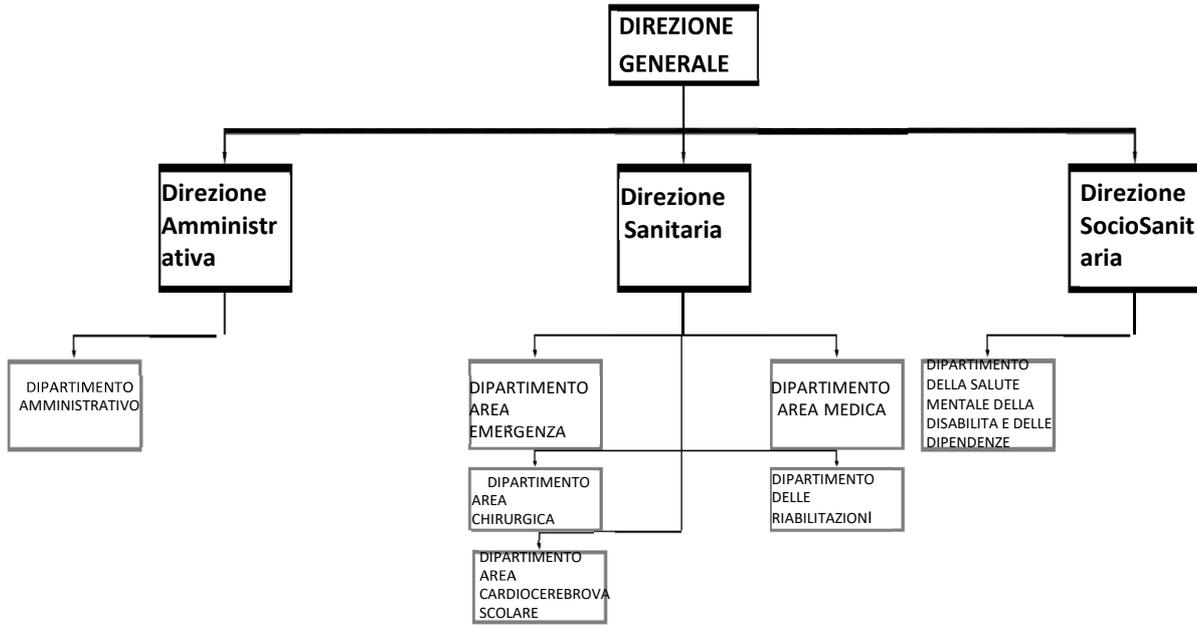
L'organizzazione ed il funzionamento dell'ASST sono disciplinati dal Piano di Organizzazione Aziendale, dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali, dai documenti generali del Sistema Qualità Aziendale, dalle linee guida regionali e dai protocolli d'intesa con la 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;

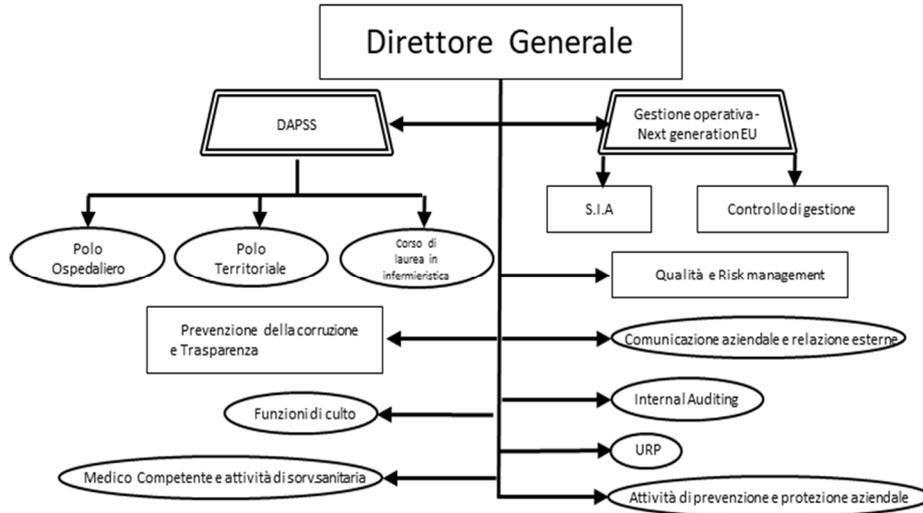
Su tali principi l'azienda ha redatto il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

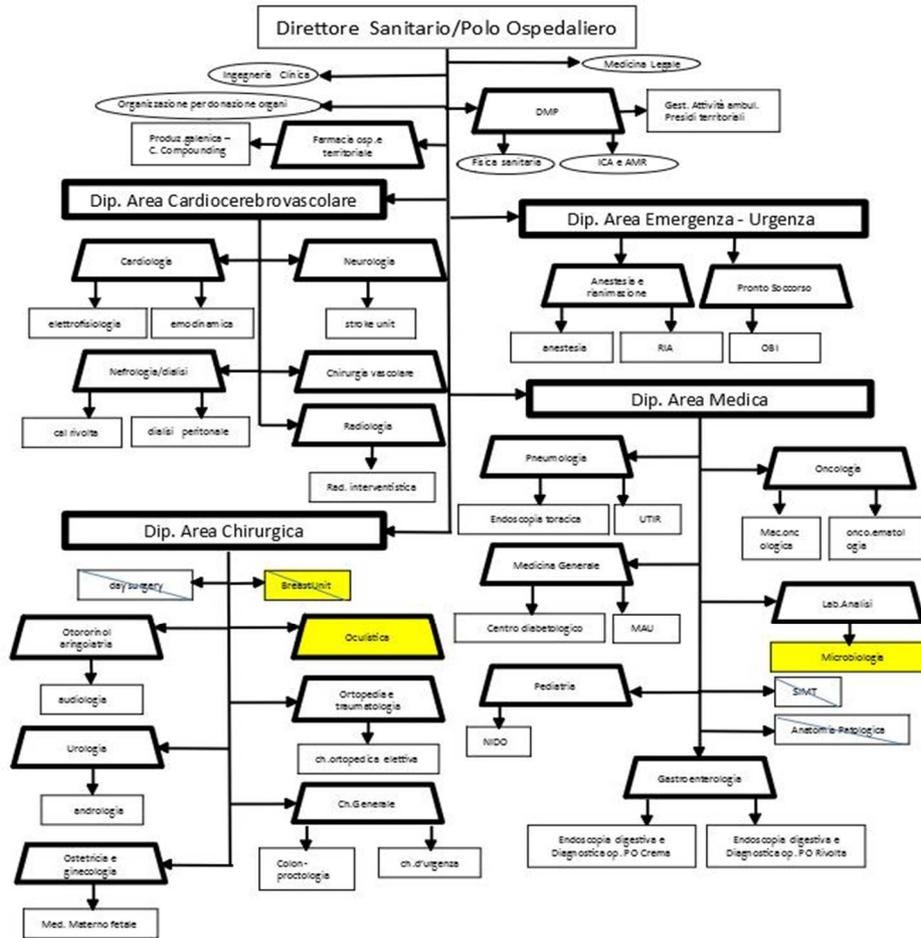
Il POAS vigente è stato approvato con DGR XI/6962 del 19/09/2022 e con deliberazione aziendale n. 748 del 07/10/2022 è stato adottato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico.

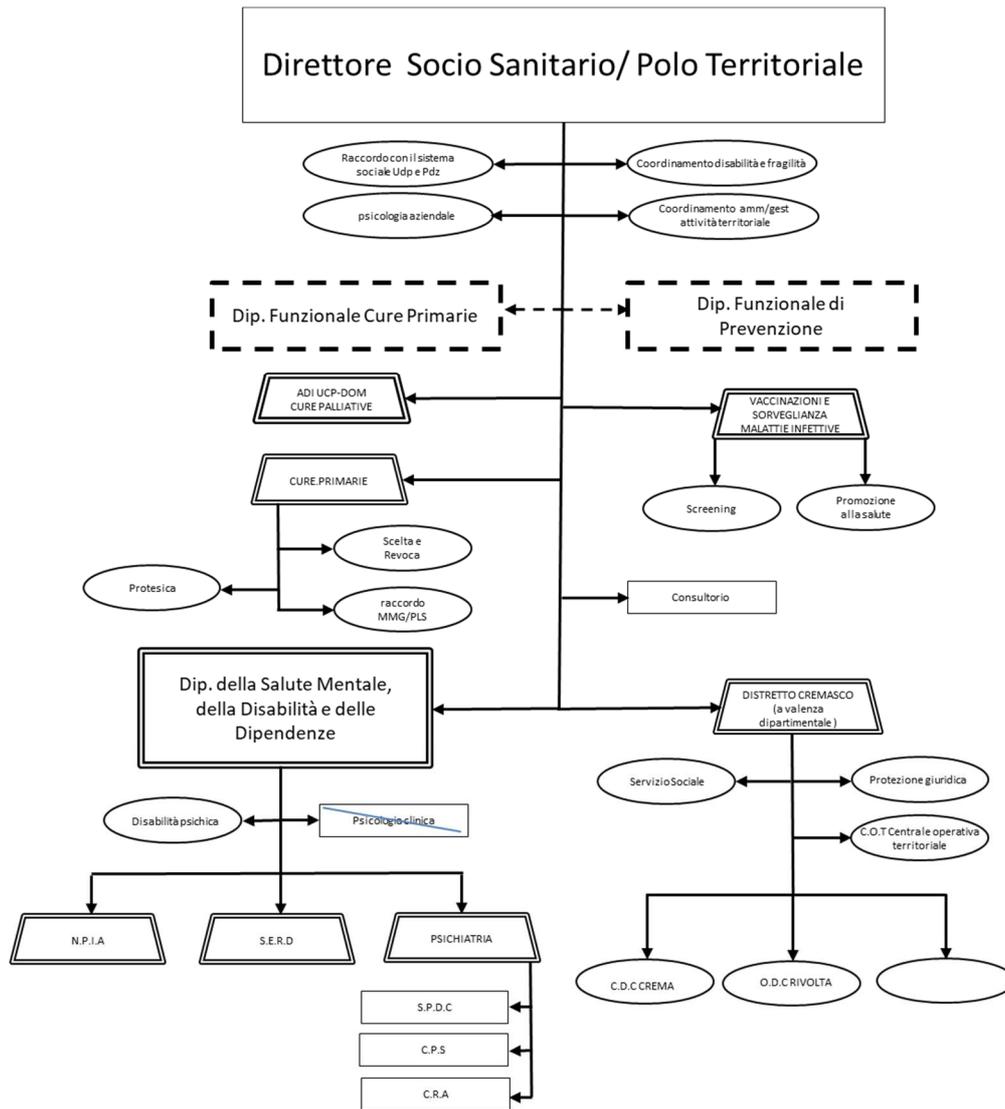
Si riporta di seguito l'organigramma vigente:



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







L'ASST di Crema è inoltre parte della rete del soccorso sanitario in condizioni di emergenza urgenza, coordinata a livello regionale per l'ambito organizzativo e gestionale da AREU. L'ASST di Crema in particolare risulta essere un'articolazione dell'AAT-di Cremona per il distretto territoriale di Crema: l'attività svolta coinvolge le aree dei mezzi di soccorso (base ed avanzati) ed un'attività di coordinamento con la centrale operativa, posta nell'ASST di Cremona; non è prevista attività di elisoccorso.

### 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 1/1/2023, in esito al processo di attribuzione sopra descritto:

RUOLO	TIPOLOGIA DI INCARICO	N. teste al 01/01/2024
SANITARIO	Struttura Complessa	27
	Struttura Semplice Dipartimentale	6
	Struttura Semplice	29
	Incarico di Alta Specializzazione	25
	Incarico di Altissima Professionalità	7
	Incarico Professionale di Consulenza, Studio e Ricerca	73
	Incarico Professionale di Base	72
	Senza Incarico	26

	<b>Totale Sanitario</b>	<b>265</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>	Struttura Complessa	3
	Struttura Semplice	1
	Incarico Professionale	3
	<b>Totale Amministrativo</b>	<b>7</b>
<b>PROFESSIONALE</b>	Struttura Complessa	1
	Struttura Semplice	2
	Senza Incarico	0
	<b>Totale Professionale</b>	<b>3</b>
<b>TECNICO</b>	Incarico Professionale	1
	<b>Totale Tecnico</b>	<b>1</b>
<b>Totale Complessivo</b>		<b>276</b>

### 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.

Attualmente gli incarichi di funzione in essere sono rappresentati dalla tabella che segue:

<b>INCARICO DI FUNZIONE ALL'1/01/2024</b>		
<b>RUOLO</b>	<b>VALORE ECONOMICO</b>	<b>N. TESTE</b>
SANITARIO	9.908,00	3
	8.608,00	2
	6.000,00	3
	5.600,00	4
	5.000,00	1
	4.600,00	1
	4.561,00	1
	4.287,00	1
	4.180,00	1
	4.000,00	23
<b>TOTALE SANITARIO</b>		<b>40</b>
AMMINISTRATIVO	8.230,00	2
	6.930,00	3
	4.930,00	1
<b>TOTALE AMMINISTRATIVO</b>		<b>6</b>
SOCIO SANITARIO	6.930,00	1
	5.738,00	1
<b>TOTALE SOCIO SANITARIO</b>		<b>2</b>
TECNICO	6.230,00	1
	4.930,00	2
<b>TOTALE TECNICO</b>		<b>3</b>
<b>COMPLESSIVO</b>		<b>51</b>

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

NUMERO DI DIPENDENTI DEL COMPARTO IN SERVIZIO AL 31/12/2023	NUMERO UNITA' ORGANIZZATIVE AZIENDALI	AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE IN TERMINI DI NUMERO DI DIPENDENTI DEL COMPARTO IN SERVIZIO
1164	69	16,89
NUMERO DI DIPENDENTI DELLA DIRIGENZA IN SERVIZIO AL 31/12/2023	NUMERO UNITA' ORGANIZZATIVE AZIENDALI	AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE IN TERMINI DI NUMERO DI DIPENDENTI DELLA DIRIGENZA IN SERVIZIO
281	69	4,07

**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.

Di seguito si riporta il testo del regolamento.

## 1.PREMESSA

La Legge 7 agosto 2015 n. 124 “*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*” – c.d. “Riforma Madia” – ha costituito il momento di avvio verso una progressiva apertura nel pubblico impiego a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, ispirate inizialmente dall’obiettivo di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro.

Proprio nel solco tracciato dalla Legge 124/2015, veniva emanata la Legge 22 maggio 2017 n. 81, recante “*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*”. Al capo II della suddetta Legge (artt. 18-24) si trova l’attuale disciplina del lavoro agile, che pone l’accento sulla flessibilità organizzativa, sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l’accordo individuale e sull’utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto. In particolare, l’articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81 definisce il lavoro agile quale ..”*modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici in parte all’interno e in parte all’esterno del luogo di lavoro, entro i soli limiti dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva*”.

In attuazione delle norme sopra citate, il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 recante le linee guida sul lavoro agile nella PA che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile prima dell’emergenza COVID-19. Le disposizioni riguardanti il lavoro agile, però, sono rimaste per lungo tempo inattuata o poco considerate nel settore della pubblica amministrazione.

Nel corso dell’anno 2020, il lavoro agile subisce una brusca accelerata. L’emergenza COVID-19, stravolgendo l’intero sistema delle relazioni sociali con l’imposizione del distanziamento sociale e fisico, fa sorgere all’improvviso la necessità di apportare profonde modifiche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori. Con Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante “*Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015*”, si supera il regime sperimentale dell’obbligo per le amministrazioni di adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa, con la conseguenza che la misura operasse a regime.

Nell’epoca emergenziale epidemiologica da Covid-19 il lavoro agile/smart working è divenuto, pertanto, la modalità necessitata e ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017, prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi normativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n. 81.

Il Decreto-legge n. 34/2020 - “*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19*”, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n. 77, - ha disposto all’art. 263 comma 4-bis che entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all’articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Nell'evolversi della normativa in materia di lavoro agile nel periodo emergenziale, il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, 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”*, all'art. 6 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione. Detto piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

Il *“Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale”* del 10 marzo 2021 ha segnato l'avvio ad un percorso che ha portato al raggiungimento di risultati importanti:

- D.L. 30 aprile 2021 n. 56 il quale ha previsto il superamento di vincoli rigidi e soglie percentuali minime per l'applicazione del lavoro agile nella Pubblica Amministrazione;
- Linee guida in materia di lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni, ai sensi dell'art.1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni del 8.10.2021.

In data 16.12.2021, previo confronto con le organizzazioni sindacali e con l'intesa della Conferenza unificata, sono state adottate le *“Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche”* che hanno dettagliato le condizionalità per il ricorso al lavoro agile (tra cui la necessaria rotazione del personale e la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza) prevedendo che, nelle more della sottoscrizione definitiva dei CCNL, l'accesso a tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa possa avvenire esclusivamente nel rispetto delle stesse e previa stipula di un accordo individuale.

Importanti novità in materia sono state altresì introdotte dal Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105 c.d. *“Decreto Conciliazione vita – lavoro”* che ha modificato l'art. 18 della L. 81/2017, introducendo una priorità di accesso al lavoro agile ai lavoratori con figli fino ai dodici anni di età o con figli in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3 della L. n. 104/1992 e ai lavoratori in situazione di disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 4, co. 1 della L. n. 104/1992 o che siano caregivers ai sensi dell'art. 1 co. 255 della L. 205/2017.

Con la sottoscrizione, in data 2 novembre 2022, del CCNL del comparto sanità relativo al triennio 2019-2021, sono state infine disciplinate caratteristiche, modalità, limiti e tutele dell'istituto in parola.

Il presente Regolamento ha l'obiettivo di fornire le linee guida nonché le procedure di accesso allo svolgimento dell'attività lavorativa in regime di lavoro agile, in accordo con il proprio responsabile e nel rispetto dei principi generali secondo quanto dettagliato nei successivi articoli.

L'ambito del presente regolamento riguarda il personale amministrativo e tecnico non sanitario del comparto e il personale tecnico amministrativo della dirigenza, rinviandone l'estensione agli altri profili all'adozione di successive determinazioni.

## **2.DEFINIZIONE ED OBIETTIVI**

Ai fini del presente Regolamento si intende per *“lavoro agile”* una nuova e diversa modalità di esecuzione dell'attività lavorativa, basata su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In particolare, il lavoro agile risponde al generale obiettivo di promuovere l'introduzione di nuove modalità di organizzazione del lavoro basate

sull'utilizzo della flessibilità lavorativa, sulla valutazione per obiettivi e sulla rilevazione dei bisogni del personale dipendente, anche alla luce delle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il lavoro agile non si limita a contribuire alla performance organizzativa e alla performance individuale, ma può avere impatti positivi sia all'interno che all'esterno dell'Amministrazione.

L'introduzione del lavoro agile per il personale dipendente della ASST di Crema risponde alle seguenti finalità:

- sperimentare ed introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, orientata ad un incremento di produttività e riduzione del tasso di assenteismo;
- razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
- facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti in condizioni di disabilità o in condizioni di particolare necessità non coperte da altre misure;
- migliorare il benessere organizzativo e favorire un incremento della work-life balance (conciliazione vita-lavoro) del personale dipendente, promuovendo al tempo stesso un miglioramento delle condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempo di vita e di lavoro;
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenza;
- ridurre l'impatto ambientale derivante dal minore utilizzo di materiali e risorse (cancellerie ed utenze).

### 3. DESTINATARI DEL LAVORO AGILE

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria; potrà accedere al lavoro agile il personale dirigente e il personale del comparto assunto con contratto di lavoro a tempo determinato e a tempo indeterminato, anche a tempo parziale, che abbia superato il periodo di prova, in servizio presso la ASST di Crema, le cui mansioni/attività siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in un luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività e gli obiettivi della U.O. di assegnazione, secondo le modalità previste nei successivi artt. 4 e 5.

L'Amministrazione ha individuato le attività che devono essere effettuate esclusivamente in presenza **(all.5)**, previo confronto con le organizzazioni sindacali. Le attività non ricomprese in tale elencazione possono essere svolte da remoto previa autorizzazione del Responsabile gerarchico, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

L'amministrazione, nel prevedere l'accesso al lavoro agile, ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività, e avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovano in condizione di particolare necessità, non coperti da altre misure.

### 4. CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE

Il dipendente può eseguire attività di lavoro agile quando sussistono i seguenti requisiti:

- Compatibilità tra il profilo professionale e/o le mansioni svolte con l'espletamento della prestazione lavorativa in modalità agile
- L'attività assegnata non deve richiedere la costante presenza fisica del lavoratore nella sede di lavoro
- L'attività deve essere caratterizzata da margini di autonomia operativa che permettono di eseguire la prestazione lavorativa anche in luogo diverso dall'ordinaria sede di lavoro e in assenza di una supervisione costante
- Dotazione individuale di strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro (linea/rete internet, postazione fisica)
- Organizzazione della esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia
- Strumenti di monitoraggio e valutazione dei risultati delle attività assegnate al dipendente, rispetto agli obiettivi programmati
- Compatibilità con le esigenze di servizio della propria struttura
- Esistenza di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato.

## 5. INDIVIDUAZIONE ATTIVITA' DA SVOLGERE IN MODALITA' DI LAVORO AGILE – MODALITA' DI SVOLGIMENTO

L'ASST Crema, nel rispetto della normativa vigente e al fine di favorire la rotazione del personale in presenza, garantisce che possa avvalersi del lavoro agile il personale dipendente amministrativo, tecnico non sanitario e professionale, sia del comparto che della dirigenza, impiegato in attività che possano essere svolte integralmente da remoto, di competenza di ciascuna U.O., ad eccezione di quelle ricomprese nel prospetto "Attività indifferibili da rendere in presenza", allegato al presente Regolamento (**all. 3.1**).

### 5.1 Modalità di svolgimento

Con l'adozione del presente regolamento, l'Azienda consente al dipendente la possibilità di lavorare in una sede diversa da quella di assegnazione per massimo n. 4 giorni/mese, non cumulabili per un utilizzo nei mesi successivi, e fruibili per non più di n. 2 giorni/settimana, salvo diversa programmazione da concordare con il dirigente di riferimento. Per il personale con rapporto di lavoro a tempo parziale verticale il lavoro agile è consentito per un massimo di un giorno a settimana. Le giornate di sabato e domenica sono escluse.

In via eccezionale, qualora ricorrano determinate situazioni personali/familiari, debitamente documentate, il dipendente che ne faccia richiesta può essere autorizzato, per un periodo di tempo circoscritto, ad ampliare il numero delle giornate in lavoro agile, previa idonea e tempestiva pianificazione.

Le giornate nelle quali il dipendente potrà prestare l'attività lavorativa secondo le modalità del lavoro agile dovranno essere preventivamente concordate con il proprio Dirigente/Responsabile, e pianificate con cadenza mensile. Eventuali modifiche/variazioni rispetto al piano di lavoro agile preventivamente concordato, andranno autorizzate dal proprio Dirigente/Responsabile. Per i soli Direttori/Responsabili di UO, le giornate di lavoro agile andranno concordate con il Direttore di Dipartimento.

La programmazione dell'utilizzo delle giornate di lavoro agile, per il personale autorizzato, di norma prevede che la richiesta del/la dipendente sia da presentarsi al proprio Responsabile gerarchico all'inizio del mese, comunque di norma almeno 5 giorni prima del primo giorno di fruizione.

L'autorizzazione al lavoro agile nei giorni richiesti sarà valutata da parte del Responsabile gerarchico, che dovrà garantire in ogni caso la rotazione dei dipendenti in lavoro agile, assicurando nelle singole giornate lavorative la presenza in servizio, in sede di prima applicazione, di almeno l'80% dei dipendenti della UO o dei servizi/articolazioni della U.O.

Il Direttore/Responsabile di ciascuna UO sarà responsabile del coordinamento e dell'organizzazione delle modalità di svolgimento dello stesso all'interno della propria UO, nonché dell'organizzazione del servizio della propria struttura, garantendo la presenza in servizio di almeno l'80% del personale assegnato.

## **5.2 Luogo di lavoro**

Fermo restando che la sede di lavoro resta invariata ad ogni effetto di legge e di contratto, in occasione della prestazione lavorativa effettuata in lavoro agile, il dipendente potrà effettuare la prestazione in altro/i luogo/luoghi specificatamente e preventivamente individuato/i, di uso privato.

Il/i luogo/luoghi individuato/i dovrà essere idoneo a consentire lo svolgimento dell'attività lavorativa in condizioni di sicurezza e riservatezza, nel rispetto delle prescrizioni in materia di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e della salubrità dei luoghi di lavoro ai sensi del D.L. vo n. 81/2008.

La scelta del luogo di lavoro deve essere legata alle esigenze connesse all'espletamento della prestazione lavorativa o alla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative, e deve comunque rispondere a criteri di ragionevolezza.

Il luogo o i luoghi di lavoro nel/i quale/i il dipendente intende espletare l'attività di lavoro agile dovrà/dovranno essere dichiarati nella domanda di adesione al lavoro agile di cui al successivo art.6.

Per sopravvenute e documentate esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile potrà essere richiamato in sede, mediante ordine di servizio, il quale deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate agile non fruito.

## **5.3 Orario di lavoro**

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliero stabilite dai vigenti CC.CC.NN.LL. e per garantire un'efficace interazione con l'ufficio di appartenenza, il lavoratore deve garantire l'operatività all'interno della fascia oraria individuata nel paragrafo successivo.

Le ore di lavoro da remoto non possono essere effettuate, di norma, prima delle ore 8.00 e successivamente alle ore 20.00 e nelle giornate di sabato, domenica e festivi, salvo specifiche esigenze correlate alla tipologia di attività del servizio di appartenenza. In ogni caso, verrà garantita la fascia di inoperabilità (disconnessione), la quale deve comprendere necessariamente il periodo di 11 ore di riposo consecutivo.

In particolare, fermo il debito orario giornaliero, la prestazione lavorativa in modalità agile deve essere comunque assicurata all'interno della fascia di operatività concordata con il Responsabile della U.O. di rispettiva afferenza, nella quale il lavoratore deve garantire altresì la contattabilità, sia telefonica sia a mezzo e-mail.

Nella fascia di operatività, il lavoratore, per finalità di coordinamento con altri componenti dell'organizzazione, per ricevere indicazioni e direttive circa l'esecuzione del lavoro o, comunque, per esigenze organizzative, di funzionalità e di efficacia nell'erogazione dei servizi, è nelle condizioni di essere operativo e, pertanto, di iniziare entro un brevissimo lasso di tempo i compiti e le attività richiesti. Il lavoratore è contattabile sia telefonicamente sia via mail o con altre modalità similari.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio. Il dipendente in lavoro agile può continuare ad essere inserito nei turni di reperibilità, ove previsti, al termine della prestazione da remoto, compatibilmente con le esigenze di servizio.

L'attestazione in merito allo svolgimento della prestazione lavorativa avverrà con l'inserimento di apposita causale nel portale "Angolo del dipendente". Resta inteso che il debito orario giornaliero di ogni singolo dipendente corrisponde a quello contrattualmente previsto e che la prestazione lavorativa in modalità agile non può generare ore di lavoro straordinario, notturno e festivo. Le giornate lavorative in lavoro agile dovranno essere usufruite a giornata lavorativa intera.

Al lavoratore in lavoro agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo previsti dalla normativa nazionale contrattuale di riferimento, inclusa la pausa pranzo, nonché il "diritto alla disconnessione" dalle strumentazioni tecnologiche.

In casi di malattia la prestazione da remoto è sospesa analogamente alla prestazione in presenza. La malattia sopravvenuta interrompe il lavoro agile nel rispetto delle norme in materia di assenze dal lavoro con conseguente invio della certificazione del medico curante e invio del numero di protocollo del certificato medico all'ufficio competente.

Il lavoratore in lavoro agile può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti dai rispettivi CCNL o dalle norme di legge.

#### **5.4 Tutela della salute e sicurezza dei lavoratori**

La sede di lavoro scelta dal dipendente in modalità "agile" dovrà garantire le caratteristiche minime di sicurezza imposte dalle vigenti normative in materia di sicurezza sul posto di lavoro.

In sede di presentazione della domanda di accesso al "lavoro agile", il dipendente dovrà specificare il/i luogo/luoghi in cui intende espletare l'attività lavorativa in modalità di lavoro agile.

L'amministrazione garantisce, ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i e ai sensi dell'art. 22 della L.81/2017, la salute e la sicurezza del lavoratore in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in lavoro agile con ausilio di apposita informativa contenente le indicazioni dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole del luogo in cui espletare l'attività lavorativa.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione lavorativa in modalità agile, sulla base della formazione ricevuta, nel rispetto dei requisiti di cui al presente regolamento, delle previsioni di cui all'informativa e delle procedure amministrative, dovrà rispettare ed applicare correttamente le direttive dell'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni dell'art. 20, comma 1 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Ogni singolo dipendente collabora proficuamente e diligentemente con la ASST al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto dalla prestazione di lavoro all'esterno dei locali aziendali.

Il lavoratore che svolge la propria prestazione in modalità di lavoro agile è comunque tenuto, ai sensi del comma 2 dell'art. 22 del D.Lgs. n.81/2017, a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro, al fine di fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

#### **5.5 Tutela assicurativa**

Il lavoratore, nel rispetto di quanto disciplinato dall'art.23, c.2, della L.81/2017, ha diritto alla tutela contro le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali, anche se occorsi durante il percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali, nei limiti previsti dalla normativa INAIL vigente.

In particolare, nel rispetto di quanto disciplinato dall'art. 23, c.3, della L.81/2017, gli infortuni occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali sono tutelati quando "la scelta del luogo della prestazione sia dettata da esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e risponda a criteri di ragionevolezza". Pertanto, deve sussistere una diretta connessione dell'evento con la prestazione lavorativa.

La ASST non risponde degli infortuni verificatisi a causa della scelta non idonea, da parte del dipendente, di un luogo non compatibile con quanto indicato nell' informativa di cui al precedente art. 5.4. del presente Regolamento, o che esponga lo stesso a ulteriori rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici della propria attività lavorativa svolta presso i locali aziendali.

Nell'eventualità di un infortunio durante la prestazione in lavoro agile, il lavoratore dovrà fornire tempestiva e dettagliata informazione all'Amministrazione, trasmettendo copia del certificato medico e/o comunicando il relativo codice identificativo.

La ASST Crema provvederà ad effettuare le comunicazioni obbligatorie con le modalità previste dall'INAIL ed a denunciare telematicamente gli infortuni eventualmente occorsi durante le giornate di lavoro in lavoro agile.

#### **5.6 Rimborso spesa e buoni pasto**

Non è prevista nessuna forma di rimborso spese, né alcun onere potrà essere addebitato alla ASST Crema, a copertura degli eventuali costi derivanti dall' espletamento della prestazione lavorativa in modalità "agile", quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: traffico telefonico, energia elettrica, traffico dati, spese di manutenzione.

Restano a carico della ASST Crema le spese di manutenzione degli strumenti di lavoro eventualmente forniti dalla ASST stessa.

Inoltre, durante le giornate di lavoro agile, non è previsto l'accesso alla mensa e il dipendente non matura il diritto al buono pasto.

#### **5.7 Diritti e doveri del lavoratore in modalità "agile"**

L'accesso al lavoro agile non varia in alcun modo gli obblighi e i doveri del lavoratore/della lavoratrice, così come i diritti ad esso/a riconosciuti dalla normativa vigente, sia di legge che di contratto, fatti salvi i limiti e le condizioni del presente Regolamento.

Lo svolgimento delle attività lavorative in modalità lavoro agile non penalizza la professionalità e l'avanzamento di carriera del personale. Il collocamento del lavoratore in lavoro agile non incide sulla natura del rapporto di lavoro subordinato in atto, né sulle condizioni economiche, che rimangono regolate dalle norme legislative e contrattuali vigenti.

Ai fini dell'applicazione degli istituti di carriera e del computo dell'anzianità di servizio, il periodo in cui la prestazione lavorativa viene resa con la modalità agile è integralmente considerato come servizio allo stesso modo di quello ordinariamente reso presso le sedi di servizio abituali.

I lavoratori in lavoro agile si impegnano a tenere aggiornati i sistemi di protezione dei propri computer per prevenire possibili danni al patrimonio informatico dell'Ente.

In presenza di problematiche tecniche o di sicurezza informatica che impediscano o ritardino sensibilmente lo svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile, anche derivanti da rischi di perdita o divulgazione di informazioni dell'Amministrazione, il dipendente sarà tenuto a dare tempestiva informazione al proprio responsabile. Qualora le suddette problematiche dovessero rendere impossibile la prestazione lavorativa, il dipendente dovrà recarsi presso la sede lavorativa. In particolare, eventuali interventi di riparazione, hardware o software, saranno attuati esclusivamente presso la sede aziendale.

### **5.8 Qualità della prestazione e valutazione della performance**

Il lavoro agile dovrà consentire il mantenimento del medesimo livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede dell'Amministrazione. A tal proposito, i Dirigenti Responsabili di U.O. sono chiamati ad operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex post, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

Per ciascun lavoratore, in fasi di autorizzazione delle giornate in lavoro agile, saranno definiti, in accordo tra lavoratore/lavoratrice e Dirigente della Struttura di riferimento, obiettivi puntuali e misurabili che possano consentire di monitorare i risultati della prestazione lavorativa.

In tal senso, le componenti della misurazione e della valutazione delle performance individuale faranno riferimento sia ai risultati raggiunti, in termini di efficacia quantitativa, qualitativa, produttiva e temporale, che ai comportamenti, in termini di responsabilità individuale rispetto all'organizzazione dell'attività lavorativa.

Il Responsabile gerarchico esercita il potere di controllo sulla prestazione concordata con il/la dipendente in lavoro agile, attraverso modalità comunicate in anticipo con riguardo all'orario di servizio e al risultato della prestazione in termini sia quantitativi che qualitativi.

In particolare, il Responsabile gerarchico, in coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati, monitora e verifica le prestazioni rese in modalità agile, secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività assegnate e svolte dal dipendente, nel rispetto dei principi del sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dalla ASST.

Ciascun responsabile, anche ai fini del monitoraggio periodico del Dipartimento della Funzione Pubblica, verifica l'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati e delle prestazioni rese, tenuto conto dei dati e delle eventuali osservazioni provenienti dall'utenza interna, dall'utenza esterna e dagli stakeholder.

### **5.9 Obblighi di riservatezza, protezione dati, custodia e sicurezza delle dotazioni informatiche**

Il lavoratore è tenuto a custodire con diligenza la documentazione, i dati e le informazioni dell'Amministrazione utilizzati in connessione con la prestazione lavorativa; il lavoratore è inoltre tenuto al rispetto delle previsioni del Regolamento UE 679/2016 in materia di privacy e protezione dei dati personali.

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in lavoro agile, il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n.62, "Regolamento recante codice

di comportamento dei dipendenti pubblici”, del Codice di Comportamento e del Codice Etico vigenti presso la ASST Crema.

Il dipendente è personalmente responsabile della sicurezza, della custodia e della conservazione in buono stato delle dotazioni informatiche di proprietà della ASST, salvo l’usura derivante dell’utilizzo. È tenuto a ricorrere alla assistenza della ASST qualora se ne ravvisi la necessità in conformità alle disposizioni vigenti. Le dotazioni informatiche della ASST non devono subire alterazioni della configurazione di sistema, ivi inclusi gli aspetti relativi alla sicurezza. È in particolare vietata l’installazione di software non preventivamente autorizzati.

L’U.O. Sistemi Informativi Aziendali (SIA), competente in materia di sicurezza informatica, determina le specifiche tecniche minime e di sicurezza dei dispositivi.

L’inosservanza delle disposizioni di cui al presente Regolamento costituisce comportamento rilevante ai fini disciplinari e può conseguentemente determinare l’applicazione delle sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva.

## 6. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE

Premesso che l’esercizio della prestazione lavorativa in modalità agile avviene su base volontaria, potrà presentare richiesta di adesione al lavoro agile il personale individuato dall’art. 3 del presente Regolamento, previa compilazione di apposita richiesta (**all. 3.2**).

La domanda di accesso al lavoro agile dovrà essere indirizzata al Responsabile gerarchico.

Il dirigente esprimerà parere, positivo o negativo, in merito alla richiesta di accedere al lavoro agile nel rispetto dei criteri contenuti nell’art.4 del presente regolamento, previa verifica e attestazione circa il fatto che le mansioni svolte da questo ultimo rientrano tra quelle compatibili con il lavoro agile secondo le disposizioni aziendali. In caso di accoglimento dell’istanza, il Responsabile gerarchico definisce le attività che il dipendente potrà svolgere in lavoro agile, le tempistiche, gli obiettivi da raggiungere e gli strumenti/criteri di valutazione.

L’elenco delle attività da svolgere in lavoro agile e l’articolazione della prestazione deve essere trasmessa dal Responsabile gerarchico all’ufficio Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane per la predisposizione dell’accordo individuale.

L’eventuale autorizzazione rilasciata dal Responsabile gerarchico è soggetta a avvallo da parte del Direttore strategico di riferimento.

Infine, il modulo di richiesta, sottoscritto dal dipendente, firmato dal Responsabile gerarchico ed avallato dalla Direzione Strategica, dovrà essere inviato alla UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane che procederà all’attivazione del lavoro agile con la predisposizione dell’accordo individuale.

## 7. ACCESSO AL LAVORO AGILE: ACCORDO INDIVIDUALE

L’attivazione del lavoro agile richiede la sottoscrizione di un accordo individuale a tempo determinato, accessorio rispetto al contratto individuale di lavoro (**all. 3.3**) che regola diritti e obblighi reciproci.

L'accordo individuale è stipulato per iscritto e disciplina, ai sensi degli artt. 19 e 21 della L. 81/2017 l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali della ASST.

Deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- a) durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso non può essere superiore a 12 mesi;
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- e) indicazione della fascia di contattabilità, nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità simili (art. 79 comma 1, lett. a, CCNL comparto sanità triennio 2019-2021);
- f) i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

All'accordo individuale è allegata l'informativa INAIL in materia di salute e sicurezza sul lavoro agile ai sensi dell'art. 22, co. 1, della L. n. 81/2017 (**all. 3.4**).

## **8. PRIORITA' DI ACCESSO**

Qualora la richiesta di lavoro agile sia effettuata da oltre il 20% dei lavoratori afferenti la medesima U.O., si applicano le disposizioni che seguono.

Fermo restando le ipotesi in cui il lavoratore ha il diritto a svolgere la prestazione lavorativa nella forma del lavoro agile, definito dalle leggi del tempo, qualora i Responsabili gerarchici, previa verifica dei presupposti e condizioni per l'attivazione del lavoro agile di cui ai precedenti artt. 4 e 5, riconosceranno la priorità alle richieste formulate dai:

- dipendenti con figli fino a 12 anni di età (art. 18 co. 3 bis L. n. 81/2017, così come modificato dal D.lgs. n. 105/2022);
- dipendenti con figli, senza limiti di età, in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, co. 3 della L. n. 104/92 (art. 18 co. 3 bis L. n. 81/2017, così come modificato dal D.lgs. n. 105/2022);
- dipendenti con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della L. n. 104/1992 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, L. n. 205/2017 (art. 18 co. 3 bis L. n. 81/2017, così come modificato dal D.lgs. n. 105/2022);
- lavoratrici in stato di gravidanza;
- lavoratrici che fruiscono dei congedi in favore delle vittime di violenza di genere di cui all'art. 24 del D. Lgs. n. 80/2015 in quanto inserite in percorsi di protezione;
- dipendenti "fragili" in possesso di certificazione, rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologia oncologica o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, compresi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3, della L. 104/1992) e i lavoratori affetti da patologie e condizioni di cui al D.M. del 4 febbraio 2022;

- dipendenti in possesso di certificazione rilasciata dal medico competente che ne raccomanda la fruizione;
- dipendenti con certificato di invalidità non inferiore al 46 % riconosciuta ai sensi della L. n. 68/99;
- dipendente affetto da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, accertata da una commissione;
- dipendente con il coniuge, la parte di un'unione civile o il convivente di fatto, i figli o i genitori, affetti da patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti;
- dipendente con necessità di assistere una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che abbia necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;
- genitore di figlio convivente di età non superiore a 13 anni al 31/12/2022 ed eventualmente:
  - a) unico genitore del nucleo familiare
  - b) genitore con coniuge lavoratore turnista
  - c) genitore con coniuge lavoratore con frequenti missioni Italia/estero
- dipendente rientrante dal congedo di maternità o paternità;
- dipendente che necessita di sottoporsi a cure mediche incompatibili con la prestazione a tempo pieno, debitamente certificata da idonea attestazione sanitaria;
- dipendente con necessità di assistere i genitori, il coniuge o il convivente, i figli e gli altri familiari conviventi, senza possibilità alternativa di assistenza, che accedano a programmi terapeutici e/o di riabilitazione per tossicodipendenti;
- genitore di figli minori conviventi di età superiore ai 13 anni (data di riferimento: 31/12/2022) in relazione al loro numero ed eventualmente:
  - a) unico genitore del nucleo familiare con figli conviventi di età inferiore ai 16 anni (data di riferimento: 31/12/2022);
  - b) genitore con coniuge lavoratore turnista;
  - c) genitore con coniuge lavoratore con frequenti missioni Italia/estero;
  - d) unico genitore del nucleo familiare con figlio minore seppur di età superiore ai 16 anni (data di riferimento: 31/12/2022);
- dipendenti con età anagrafica uguale o superiore a 60 anni;
- dipendenti già a part-time con contratto non superiore al 50% in quanto autorizzati allo svolgimento di altra attività
- dipendenti che risiedono in Comuni distanti più di 40 Km dal luogo di lavoro.

Si precisa che il possesso delle suddette condizioni non attribuisce alcun diritto allo svolgimento del lavoro agile ma esclusivamente una priorità rispetto agli altri dipendenti.

## 9. MODALITA' DI CONNESSIONE ALLA RETE AZIENDALE

Utilizzando le proprie credenziali aziendali, il dipendente attiverà una connessione sicura protetta (VPN) con la rete aziendale che garantirà l'accesso alle risorse aziendali.

La sede scelta dal dipendente per effettuare attività di lavoro agile dovrà disporre di una connettività di adeguate caratteristiche al fine di poter garantire un corretto accesso all'infrastruttura aziendale e l'utilizzo degli applicativi aziendali.

### **9.1 Risorse aziendali**

Il lavoratore in modalità agile potrà accedere alle seguenti risorse erogate dall’Azienda:

- Rete sicura privata (VPN), ivi compresi applicativi fruibili con tecnologie client/server;
- Cartelle di rete condivise, se necessarie;
- Applicativi fruibili via web (attraverso browser certificato);
- Set minimo applicativi aziendali (suite office automation, SISS);
- Software per connessione a rete sicura protetta (VPN);
- Sistema di controllo remoto aziendale;
- Applicativi client/server profilati in base alla mansione del dipendente.

## **9.2 Postazione di lavoro**

Il dipendente potrà effettuare attività di lavoro agile di norma utilizzando i dispositivi tecnologici in suo possesso o, in subordine, tramite postazione di lavoro portatile fornita dall’Azienda. Tale postazione sarà caratterizzata da:

- Computer personale portatile;
- Tastiera, mouse e supporto per pc portatile;
- Sistema antivirus/antimalware aziendale;

La postazione di lavoro portatile, fornita dall’Azienda, non potrà essere utilizzata dal dipendente per scopi personali al di fuori dell’ambito e dagli scopi definiti dal progetto di lavoro agile.

In ragione di quanto specificato al successivo art. 9 ed in particolare della gradualità della introduzione del lavoro agile all’interno dell’Amministrazione, anche la fornitura della già menzionata postazione di lavoro aziendale avverrà gradualmente, in funzione della disponibilità effettiva delle risorse strumentali da parte dell’Azienda.

L’ammissione al lavoro agile non comporta di per sé la fornitura di un telefono aziendale.

Alla luce di quanto sopra esposto, al momento della presentazione della domanda di lavoro agile il dipendente dovrà espressamente dichiarare se è in possesso di personale strumentazione tecnologica idonea allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro (PC, telefono, linea/rete internet, postazione fisica).

In ragione della già richiamata gradualità nella fornitura delle postazioni di lavoro portatili aziendali, qualora la dotazione strumentale a disposizione dell’Azienda non sia sufficiente a soddisfare tutte le domande di accesso al lavoro agile avanzate dal personale dipendente, l’Amministrazione si riserva di valutare le modalità di assegnazione delle postazioni di lavoro.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell’attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

## **10. INTERRUZIONE DEL LAVORO AGILE**

L'Amministrazione e/o il dipendente, durante il periodo di svolgimento del progetto individuale di lavoro agile possono, fornendo specifica motivazione, interrompere il progetto con un preavviso minimo di 30 giorni, salvo l'ipotesi prevista dall'art. 19 della L.81/2017.

Ciascuno dei contraenti può recedere senza preavviso del Lavoro agile in presenza di un giustificato motivo, in particolare:

- per ragioni organizzative;
- attribuzione di mansioni diverse da quelle per le quali è stata concordata l'attività da remoto;
- per assegnazione del dipendente a diversa area/servizio/U.O.;
- per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati;

Inoltre, costituisce motivo di recesso immediato l'inosservanza delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Nel caso di lavoratori disabili ai sensi dell'art. 1 della L. 12.03.1999, N.68, il termine di preavviso del recesso da parte del datore di lavoro non può essere inferiore a 90 giorni.

In caso di trasferimento/assegnazione ad altra area/servizio/UO ovvero di attribuzione ad altra mansione/ruolo sarà il nuovo Dirigente di afferenza a verificare la compatibilità delle nuove mansioni e l'attività in lavoro agile ed eventualmente comunicare la revoca alla UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

## **11. LAVORO DA REMOTO**

Il lavoro da remoto è prestato, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, che comporta la effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato.

Il lavoro da remoto, realizzabile con l'ausilio di dispositivi tecnologici, messi a disposizione dall'Azienda o Ente - può essere svolto nelle forme seguenti:

- a) telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente;
- b) altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.

Nel lavoro da remoto di cui al presente articolo il lavoratore è soggetto ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento al rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro. Sono altresì garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari e trattamento economico.

Fermo restando il confronto con le parti sindacali, previsto dall'art. 6 comma 3, lett. l) del CCNL comparto sanità triennio 2019-2021, l'Azienda può adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo, previo consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio. L'istituto in parola viene adottato nel caso

di attività, previamente individuata dall’Azienda, ove è richiesto un presidio costante del processo e ove sussistono i requisiti tecnologici che consentano la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, pienamente rispondenti alle previsioni relative all’orario di lavoro (art 43 CCNL comparto sanità triennio 2019-2021).

L’Azienda o Ente concorda con il lavoratore il luogo ove viene prestata l’attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno semestrale.

Nel caso di telelavoro domiciliare, concorda con il lavoratore tempi e modalità di accesso al domicilio per effettuare la suddetta verifica.

Al lavoro da remoto di cui al presente articolo, si applica quanto previsto in materia di lavoro agile all’art. 7 (Accordo individuale), fatta eccezione per quanto previsto in relazione all’articolazione della prestazione in modalità agile e al diritto alla disconnessione.

## 12. CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

Per quanto non definito dal presente Regolamento, si fa riferimento, a quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamentari nonché alle norme dai CCNL della Dirigenza e del Comparto.

### 3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

- **Rappresentazione della consistenza di personale al 31/12/2023**

Consistenza 2023														
Attivi al 31.12.2023	TOTALE OSPEDALE	OSPEDALE				TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
		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
<b>Raggruppamento profili</b>														
DIRIGENZA MEDICA	207	6	21	99	54			2	12		2	6	22	229
DIRIGENZA VETERINARIA													0	0
DIRIGENZA SANITARIA	13			6					12			4	16	29
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3					1							1	4
DIRIGENZA PROFESSIONALE	3												0	3
DIRIGENZA TECNICA	1												0	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	8												0	8
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>235</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>105</b>	<b>54</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>39</b>	<b>274</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso il personale di famiglia)	508	36	60	238	93			1	37		2	9	49	557
INFERMIERE DI FAMIGLIA (Ifc)						14	2						16	16
OSTETRICA	25											1	1	26
PERSONALE TECNICO SANITARIO	65			62	3								0	65
ASSISTENTI SANITARI	4			1					13			1	14	18
TECNICO DELLA PREVENZIONE													0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	45			5	3	2			26			4	32	77
ASSISTENTI SOCIALI	2					1			5			3	9	11
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	72		7	7	1	1						1	2	74
OTA	4		1	2	1				1				1	5
OSS	124	11	11	55	28				10		1	1	12	136
AUSILIARI	0												0	0
ASSISTENTE RELIGIOSO	1												0	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	138			2		4	2	2	4		13	3	28	166
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>988</b>	<b>47</b>	<b>79</b>	<b>372</b>	<b>129</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>83</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>164</b>	<b>1.152</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.223</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>477</b>	<b>183</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>107</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>203</b>	<b>1.426</b>

Il costo del personale, per quanto riguarda la spesa complessiva al 31/12/2023, è in quadratura con quanto indicato

nell'Assestamento 2023 (V2) assegnato con Decreto da Regione Lombardia n. 18389 del 21 Novembre 2023.

<b>CODICE ASST</b>	<b>726</b>			
<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>ASST DI CREMA</b>			
	<b>ASSESTAMENTO 2023</b>			
<b>IMPORTI in unità di euro</b>	<b>Decreto ASSESTAMENTO (V2) n.18389 del 21 Novembre 2023</b>			
<b>COSTI</b>	<b>Sez. SANITARIO</b>	<b>Sez. TERRITORIO</b>	<b>Sez. AREU</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Costo del personale (escluso IRAP)</b>	<b>70.911.127</b>	<b>4.860.082</b>	<b>351.685</b>	<b>76.122.894</b>
Personale con oneri riflessi	69.496.135	4.860.082	351.685	74.707.902
RAR Comparto con oneri riflessi esclusa IRAP	1.073.908	0	0	1.073.908
RAR Dirigenza con oneri riflessi esclusa IRAP	341.084	0	0	341.084
<b>IRAP (su personale dipendente)</b>	<b>4.666.868</b>	<b>323.160</b>	<b>24.626</b>	<b>5.014.654</b>
<b>Totale Costo del personale con oneri riflessi ed IRAP</b>	<b>75.577.995</b>	<b>5.183.242</b>	<b>376.311</b>	<b>81.137.548</b>

- **Programmazione strategica delle risorse umane anno 2024**

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.

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

Tale Piano prevedeva per il 2024 la seguente Dotazione Organica:

DO 2024													
DOTAZIONE ORGANICA 2024	OSPEDALE				TERRITORIO							TOTALE COMPLESSIVO ASST	
	TOTALE OSPEDALE	... di cui emergenza urgenza			Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area prevenzione	Dipartimento salute mentale	carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		TOTALE TERRITORIO
		... di cui pronto soccorso	... di cui terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU										
<b>Raggruppamento profili</b>													
DIRIGENZA MEDICA	242	18	27		1	2	3	18			8	32	274
DIRIGENZA VETERINARIA												0	0
DIRIGENZA SANITARIA	19				2			10			3	15	34
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3											0	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4											0	4
DIRIGENZA TECNICA	1											0	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10				1							1	11
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>279</b>	<b>18</b>	<b>27</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>48</b>	<b>327</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso ostetrica e IFeC)	534	38	50			6	1	34			14	55	589
OSTETRICA	23										2	2	25
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)					37	7						44	44
PERSONALE TECNICO SANITARIO	72											0	72
ASSISTENTI SANITARI	5							16			1	17	22
TECNICO DELLA PREVENZIONE												0	0
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	49				8			24			6	38	87
ASSISTENTI SOCIALI	1				5	1		5			4	15	16
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	74	6	1								1	1	75
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OTA - OSS	127	10	12		6			10		1		17	144
AUSILIARI	1											0	1
ASSISTENTE RELIGIOSO	3											0	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	142				9			2	4	7	15	37	179
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE												0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA												0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>1.031</b>	<b>54</b>	<b>63</b>		<b>65</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>77</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>43</b>	<b>226</b>	<b>1.257</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.310</b>	<b>72</b>	<b>90</b>		<b>69</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>105</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>54</b>	<b>274</b>	<b>1.584</b>

Successivamente con nota Prot. N. 45875 del 21/11/2023 è stata trasmessa a Regione Lombardia la proposta del Piano dei Fabbisogni di personale triennio 2024 – 2026 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Crema, che prevede un incremento della Dotazione Organica 2024 di seguito rappresentata:

DO 2024														
DO 2024	OSPEDALE					TERRITORIO							TOTALE TERRITORIO	TOTALE COMPLESSIVO ASST
	TOTALE OSPEDALE	... di cui				Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	Area prevenzione	Dipartimento salute mentale	Carceri	Cure primarie	Altri servizi territoriali		
		di cui pronto soccorso	terapia intensiva, Blocco operatorio e AREU	area medica	area chirurgica									
<b>Raggruppamento profili</b>														
DIRIGENZA MEDICA	241	18	27	115	64	1	2	3	18		2	10	36	277
DIRIGENZA VETERINARIA													0	0
DIRIGENZA SANITARIA	15			7		2			12		1	4	19	34
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	4					1							1	5
DIRIGENZA PROFESSIONALE	4												0	4
DIRIGENZA TECNICA	1												0	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	10					1							1	11
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>275</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>122</b>	<b>64</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>57</b>	<b>332</b>
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)	524	38	60	245	96		6	1	37		2	9	55	579
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)						37	7					3	47	47
OSTETRICA	25											2	2	27
PERSONALE TECNICO SANITARIO	72			69	3								0	72
ASSISTENTI SANITARI	5			1					16		1	1	18	23
TECNICO DELLA PREVENZIONE													0	0
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	73			7	7	1					1		2	75
OTA	4			1	2	1			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	146			2		9	3	2	4		18	6	42	188
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE													0	0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA													0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>1.030</b>	<b>49</b>	<b>80</b>	<b>387</b>	<b>138</b>	<b>66</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>83</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>236</b>	<b>1.266</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.305</b>	<b>67</b>	<b>107</b>	<b>508</b>	<b>202</b>	<b>71</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>43</b>	<b>293</b>	<b>1.598</b>

In particolare, il PTFP 2024 – 2026 risulta in incremento rispetto al PTFP 2024 autorizzato da Regione Lombardia con D.G.R. n. XII/677 del 17/07/2023, per le seguenti ragioni:

1. attivazione del nuovo Dipartimento “Cure Primarie” ai sensi di quanto previsto con DGR 7758 del 28/12/2022 con conseguente incremento delle seguenti figure:

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 – 2026

- 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

2. attivazione di n. 1 UCA con conseguente incremento delle seguenti figure:

- n. 3 medici
- n. 3 infermieri di famiglia

Si riporta la seguente tabella che pone a confronto gli anni 2021, 2022 e 2023 (autorizzati) e il 2024 (proposta) evidenziando un progressivo aumento dei fabbisogni di personale in linea con le emergenti attività istituzionali, con particolare riferimento al polo territoriale.

DOTAZIONE ORGANICA	2021	2022	2023	2024
Dirigenza Medica	236	270	274	277
Dirigenza Sanitaria e delle Professioni Sanitarie	29	33	36	39
Dirigenza Professionale	3	4	4	4
Dirigenza Tecnica	1	1	1	1
Dirigenza Amministrativa	7	7	11	11
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>276</b>	<b>315</b>	<b>326</b>	<b>332</b>
Personale Infermieristico	608	644	647	653
Personale Tecnico Sanitario	71	73	72	72
Personale Vigilanza e Ispezione	20	20	22	23
Personale della Riabilitazione	68	79	84	87
Personale Ruolo Tecnico non sanitario	75	85	75	75
Personale Tecnico Sanitario OTA/OSS compreso il personale ausiliario	129	134	145	151
Personale Amministrativo	155	162	175	188
Assistente Sociale	9	10	14	16
Assistente Religioso	3	3	3	1
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>1.138</b>	<b>1.210</b>	<b>1.237</b>	<b>1.266</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.414</b>	<b>1.525</b>	<b>1.563</b>	<b>1.598</b>

Come si può notare dal confronto tra il personale in servizio al 31/12/2023 rispetto a quello autorizzato, significativa è la carenza sia del personale medico che infermieristico, infatti, nell'anno 2023 si sono verificate minori assunzioni complessivamente pari a n. 158 unità che comprendono minori assunzioni per n. 53 unità nell'ambito della Dirigenza, di cui n. 45 Dirigenti Medici e per n. 105 unità dell'Area del Comparto, di cui n. 32 personale infermieristico, in linea con l'anno 2023.

Alla data odierna nonostante siano in corso numerose procedure per il reclutamento del personale, come di seguito meglio evidenziato, persistono criticità per quanto riguarda la Dirigenza Medica - con particolare riferimento alle seguenti discipline: Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, Psichiatria, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Ostetricia, Urologia, Pediatria, Radiologia – e il personale infermieristico.

In particolare, per queste ultime si sta facendo ricorso a personale con incarichi libero professionali e a cooperative/società oltre a convenzioni con altre Aziende Socio-Sanitarie.

Il costo del personale stimato per l'anno 2024 rilevato nel Modello A risulta in quadratura con le risorse indicate da Regione Lombardia nel Decreto di Assegnazione del BPE 2024 (V1) e nella scheda "726 SK BPE 2024 PERSONALE DIPENDENTE" depositati ambedue nella piattaforma di Scriba.

CODICE ASST	<b>726</b>			
DENOMINAZIONE	<b>ASST DI CREMA</b>			
IMPORTI in unità di euro	BPE 2024 (V1)			
COSTI	Sez. SANITARIO	Sez. TERRITORIO	Sez. AREU	TOTALE
<b>Costo del personale (escluso IRAP)</b>	<b>67.211.177</b>	<b>4.969.839</b>	<b>351.685</b>	<b>72.532.701</b>
Personale con oneri riflessi	67.211.177	4.969.839	351.685	72.532.701
RAR Comparto con oneri riflessi esclusa IRAP	0	0	0	0
RAR Dirigenza con oneri riflessi esclusa IRAP	0	0	0	0
<b>IRAP (su personale dipendente)</b>	<b>4.466.841</b>	<b>330.262</b>	<b>24.626</b>	<b>4.821.729</b>
<b>Totale Costo del personale con oneri riflessi ed IRAP</b>	<b>71.678.018</b>	<b>5.300.101</b>	<b>376.311</b>	<b>77.354.430</b>

Il costo complessivo indicato da Regione Lombardia nel decreto del BPE 2024 (V1), come indicato nella nota Procollo n. G1.2023.0050186 del 15 Dicembre 2023, è stato determinato dalla Direzione Generale Welfare sulla base delle risorse assegnate con il "Decreto della Direzione Generale Presidenza n. 16093 del 20 ottobre 2023" (Bilancio di Assestamento 2023).

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

Anche l'anno 2024 sarà caratterizzato dal progressivo sviluppo dell'area territoriale, con conseguente allocazione in tale area delle nuove risorse.

- **Strategia di copertura del fabbisogno**

Di seguito si riporta una prima programmazione delle procedure concorsuali previste nel 2024 al fine di acquisire nuovo personale.

**Dirigenza**

**Concorso pubblico**

- n. 1 dirigente medico di struttura complessa di Cure Primarie

- n. 1 dirigente medico di struttura complessa di Neuropsichiatria infantile
- n. 4 dirigenti medici di pediatria
- n. 2 dirigenti medici di neurologia
- n. 1 dirigente medico di malattie dell'apparato respiratorio
- n. 1 dirigente medico di anatomia patologica
- n. 3 dirigenti medici di anestesia e rianimazione
- n. 1 dirigente medico di medicina interna
- n. 4 dirigenti medici di radiodiagnostica
- n. 6 dirigenti medici di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza
- n. 2 dirigenti medici di ortopedia e traumatologia

**Comparto:**

- n. 15 infermieri
- n. 1 assistente sociale
- n. 1 tecnico di laboratorio
- n. 1 Educatore Professionale
- n. 3 OSS

Viste le perduranti criticità di reclutamento del personale della dirigenza medica e del comparto (infermieri), si rappresenta che, in talune discipline, l'acquisizione di risorse avviene attraverso la stipula di convenzioni con altre Aziende del SSN e, in subordine, mediante affidamento di servizi a Cooperative esterne.

• **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. Al fine di garantire la valorizzazione delle risorse interne, l'ASST ha pertanto approvato con deliberazione n. 170 del 15/03/2023 il Piano Formativo Aziendale relativo all'anno 2023. Il piano di formazione 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 degli ambiti

- **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.

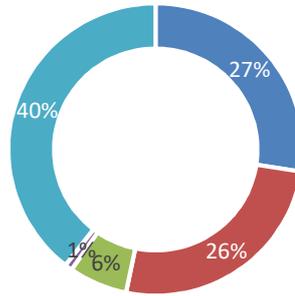
I dati (elaborazione 10.1.2024) a conferma di quanto affermato sono rappresentati dagli indicatori sotto elencati:

N. di corsi ecm	165
N. di edizioni ecm	26
Totalità degli eventi	321

Distribuzione obiettivi	
Obiettivi tecnico professionali	63%
Obiettivi di Processo	21%
Obiettivi di Sistema	16%

Distribuzione Tipologie Formative

Titolo del grafico



■ Formazione Residenziale ■ Training Individualizzato ■ FAD ■ Blended ■ Gruppi Miglioramento

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

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

16

41

411

2.526

5.417

**Totale medie 4,5575 ( 5 )**

Per la determinazione del sistema di attese formative, in una logica di digitalizzazione e dematerializzazione, anche il *format* da compilare è stato informatizzato, generato un link per la compilazione con generazione di sistema di analisi dei dati sotto riportati.

### 5. Obiettivi Formativi

[Altri dettagli](#)

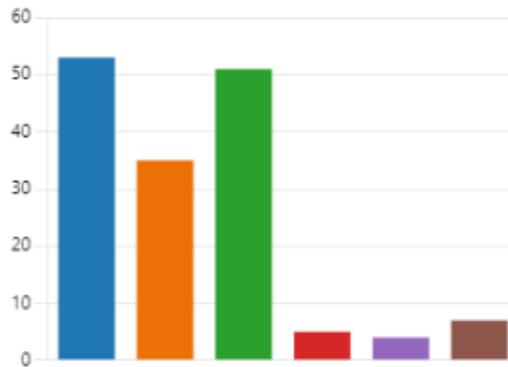
- **Gli obiettivi formativi tecnico-...** 60
- **Gli obiettivi formativi di proce...** 28
- **Gli obiettivi formativi di siste...** 14



### 6. Risultati attesi attraverso:

[Altri dettagli](#)

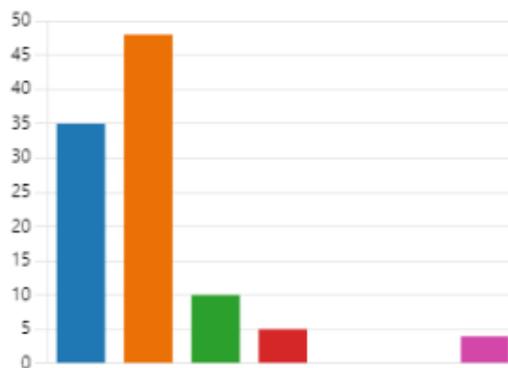
- Comportamento clinico/assisten... 53
- Comportamento organizzativo ... 35
- Implementazione di protocolli e... 51
- Riduzione di effetti indesiderati ... 5
- Verifica di episodi positivi e aus... 4
- Altro 7



### 7. Tipologia formativa

[Altri dettagli](#)

- Residenziale 35
- Gruppo di miglioramento 48
- Training Individualizzato 10
- FAD 5
- Comitati 0
- Audit 0
- Convegno 4



### 13. Costi previsti

[Altri dettagli](#)

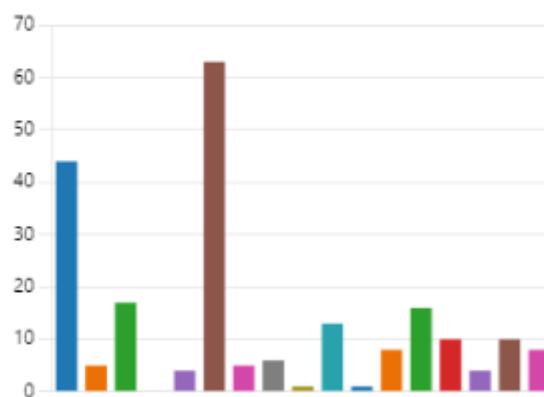
● Sì	25
● No	77



### 11. Figure professionali a cui è rivolto

[Altri dettagli](#)

● MEDICI CHIRURGHI E ODONTOI...	44
● FARMACISTI	5
● PSICOLOGI	17
● CHIMICI E FISICI	0
● BIOLOGI	4
● PROFESSIONI SANITARIE INFER...	63
● PROFESSIONE SANITARIA OSTE...	5
● PROFESSIONI TECNICO SANITA...	6
● PROFESSIONI TECNICO SANITA...	1
● PROFESSIONI SANITARIE DELLA...	13
● PROFESSIONI SANITARIE DELLA...	1
● ASSISTENTI SOCIALI	8
● OPERATORI SOCIO SANITARI	16
● AREA DEL PERSONALE AMMINI...	10
● AREA DEL PERSONALE TECNICO	4
● Tutte le Professioni	10
● Altro	8



#### 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

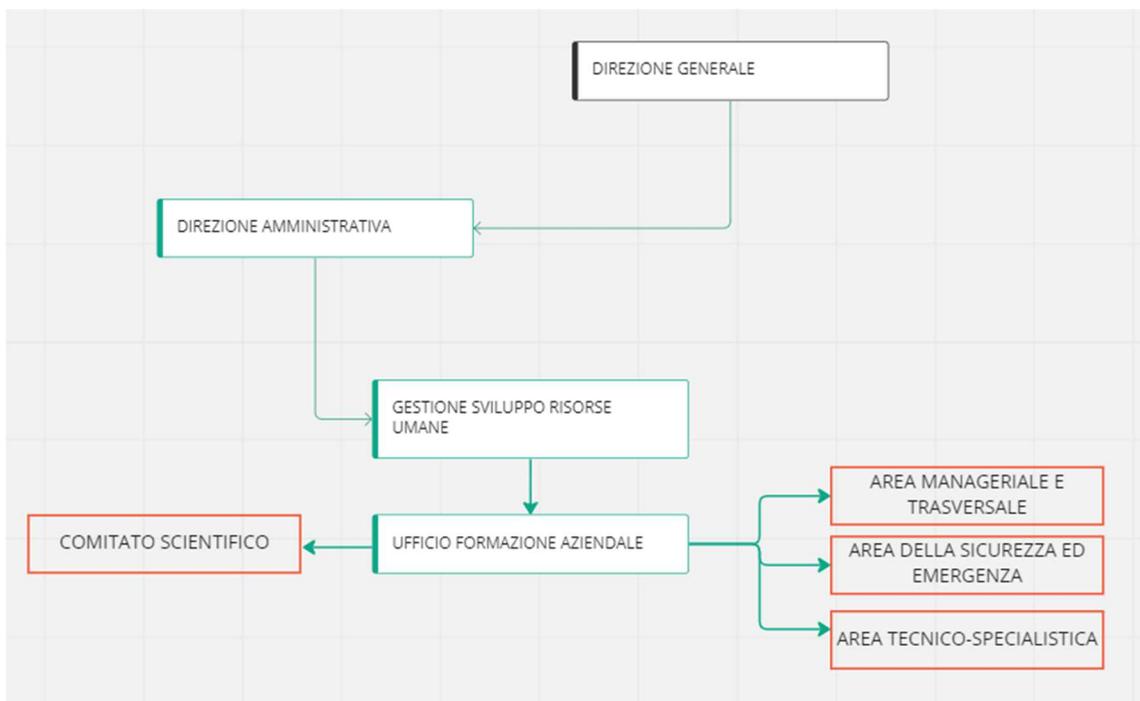
contenere nella fase di programmazione tali elementi che possano accompagnare il singolo, il gruppo e l'intera Azienda verso il raggiungimento di obiettivi prefissati. Di seguito vengono segnalati i percorsi definiti che si intendono perseguire per l'anno 2024.

**Di particolare rilevanza per l'anno 2024 e successivi è 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 2024, non ancora emanate.

### 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.

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
Efficienza	1	Percentuale di realizzazione totale degli eventi inseriti nel PFA	N° eventi realizzati / N° eventi previsti nel PFA	≥ 50%	97%	92%
	2	Percentuale di realizzazione degli eventi accreditati per il riconoscimento dei crediti ECM	N° eventi ECM realizzati / N° eventi	≥ 50%	96.8%	97,5
	3	Percentuale di domande corrette per la partecipazione a formazione esterna	N° domande corrette / N° totale domande ricevute	> 90%	96%	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 ≥ 40% FSC ≥ 50% FAD ≥ 10%	38% 57.% 4,%	36 % 56% 8%
	5	Tasso di assenteismo per tipologia di attività formativa	N° assenti alla specifica tipologia di attività / N° partecipanti alla specifica tipologia di attività formativa	≤ 27%	RES FSC FAD	7%
	6	Percentuale di partecipazione a formazione esterna	N° eventi formativi in esterno / N° totale dipendenti	≤ 20%	10%	20%
	7	Percentuale di autorizzazioni ad eventi formativi esterni sponsorizzati	N° autorizzazioni rilasciate / N° totale dipendenti	> 10%	11,4%	37%
Efficienza	1	Percentuale di realizzazione totale degli eventi inseriti nel PFA	N° eventi realizzati / N° eventi previsti nel PFA	≥ 50%	97%	92%
	2	Percentuale di realizzazione degli eventi accreditati per il riconoscimento dei crediti ECM	N° eventi ECM realizzati / N° eventi	≥ 50%	96.8%	97,5
	3	Percentuale di domande corrette per la partecipazione a formazione esterna	N° domande corrette / N° totale domande ricevute	> 90%	96%	96,5

Indicatori Qualità Processo Formativo						
Area di riferimento Indicatore	N°	Descrizione Indicatore	Indicatore	Standard riferimento	Dato 2022	Dato 2023
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 ≥ 40% FSC ≥ 50% FAD ≥ 10%	38% 57% 4%	36% 56% 8%
	5	Tasso di assenteismo per tipologia di attività formativa	N° assenti alla specifica tipologia di attività / N° partecipanti alla specifica tipologia di attività formativa	≤ 27%	RES FSC FAD	7%
	6	Percentuale di partecipazione a formazione esterna	N° eventi formativi in esterno / N° totale dipendenti	≤ 20%	10%	20%
	7	Percentuale di autorizzazioni ad eventi formativi esterni sponsorizzati	N° autorizzazioni rilasciate / N° totale dipendenti	> 10%	11,4%	37%
Qualità percepita	8	Andamento del gradimento espresso dai partecipanti	Media punteggio assegnato dai partecipanti per le singole voci del questionario di gradimento  <b>&lt; 3</b>	1. Progettazione 2. Docenza 3. Didattica 4. Organizzazione 5. Valutaz. compless.	<b>3,4126</b> <b>4,4903</b> <b>3,3982</b> <b>3,2628</b> <b>3,80</b>	<b>4.07</b> <b>4.55</b> <b>4.02</b> <b>4.04</b> <b>4.05</b>
	9	Andamento del gradimento del servizio offerto dall'Ufficio Formazione	Media punteggio assegnato dalle UU.OO. per le singole voci della customer clienti interni  <b>&lt; 3</b>	Cortesìa	4.45	4.59
				Rapidità	4.0	4.32
				Competenza	4.1	4.47
				Facilità comunicazione	4.2	4.55
				Chiarezza	4.1	4.51
				Rispetto tempi	4.0	4.47
				Collaborazione	4.87	4.33
Giudizio complessiva	4.0	4.32				
Competenze sviluppate	10	Macro aree competenze sviluppate definite dagli obiettivi individuati	N° eventi per specifico obiettivo / N° tot. eventi	Obb. processo ≥ 16,50% Obb. sistema ≥ 28,50% Obb. tecnico-prof. ≥ 55%	15,4% 19,5% 65%	20% 17% 63%
Crediti ECM	11	Numero crediti ECM erogati per profilo professionale	N° crediti ECM erogati / N° di crediti ECM personale con obbligo	≥ 28,5	13%	16.1

Indicatori Qualità Processo Formativo							
Area di riferimento Indicatore	N°	Descrizione Indicatore	Indicatore	Standard riferimento	Dato 2022	Dato 2023	
Costi	12	Scostamento del budget per la realizzazione del PFA dal budget assegnato	Budget speso / Budget assegnato	< 2%	0%	+ 10%	
	13	Costi sostenuti per formazione esterna	Media costi sostenuti per partecipazione a formazione esterna	< 15%	13.7%	16%	
Qualità percepita	8	Andamento del gradimento espresso dai partecipanti	Media punteggio assegnato dai partecipanti per le singole voci del questionario di gradimento  <b>&lt; 3</b>	6. Progettazione	<b>3,4126</b>	<b>4.07</b>	
				7. Docenza	<b>4,4903</b>	<b>4.55</b>	
					8. Didattica	<b>3,3982</b>	<b>4.02</b>
					9. Organizzazione	<b>3,2628</b>	<b>4.04</b>
					10. Valutaz. compless.	<b>3,80</b>	<b>4.05</b>
	9	Andamento del gradimento del servizio offerto dall'Ufficio Formazione	Media punteggio assegnato dalle UU.OO. per le singole voci della customer clienti interni  <b>&lt; 3</b>	Cortesia	4.45	4.59	
				Rapidità	4.0	4.32	
				Competenza	4.1	4.47	
Facilità comunicazione				4.2	4.55		
Chiarezza				4.1	4.51		
Rispetto tempi				4.0	4.47		
				Collaborazione	4.87	4.33	
				Giudizio complessiva	4.0	4.32	
Competenze sviluppate	10	Macro aree competenze sviluppate definite dagli obiettivi individuati	N° eventi per specifico obiettivo / N° tot. eventi	Obb. processo ≥ 16,50% Obb. sistema ≥ 28,50% Obb. tecnico-prof. ≥ 55%	15,4% 19,5% 65%	20% 17% 63%	
Crediti ECM	11	Numero crediti ECM erogati per profilo professionale	N° crediti ECM erogati / N° di crediti ECM personale con obbligo	≥ 28,5	13%	16.1	
Costi	12	Scostamento del budget per la realizzazione del PFA dal budget assegnato	Budget speso / Budget assegnato	< 2%	0%	+ 10%	
	13	Costi sostenuti per formazione esterna	Media costi sostenuti per partecipazione a formazione esterna	< 15%	13.7%	16%	

**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.