

**VERBALE DI DELIBERAZIONE N.**

UOC Direzione Amministrativa dei Presidi

Il Responsabile del procedimento: Rita Cantoni

**VERBALE DI DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE**

Il giorno \_\_\_\_\_ presso la sede legale, il Direttore Generale nella persona del Dott. Ida Maria Ada Ramponi ha adottato la seguente deliberazione.

**OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2022/2024**

**ASSISTITO DA:**

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Maurizia Ficarelli

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Roberto Sfogliarini

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Dott. Diego Maltagliati

## IL DIRETTORE GENERALE

### Richiamate:

La LR 30.12. 2009 n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;

La DGR n. X/4496 del 10.12.2015 con la quale è stata disposta la costituzione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Crema;

La DGR n. XI/5204 del 07.09.2021 di nomina della Dott.ssa Ida Maria Ada Ramponi quale Direttore Generale della ASST di Crema;

### Rilevato che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

#### PREMESSO

- che l’art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e 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 diritto di accesso, dispone che le pubbliche amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 con più di cinquanta dipendenti, adottino il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di durata triennale e aggiornato annualmente;

- che i contenuti del PIAO sono precisati dal comma 2 dell’art. 6 del D.L. n. 80/2021;

- che il comma 4 del predetto art. 6 dispone che il Piano deve essere pubblicato sul sito internet istituzionale e inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale;

- che lo stesso art. 6 prevedeva, al comma 5, che entro sessanta giorni dall’entrata in vigore del decreto (termine prorogato al 31 marzo 2022 dall’art.1, comma 12, lett. a), sub.1, del D.L. 30 dicembre 2021, n.228, “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”), con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, emanati ai sensi dell’art.17, comma 2, della l. 23 agosto 1988, n.400, previa intesa in sede di Conferenza Unificata, ai sensi dell’art.9, comma 2, del d.lgs. 28 agosto 1997, n.281, siano “*individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti*” dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO);

- che l’art.6, comma 6, prevedeva altresì, sempre entro il 31 marzo 2022, l’adozione di un piano tipo con un Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata;

- che il termine previsto per l’adozione del PIAO, inizialmente fissato al 31/01/22 dal D.L. n. 80/2021, è stato inizialmente prorogato con D.L. 228/2021 al 30/04/2022 e successivamente ulteriormente prorogato al 30/6/2022 dal D.L. n. 36 del 30/04/2022;

**PRESO ATTO** che alla data odierna non risultano essere stati emanati sia il Decreto Ministeriale di approvazione del piano tipo che il D.P.R. di delegificazione ai sensi dell’art. 17, comma 2, della legge 400/88;

**RITENUTO**, in attesa delle necessarie, superiori, determinazioni prima citate, provvedere, entro i termini fissati dal legislatore, all’adozione del Piano in argomento;

**DATO ATTO** che l’Azienda ha già adottato i piani previsti dalla normativa vigente tra i quali:

- il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2021-2023 con deliberazione nr. 237 del 5 aprile 2022;

- il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 con deliberazione n 282 del 22 aprile 2022;

- il Piano della Formazione anno 2022 con deliberazione n 167 del 16 marzo 2022;

- il Piano della Performance 2022-2024 con deliberazione n 308 del 29 aprile 2022;

**DATO ATTO** altresì che il Piano Operativo del Lavoro Agile (POLA), parte integrante del PIAO, è stato trasmesso alle Organizzazioni Sindacali del personale del comparto in data 27/04/2022 ed alle Organizzazioni Sindacali dell'area della dirigenza in data 17/06/2022;

**PRECISATO** che l'istituto del lavoro agile sarà introdotto a livello aziendale a titolo transitorio sperimentale fino al 31/12/2022;

**VISTA** la proposta di Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024, elaborata dal Gruppo di lavoro individuato dall'Azienda in conformità con quanto previsto dai commi 2 e 3 del sopra richiamato art. 6;

**PRESO ATTO** che nell'incontro del 27/04/2022, come da verbale agli atti dell'U.O. Controllo di Gestione, il Piano della Performance 2022/2024 è stato presentato al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che ne ha preso atto ed approvato i contenuti;

**RITENUTO** di procedere alla formale adozione del Piano in argomento, nel testo che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

**PRESO ATTO** che l'approvazione del Piano avviene nelle more dell'emanazione di specifiche disposizioni e che pertanto l'Azienda si riserva di apportare le opportune modifiche ed integrazioni, ove rese necessarie da modifiche alla normativa vigente e/o agli impegni strategici di valore pubblico;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento viene adottato su proposta del Direttore del Dipartimento Amministrativo che ne attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri;

**ACQUISITO** il parere del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario per quanto di competenza così come previsto dall'art.3 del Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni;

### **DELIBERA**

- 1) di adottare, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto che il contenuto del presente Piano sarà adeguato – ove necessario – alle future determinazioni di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 6 D.L. 80/2021 e/o ad ulteriori differenti disposizioni normative;
- 3) di disporre la pubblicazione e diffusione del piano nei termini di cui al c. 4 dell'art. 6 del DL 80/2021 demandando all'U.O. Controllo Atti gli adempimenti conseguenti compreso l'invio al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri allorquando il Dipartimento stesso fornirà le opportune indicazioni operative;
- 4) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per l'azienda;
- 5) di prevedere l'aggiornamento annuale del PIAO con adozione dello stesso entro il 31 gennaio di ogni anno ai sensi dell'art. 6, co. 1, del D.L. n. 80/2021 convertito con modificazioni con L. n. 113/2021 a cura del gruppo di lavoro costituito dalle UU.OO. Controllo di Gestione, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, Risorse Umane, Affari Generali e Legali e Programmazione Bilancio e Contabilità;
- 6) di stabilire che il seguente atto costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:
  - “Piano Integrato di Attività e Organizzazione – 2022/2024” (allegato 1 composto da n. 77 pagine);
- 7) di notificare l'adozione della presente deliberazione:
  - all'UOC Risorse Umane
  - all'UO Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
  - all'UOC Affari Generali e Legali
  - al Controllo di Gestione
  - all'UOC Programmazione Bilancio e Contabilità
  - alla Direzione Medica dei Presidi

**Parere favorevole:**

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

F.to Dott. Maurizia Ficarelli

---

IL DIRETTORE SANITARIO

F.to Dott. Roberto Sfogliarini

---

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO

F.to Dott. Diego Maltagliati

---

**IL DIRETTORE GENERALE**

F.to Dott. Ida Maria Ada Ramponi

---

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E  
ORGANIZZAZIONE  
2022 – 2024**

*Regione Lombardia*

## Sommario

<b>Premessa .....</b>	<b>3</b>
<b>1. SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’ASST .....</b>	<b>3</b>
<b>2. SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Valore pubblico .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Performance .....</b>	<b>44</b>
<b>2.3. Rischi corruttivi e trasparenza .....</b>	<b>54</b>
<b>3. SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>54</b>
<b>3.1. Struttura organizzativa .....</b>	<b>54</b>
<b>3.2. Piano triennale dei fabbisogni di personale – Piano della Formazione.....</b>	<b>56</b>
<b>3.3. Organizzazione del lavoro agile .....</b>	<b>58</b>
<b>4. SEZIONE 4 – MONITORAGGIO .....</b>	<b>71</b>

## **Premessa**

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 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. Il 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. A tal fine il Piano è affiancato da un processo di delegificazione che si sviluppa parallelamente all'iter di approvazione del DM che introduce il Piano-tipo.

## **1. SEZIONE 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).

## **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; attualmente, presso l'ASST di Crema, sono presenti le seguenti Associazioni di Volontariato:
  - ABIO Crema ODV – Associazione per il Bambino in Ospedale;
  - A.C.C.P. – Associazione Cremasca Cure Palliative “Alfio Privitera” Onlus;
  - AILAR – Associazione Italiana Laringectomizzati Onlus;
  - A.I.M.A. – Crema Associazione Italiana Malattia di Alzheimer;
  - A.I.S.M. Onlus – Associazione Italiana Sclerosi Multipla;
  - AIDO Gruppo Comunale di Crema – Onlus;
  - Associazione Diabetici del Territorio Cremasco Onlus;
  - Associazione “Donna Sempre” Onlus;
  - Associazione Donne contro la Violenza Onlus;
  - Associazione Ex Dipendenti dell’Ospedale di Crema;
  - Associazione l’Approdo – Prevenzione, Cura e Riabilitazione delle Dipendenze;
  - AVIS Comunale Crema;
  - AUSER Volontariato Comprensorio di Cremona;
  - Centro di Aiuto alla Vita Onlus Crema;
  - E.L.O. Epilessia Lombardia Onlus;
  - La Tartaruga Crema ODV Associazione Cremasca Parkinson e Disturbi del Movimento;
  - Proteggi il tuo cuore Onlus;
  - L.I.L.T. – Lega Italiana per la lotta contro i tumori;
  - ViviamoInPositivo Italia ODV;
- 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".

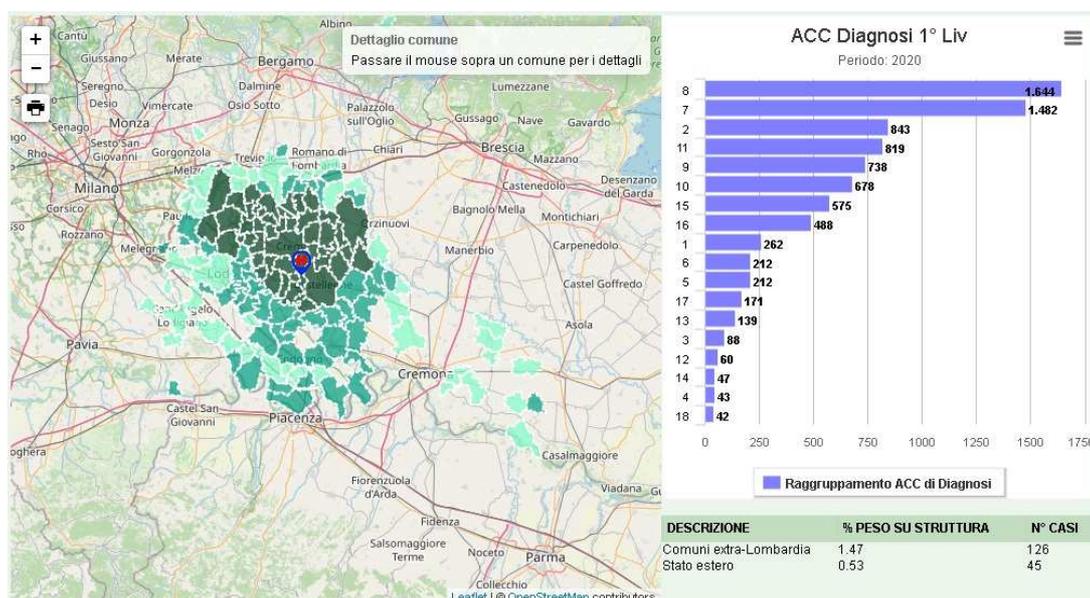
L’Azienda adegua, sulla base della pianificazione strategica, la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individuando nel sistema di budget lo strumento fondamentale per realizzare gli Obiettivi. Lavorare per Obiettivi rappresenta il processo a supporto metodologico per l’attività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

## SITUAZIONE DEMOGRAFICA E TERRITORIALE

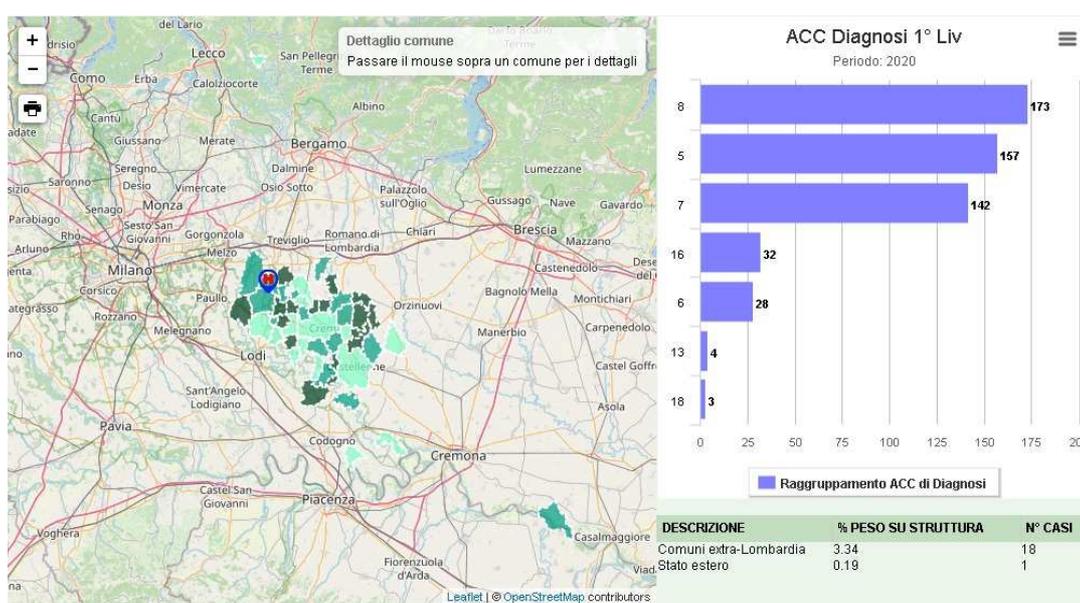
Il contesto demografico del Territorio della ASST di Crema riveste alcune peculiarità di rilievo ed interesse nella programmazione e realizzazione dei servizi sanitari.

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:

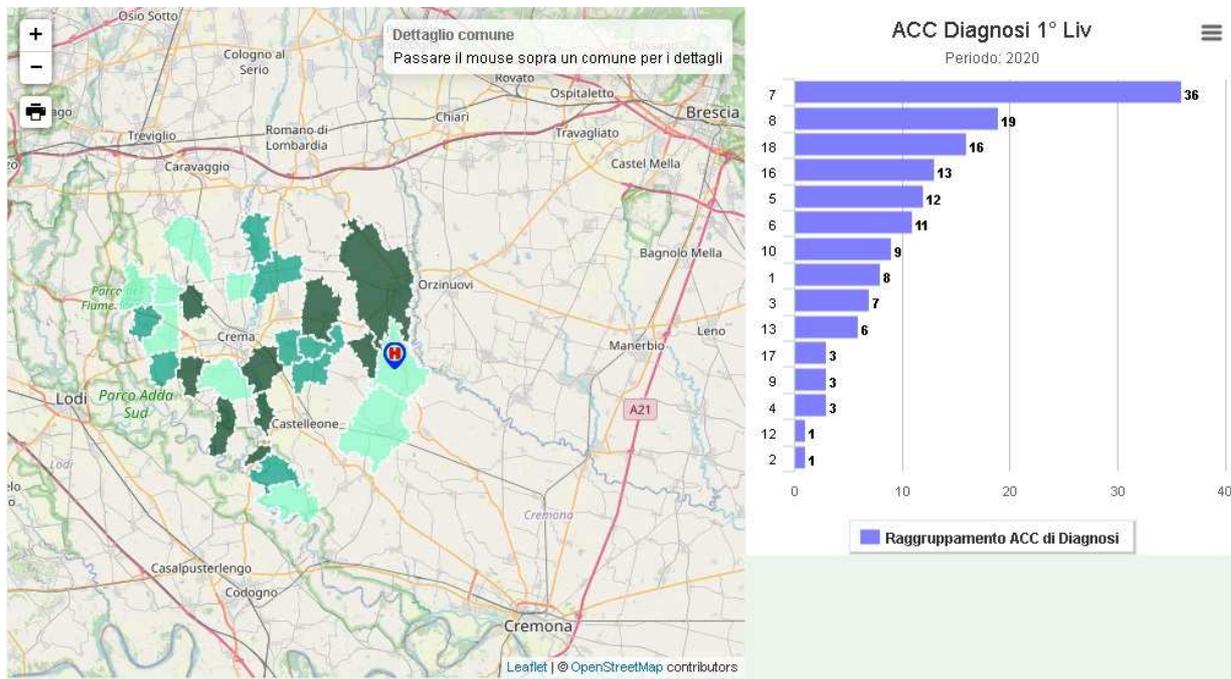
**Fig. 1 – Bacino di utenza del Presidio di Crema - Ospedale per Acuti**



**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**



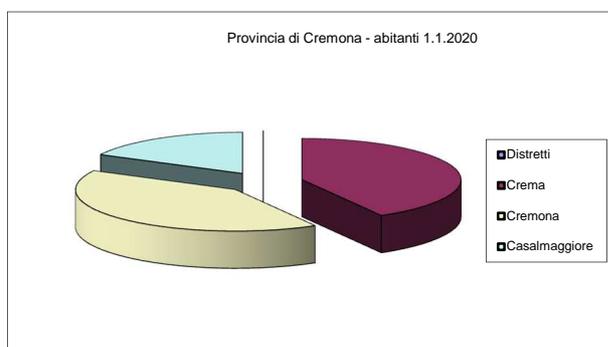
La situazione demografica della Provincia di Cremona si caratterizza per i seguenti elementi:

- il Distretto di Crema è il più popoloso nell’ ambito provinciale;
- posizione baricentrica dell’Ospedale Maggiore rispetto ai Comuni del Distretto;

**Trend della popolazione nella Provincia**

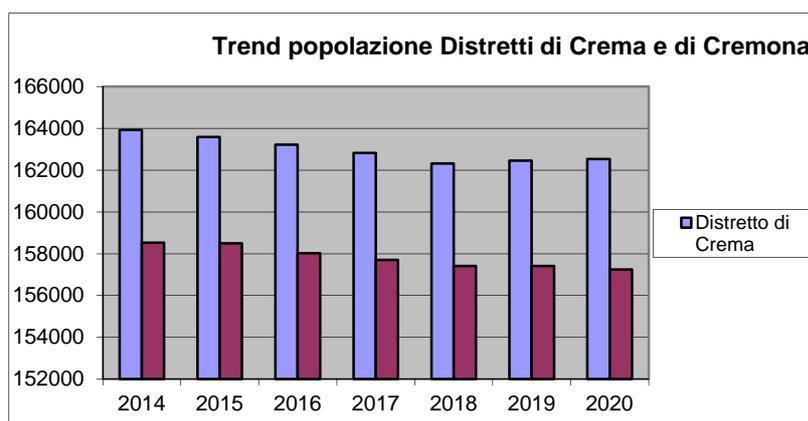
Provincia di Cremona - abitanti 1.1.2020

Distretti	Comuni	Kmq	abitanti
Crema	48	572,95	162541
Cremona	47	833,17	157252
Casalmaggiore	20	364,45	38554



### Trend della popolazione nel distretto di Crema

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Distretto di Crema	163935	163589	163223	162821	162323	162453	162541
Distretto di Cremona	158529	158503	158022	157709	157415	157415	157252



Fonte: Provincia di Cremona, demografia; <http://www.provincia.cremona.it/statistica/>

Dopo una flessione della popolazione nel quinquennio 2014/2018, si assiste ad un seppur minimo incremento della popolazione residente nel Distretto di Crema.

Nella Tab. 2 seguente si evidenzia la consistenza del bacino di utenza delle ASST confinanti.

Tab. 2- Bacini di Riferimento delle ASST confinanti		
ASST	Popolazione di riferimento	ATS di Riferimento
ASST CREMA	163218	Valpadana
ASST CREMONA	197252	Valpadana
ASST MANTOVA	412868	Valpadana
ASST LODI	230000	Metropolitana Sud
ASST BERGAMO EST	386865	Bergamo
ASST FRANCIACORTA	269771	Brescia

Oltre al dimensionamento del bacino di riferimento sono importanti **anche i tempi di percorrenza dei trasferimenti in emergenza-urgenza e il naturale orientamento della popolazione nei ricoveri programmati.**

#### Percorrenze e viabilità

Un criterio di valutazione importante è lo stato della viabilità che condiziona gli interventi di emergenza-urgenza e la mobilità della popolazione del distretto (Tab. 3).

Diretrici stradali del Percorso Emergenza Urgenza:

Tab.3 – Distanze chilometriche e tempi di percorrenza dal Presidio di Crema					
HUB	Km	tempi	Altri Ospedali	Km	tempi
H San Raffaele	46	42'	Cremona	43	43'
Ospedale Niguarda	60	60'	Lodi	23	24'
Papa Giovanni XXIII° Bergamo	52	55'			
Spedali Civili Brescia	55	60'			
IRCSS San Matteo Pavia	55	65'			

La valutazione della **mobilità passiva** evidenzia che la popolazione del cremasco si rivolge principalmente verso gli ospedali indicati nella Tab. 4.

Tab. 4 Riferimenti naturali della popolazione del distretto di Crema (mobilità passiva) per patologia	
Oncologia	IEO- INT Ist Naz Tumori-San Matteo- Humanitas- Spedali Civili BS
Materno Infantile	Macedonio Melloni-Monza-Lodi (parti)
Complessità generale	Humanitas- San Raffaele

## Commento

### Elementi positivi

1. Crema si posiziona in modo equidistante dagli HUB Ospedali di Milano, Brescia, Pavia, Bergamo tutti a distanza intorno ai 50 km e con tempi di percorrenza fra i 45 e i 65 minuti.
2. I Tempi di percorrenza verso H S. Raffaele (45') e Niguarda (60') sono favoriti da una viabilità scorrevole.
3. Sempre contenuti (60 minuti circa) i trasferimenti verso BS, PV, BG con viabilità meno scorrevole.
4. La direttrice fra gli Ospedali di Lodi e di Crema richiede 25'. Si raggiunge H Cremona in 45'.

### Elementi di attenzione

1. La mobilità passiva è pari al 40% della domanda di ricovero per acuti del bacino parzialmente compensata da una mobilità attiva pari al 15%.
2. Il cittadino cremasco si dirige verso Ospedali HUB dell' area Milanese.
3. I parti evidenziano una fuga significativa e che merita attenzione verso l'H di Lodi non supportata da motivazioni clinico-assistenziali.

## 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 preCovid). 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 (Report Ministero della Salute 2013).

## 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%) è largamente al di sotto dello standard nazionale.

TASSO POSTI LETTO 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 ( <b>tutti i ricoveri</b> 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	-

La dotazione dei posti letto per ricoveri ordinari acuti dell'ASST di Crema è sottodimensionata per rispondere alle necessità della popolazione di riferimento.

Il fenomeno è il risultato di due azioni coincidenti e contrastanti:

1. azioni di efficientamento degli ospedali disposte dalle programmazioni nazionali e regionali che hanno determinato una contrazione delle risorse a cui l'azienda di Crema ha risposto oltre le aspettative;
2. incremento/mantenimento della popolazione del bacino di riferimento;

Nell' ottica di una pianificazione che contempi un ritorno alla situazione pre emergenza si consideri che nel solo Presidio di Crema i posti letto attivi ordinari e day hospital sono 336 (al netto di posti BIC, MAC, Sub Acuti e posti tecnici su 409 pl per acuti accreditati) pari ad un tasso di 2,01 posti per 1000 abitanti, decisamente inferiore al valore di 3/1000 stabilito dalla Legge n.135 del 7.08.12.

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 il fatto che il trend di accessi al Pronto Soccorso del Presidio di Crema è in costante incremento fino al 2019 era pre CoVid.

Si sottolinea che a partire dal primo dicembre 2018 sono stati attivati costantemente +12 posti letto per far fronte al picco di ricoveri stagionale, in aggiunta ai 12 posti letto della sezione di Medicina D'Accettazione ed Urgenza già attiva dal dicembre 2017, posti effettivi tuttora presenti.

L'epidemia CoVid-19, iniziata nei primi mesi del 2020 e tuttora in corso, ha radicalmente modificato il profilo epidemiologico dei bisogni di ricovero rendendo difficile ogni previsione.

Le azioni messe in atto dalla Azienda per governare le modifiche organizzative necessarie a gestire la fase di ripresa post emergenziale sono state puntualmente inserite nei documenti di Pianificazione elaborati e puntualmente trasmessi a DG Welfare ed ATS (Piano Organizzativo di Ripresa e Piano Interno di pronto ampliamento delle Aree/Sezioni di degenza per la cura di pazienti Covid in caso di recrudescenza improvvisa della pandemia CoVid-19 Vers. 07 del 06.10.2021) e successive note Regionali di attuazione del Piano di gestione ospedaliera dei casi CoVid (G1.2022.828 del 05.01.2022).

## **Commento**

### **Elementi positivi**

Rispetto a requisiti del DM 70/2015

1. Il bacino di utenza è > 150.000 abitanti
2. Il tasso di ospedalizzazione è inferiore ai limiti nazionali
3. il tasso di posti letto per abitanti è inferiore al limite del DM 70
4. i dati consolidati nel tempo, dimostrano che l'ASST di Crema ha raggiunto un buon livello di appropriatezza, sostenuto anche dagli indicatori di Governo Clinico disponibili sul portale regionale.

### **Elementi di attenzione**

1. la dotazione dei posti letto per ricoveri ordinari acuti dell'ASST di Crema è sottodimensionata per rispondere alle necessità della popolazione di riferimento;
2. il costante incremento demografico rappresenta ancora un fattore estremamente critico che fa saltare il delicato equilibrio raggiunto in particolare nel periodo invernale

## **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
- Appartamenti di Residenzialità leggera di Rivolta d'Adda
- Presidio Sanitario Cure Sub Acute di Soncino
- Poliambulatori
  - Poliambulatori di Crema e Rivolta (presso le sedi ospedaliere)
  - Poliambulatorio di Castelleone
  - Poliambulatorio di Soncino

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

### Posti letto

Nella Tabella seguente è indicata la distribuzione dei posti letto al 01.01.2021. Sono inoltre indicati i posti tecnici di chirurgia a bassa complessità e di Macroattività Ambulatoriale complessa e di altri servizi e attività.

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

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

ASST DI CREMA - POLO OSPEDALIERO -Distribuzione posti letto e posti tecnici al 01.01.2022

01.01.2022	ACCREDITATI							EFFETTIVI							
	PRESIDIO	ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici	TOT	ORD	Agg.vi ORD	DH	DS	BIC	MAC	altri tecnici
CREMA	388	9	12	10	24	52	495	324	12	9	12	10	24	52	443
RIVOLTA D'ADDA	75	0	0	0	6	14	95	75		0	0	0	6	14	95
SONCINO SUB ACUTI	0	0	0	0	0	22	22	0		0	0	0	0	22	22
TUTTA LA AZIENDA	463	9	12	10	30	88	612	399	12	9	12	10	30	88	560

## Posizionamento della ASST di Crema rispetto alle RETI SANITARIE

Tab. 5 - RICOGNIZIONE DEL LIVELLO DELL' "OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA" - ASST DI CREMA NELLA RETE SANITARIA DELL' EMERGENZA-URGENZA E INDICAZIONE DELLA STRUTTURA DI RIFERIMENTO DI LIVELLO SUPERIORE O DI RIFERIMENTO BIDIREZIONALE	
LIVELLO DELL' OSPEDALE NELLA RETE SANITARIA EMERGENZA URGENZA	Centro di Riferimento Superiore o di riferimento bi-direzionale
DEA -DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE (livelli: PPI-PS-DEA-EAS)	Centri di EAS (Alte Specialità) di Regione Lombardia
RETE TRAUMA MAGGIORE CENTRO TRAUMA DI ZONA senza Neurochirurgia	3°liv:CTZ con NCH – 4°liv:CTS (Centri Trauma Alta Specializzazione) – Traumi Pediatrici: CTS Ospedale Papa Giovanni XXIII Bergamo
RETE TRAUMA COMPLESSO DELLA MANO E DELL' ARTO SUPERIORE:  PRESIDIO DI LIVELLO 1 (Scala 0-1-2)	Ospedali LIVELLO 2: – Giovanni XXXIII Bergamo – San Gerardo Monza – Niguarda Milano – Clinica San Carlo Paderno Dugnano – IRCCS Humanits Rozzano – IRCCS Policlinico San Donato – IRCCS Multimedica –Sesto S Giov. – IRCCS Multimedica San Giuseppe Milano – IRCCS San Matteo Pavia – Osp e Fond MACCHI Varese
RETE STEMI (INFARTO MIOCARDICO ACUTO)  CENTRO DI III° LIVELLO (livelli 1-2-3-4)	OSPEDALI DI LIVELLO IV° (Ospedali con CARDIOCHIRURGIA)
RETE STROKE CENTRO DI II° LIVELLO (livelli 1-2-3) -DDG 10068 del 18/09/08	Centri di III° livello (con Neurochirurgia, Neuroradiologia, Interventistica Neurologica endovascolare)
RETE EMORRAGIE DELLE ALTE VIE DIGESTIVE CENTRO DI III° LIVELLO –RIFERIMENTO REGIONALE (livelli 1-2-3) D.d.g. 11 giugno 2012 - n."5168	Centri di pari livello
PUNTO NASCITA	CENTRO RIFERIMENTO STEN E STAM (emergenza neonatale-trasporto assistito materno): San Matteo IRCCS PAVIA
RETE PSICHIATRIE SEDE DI SPDC	Centri pari livello

<b>RETE DEL DOLORE E DELLE CURE PALLIATIVE</b> Sede di CTDPL-O Centro Terapia Del Dolore Primo Livello-Ospedaliero	AO Salvini Garbagnate Mil.se AO Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese AO Niguarda Cà Granda IRCCS Fondazione Maugeri Pavia
<b>RETE MALATTIE RARE:</b> <u>RF0100</u> sclerosi laterale amiotrofica <u>RF0110</u> sclerosi laterale primaria <u>RF0180</u> polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante <u>RFG101</u> sindromi miasteniche congenite e disimmuni <u>RG0100</u> teleangectasia emorragica ereditaria <u>RNo220</u> caroli malattia di	Centri di pari livello
<b>RETE SENOLOGIE</b> CENTRO DI SENOLOGIA (DGR 5119 del 29.4.2016)	
<b>RETE GESTIONE DEL BAMBINO IN CONDIZIONI CRITICHE</b> (livelli: 1°-II°-III°) DGR 6576 del 12.5.2017) Centro Spoke pediatrico di II° livello (UO Pediatria, guardia pediatrica h24, guardia anestesiologicala h 24)	Centri di III° livello HUB: Fondazione IRCCS Cà Granda Policlinico di Milano ASST Fatebenefratelli Sacco Milano Papa Giovanni XXXIII° Bergamo ASST Spedali Civili di Brescia
<b>RETE ONCOLOGICA OCULARE</b> (Decreto 5559 del 16/5/2017)	Fonadazione IRCCS Istituto dei Tumori Milano ASST Ospedale Fatebenefratelli Sacco Milano Centro Nazionale Acropterapia Oncologica-CNAO Pavia
2021-02 -Direzione Medica Presidi –ASST CREMA	

### Posizionamento rispetto alla Classificazione della Rete Emergenza Urgenza (Indicatore 4–DM 70/15)

Nella tabella 7 seguente sono indicati i D.E.A. di secondo livello(DGR XI/1179 del 28/01/2019) di riferimento.

TAB 7 . HUB DEA II° LIVELLO	Km	tempi
H San Raffaele	46	42'
Ospedale Niguarda	60	60'
Papa Giovanni XXIII° Bergamo	52	55'
Spedali Civili Brescia	55	60'
Poliambulanza Brescia	60	65'
IRCSS San Matteo Pavia	55	65'

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 I° 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)

## Commento

### Elementi positivi

Rispetto a requisiti del DM 70/2015 la ASST di Crema (Presidio di Crema)

- possiede i requisiti per essere classificata DEA I° livello

### Elementi di attenzione

-Integrare le funzioni a più elevato livello di complessità nelle reti clinico assistenziali per valorizzare investimenti in tecnologie e know-how acquisiti

## 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
  - Ambulatorio del Servizio Psichiatrico – 26027 - Rivolta d'Adda, Via Montegrappa
  - Ambulatorio del Servizio Psichiatrico – 26020- Soncino, Largo Capretti, 2
  - Ambulatorio del Servizio Psichiatrico – 26012- Castelleone, Via Beccadello, 6
- LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Struttura Semplice Dipartimentale – 26013, Crema.

## ASSISTENZA TERRITORIALE

### Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Le strutture dei servizi di salute mentale, che si contraddistinguono per essere ambiti di

condivisione di vita e di attività terapeutico-riabilitative che si esplicano attraverso una quotidianità caratterizzata da utilizzo di spazi comuni, attività di gruppo, prossimità relazionale e fisica tra utenti ed operatori, scambi continui ed attivi tra “il dentro ed il fuori” del dispositivo comunitario, hanno dovuto essere consistentemente riorganizzate.

L'attività semiresidenziale è stata ripresa, nei limiti delle possibilità consentite dalle regole di distanziamento, mentre si sono creati percorsi e ambiti differenziati (aree CoViD) nelle strutture residenziali (SPDC e CRA). La struttura di Riabilitazione delle Dipendenze è invece sempre rimasta CoViD free. E' stata messa in atto un'azione particolare di relazione e comunicazione con i famigliari, mentre per la gestione dei pazienti si sono rivelate utili modalità di teleconsulto e televisita.

Si è organizzata la gestione delle terapie farmacologiche per “os” per quei pazienti ai quali vengono consegnate settimanalmente, con accordi con gli stessi e/o con i loro famigliari.

Si è organizzato il monitoraggio a casa dei pazienti attraverso colloqui telefonici settimanali (o al bisogno) con i Terapisti e gli Educatori di riferimento.

Analoghe misure hanno interessato il SerD e la Neuropsichiatria infantile.

Infine, per la presa in carico dei bisogni dei pazienti in stato terminale, l'Unità di Cure Palliative Domiciliari ha potenziato la propria funzione garantendo, in aggiunta all'attività ordinaria a domicilio degli assistiti, uno specifico servizio di degenza allestito all'interno del presidio ospedaliero.

A fine marzo 2021 è stato avviato il servizio di vaccinazione domiciliare per over 80 non autonomi, in collaborazione con USCA di ATS Valpadana, per complessivi 2 equipaggi con una capacità massima giornaliera di 22 inoculazioni. Questa organizzazione consentirà di raggiungere l'obiettivo del completamento della somministrazione entro il 30/4.

### **Attività in regime ordinario**

La rete territoriale dell'ASST interviene sulle seguenti macro aree:

- Cure territoriali (Cure Primarie /Protesica - Area della valutazione multidimensionale – Prevenzione)
- Area interventi alla famiglia
- Area delle Dipendenze/SerD
- Attività medico legali per finalità pubbliche

La UO Cure Territoriali, attraverso le sue tre articolazioni si occupa di:

\*) SS Cure primarie –protesica si occupa di:

- Gestione attività territoriali MMG/PLS/CA

- Scelta/revoca MMG e PLS (anche sedi comunali)
- 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

\*) ADI-UVM si occupa di:

- accoglienza socio sanitaria 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 multi professionale dei bisogni in collaborazione con l'equipe per le dimissioni protette;
- collaborazione/integrazione assistenza protesica e nutrizione artificiale domiciliare
- valutazione sanitaria per inserimento in RSA e in struttura residenziale per <65aa
- supporto amministrativo all'attività di valutazione (banca dati fragilità; Teknè; RSA Web; VAOR);

\*) 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.

Il Consultorio Familiare integrato si occupa di:

- Area Socio Sanitaria:
  - accoglienza sanitaria/psico-socio-educativa individuale/coppia/famiglia
  - Presa in carico minori vittime di abuso sessuale/maltrattamento grave
  - Tutela minori in collaborazione con il TM
  - Centro unico adozioni
  - Progetti regionali di sostegno alla famiglia, al soggetto disabile, al paziente fragile (NASKO; CRESCO; SOSTENGO; ADOLESCENTI; Bonus Bebè)
  - Amministratori di sostegno (Protezione giuridica)

- Legge 23, Legge 68
- Continuità assistenziale Area disabili
- Area Sanitaria:
  - Tutela della salute riproduttiva dall'adolescenza alla menopausa
  - Presa in carico per IVG
  - Presa in carico ostetrica per le gravide
  - Screening pap-test
  - Promozione allattamento al seno (progetto UNICEF)
  - Stili di vita ed educazione alla salute

Il SERD (Servizio Dipendenze) si occupa di:

- Tossicodipendenza: assistenza sanitaria e psico-socio-educativa per il paziente e familiari;
- Attività su segnalazione prefettizia;
- Alcol dipendenza: assistenza sanitaria e psico-socio-educativa per il paziente e familiari;
- Gioco d'azzardo patologico: assistenza sanitaria e psico-socio-educativa 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.

## **2. SEZIONE 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 cronic-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.

#### **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 USCA
- medici specialisti ambulatoriali
- psicologi
- ostetrici, professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione, del servizio di igiene e sanità pubblica
- assistenti sociali
- case manager
- community care maker

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.

Tra gli attori del Terzo settore si richiamano:

- cooperative sociali
- imprese sociali
- reti associative
- fondazioni
- associazioni di volontariato
- associazioni di promozione sociale
- organizzazioni di volontariato
- altri enti di carattere privato senza scopo di lucro

Da ultimi, ma non per importanza, ci sono tutti gli altri attori che animano la comunità:

- Parrocchie
- Scuole
- Luoghi di aggregazione della comunità
- Biblioteche
- Gruppi formali e informali
- Reti sociali di mutuo aiuto
- Gruppi di advocacy
- Cittadini

Tutti gli attori citati sono chiamati a partecipare attivamente, in una sorta di "alleanza", alla Casa della Comunità, in quanto è il luogo di integrazione delle risorse informali e formali, un luogo fatto di relazioni e capacità di condividere risorse e responsabilità per un obiettivo di salute e ben-essere a favore di tutti i cittadini.

È necessario che le parti in causa si riconoscano reciprocamente e sostengano il valore della collaborazione.

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.

Nelle Case della Comunità il cittadino e la famiglia dovranno trovare a qualsiasi ora del giorno (di tutti i giorni):

- **l'ambulatorio delle prestazioni non differibili**, condotto da MMG, medici di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta volti ad assicurare una serie di prestazioni (radiologia di base, un quick lab, etc..) con il supporto di un tecnico di radiologia e di un infermiere.
- **l'ambulatorio a gestione infermieristica**, condotto da infermieri volti a rispondere alle medicazioni delle lesioni difficili, alla gestione della PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), al cateterismo vescicale, al cateterismo venoso, all'educazione sanitaria, alla prevenzione (vaccinazioni e diagnostica), etc.
- **l'ambulatorio a gestione ostetrica**, condotto da ostetriche, volto al benessere del bambino, della donna e della coppia (accompagnamento alla nascita, paptest, genitorialità consapevole, etc.);
- **i servizi riabilitativi**, offerti da personale riabilitativo (logopedisti, fisioterapisti, ecc.) che intervengono a rispondere alla domanda di riabilitazione (respiratoria, deglutizione, motoria, pavimento pelvico, etc.)

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 (senza passare dal Pronto Soccorso) 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.

#### **LA CASA DI COMUNITA' DI CREMA**

L'intervento è rivolto alla ristrutturazione parziale dell'edificio sito in Via Gramsci al civico n.13 nel Comune di Crema attualmente destinato a sede amministrativa e ai servizi socio-sanitari,

riconvertendolo in Casa della Comunità.

La pianificazione della riconversione/ristrutturazione nasce con lo scopo di armonizzare quanto più possibile la convivenza delle nuove attività all'interno dell'architettura esistente, massimizzare la fruibilità dei nuovi spazi ed il loro grado prestazionale, senza stravolgere l'accessibilità dell'area dall'esterno e il suo inserimento nel contesto urbano.

Dal punto di vista edilizio l'intervento si configura come "intervento di ristrutturazione" mirata ad alcuni reparti dell'edificio e di "riqualificazione", ovvero intervento rivolto al ripristino o alla sostituzione di alcuni elementi costitutivi dell'edificio, l'eliminazione, la modifica e l'inserimento di nuovi elementi ed impianti, per la realizzazione complessiva dei servizi.

L'edificio in oggetto, la cui realizzazione risale agli anni 70, confina a nord con la stessa Via Antonio Gramsci, ove presente l'accesso principale, a ovest con altre proprietà, a sud con Viale Fondulo, ed est con Via Mercato. L'edificio si trova nelle immediate vicinanze del Centro Storico del Comune quindi in diretta connessione con il tessuto consolidato urbano cittadino, servito dai mezzi pubblici urbani. Risulta comunque facilmente raggiungibile anche con i mezzi privati, in quanto esterno appunto al nucleo storico cittadino.

L'edificio in oggetto:

- è servito dal sistema dei parcheggi pubblici comunali, in particolare è presente nelle immediate vicinanze un parcheggio coperto a pagamento (tranne nei giorni di mercato) oltre ad altre aree parcheggio più piccole gratuite e di parcheggi in linea lungo le vie pubbliche limitrofe;
- è costituito da quattro piani (dei quali solamente tre oggetto di intervento), sostanzialmente diversificati in pianta

L'intervento di ristrutturazione interesserà: il piano rialzato; il piano primo; il piano secondo.

Non viene interessato dai lavori di realizzazione della Casa di Comunità il piano seminterrato, ad eccezione dell'area disimpegno prima della nuova scala esterna, che mantiene la sua destinazione ad uso uffici, attualmente ospitando i servizi di Medicina legale, Protezione Giuridica ed alcuni locali adibiti ad uso archivio dell'Azienda.

Complessivamente l'edificio occupa una superficie lorda pari a circa 3.250 mq mentre l'intervento in oggetto interessa una superficie netta pari a circa 1.290 mq.

Negli spazi della sede di Via Gramsci saranno ospitate, con le superfici indicate, le attività previste, schematizzate nella tabella seguente:

CASA DI COMUNITA' VIA GRAMSCI		
LIVELLO	DESTINAZIONE	LOCALI
PIANO RIALZATO	PUNTO UNICO DI ACCESSO	1 FRONT OFFICE + 1 BACK OFFICE + 1 SALA ATTESA
	SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE	1 UFFICIO/SALA COLLOQUI
	CASE MANAGMENT IFEC	LOCALI ADIBITI AD OSPITARE 9 INFERMIERI
	SERVIZI DISABILI	1 UFFICIO + 1 SALA COLLOQUI + 1 SALA ATTESA
	SERVIZIO PROTESICA	2 UFFICI
	SERVIZIO PREVENZIONE	1 UFFICIO
SUPERFICIE UTILE 390 mq		

LIVELLO	DESTINAZIONE	LOCALI
PRIMO PIANO	SERVIZIO DI CURE PRIMARIE/ SPECIALISTICA AMBULATORIALE/ CONTINUITA' ASSISTENZIALE	8 AMBULATORI + 1 STANZA MEDICI + 1 UFFICIO C.A.
	MEDICINA DELLO SPORT	1 AMBULATORIO ATTREZZATO
	SCelta E REVOCA	1 FRONT OFFICE + 1 BACK OFFICE
	PROGRAMMI DI SCREENING	1 LOCALE
SUPERFICIE UTILE 480 mq		

LIVELLO	DESTINAZIONE	LOCALI
PIANO SECONDO	SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE	3 UFFICI + 1 SALA COLLOQUI
	CURE PALLIATIVE	2 UFFICI
	SERVIZIO PSICOLOGIA TERRITORIALE	2 UFFICI + 1 SALA COLLOQUI
	CONSULTORIO FAMILIARE	1 LOCALE
	SERVIZIO CONTINUITA' ASSISTENZIALE	1 LOCALE
SUPERFICIE UTILE 420 mq		

Tabella n. 03 – Distribuzione superfici intervento

La modularità degli interventi prevede che in una prima fase (fine anno 2022), nella parte di edificio non oggetto di intervento di ristrutturazione per la CdC vengano, una volta liberati, trasferiti i servizi territoriali esistenti ed avviata una fase di attivazione delle interrelazioni con i servizi a carattere "sociale" in accordo con il Comune e l'Ufficio di Piano.

A ristrutturazione avvenuta (entro il 2024) si potrà invece pensare di attivare le parti di natura più squisitamente "sanitaria" con l'avvio degli ambulatori per gli MMG/PLS e con la redistribuzione di tutte le attività esistenti nei piani oggetto della ristrutturazione vera e propria.

Di seguito le planimetrie del progetto di fattibilità coerenti con l'ipotesi sopra delineata.



LEGENDA			
TAG	PIANO	SERVIZIO EROGATO	N° LOCALI
	RIALZ.	PUA	1 FRONT OFFICE +1 BACK OFFICE+1 SALA ATTESA
	RIALZ.	SERVIZIO ASSISTENZA DOMIC.	1 STUDIO/SALA COLLOQUI
	RIALZ.	CASE MANAGEMENT IFEC	LOCALI ADIBITI AD OSPITARE 9 INFERMIERI
	RIALZ.	SERVIZI DISABILI	1 UFFICIO + SALA COLLOQUI +SALA ATTESA
	RIALZ.	SERVIZIO PROTESICA	2 UFFICI
	RIALZ.	SERVIZIO PREVENZIONE	1 UFFICIO
	R./1°/2°	SERVIZI IGIENICI	SERVIZI PERSONALE E UTENZA INCLUSO WC H
	R./1°/2°	LOCALI DEPOSITO/ARCHIVIO	DEPOSITI DI PIANO (SPORCO E PULITO AMBUL.)
	R./1°/2°	DISTRETTO + COT	LOCALI NON OGGETTO DI INTERVENTO

# PIANTA PIANO RIALZATO



**REGIONE LOMBARDIA**

---

Comune: Crema

Assessorato: ASST Crema

Ida Maria Ada Ramponi

Regione: Lombardia

Ing. Fabrizio Landi

---

CASA DELLA COMUNITA' PIANO RIALZATO  
VIA A. GRAMSCI N.13 - CREMA (CR)

---

**PIANTA CHIAVE**

---

Progettista: Geom. Luca Basso

Progetto: PNR\_Crema ASST Tav.01

DATA: 07/03/2022    Scala: 1:100    Revisione: Rev.00



LEGENDA			
TAG	PIANO	SERVIZIO EROGATO	N° LOCALI
[Red]	1°	SERVIZI PRIMARIE/SPECIAL/ASSIST.	9 AMBULATORI +1 STANZA MEDICI +1 UFFICIO C.A.
[Light Red]	1°	PROGRAMMI DI SCREENING	1 LOCALE
[Blue]	1°	MEDICINA DELLO SPORT	1 AMBULATORIO ATTEZZATO
[Yellow]	1°	SCELTA E REVOCA	1 FRONT OFFICE + 1 BACK OFFICE
[Blue/White]	1°	BLOCCO SPOGLIATOI	SPOGLIATOI DISTINTI PER SESSO
[Light Blue]	R./1°/2°	SERVIZI IGIENICI	SERVIZI PERSONALE E UTENZA INCLUSO WC H
[Brown]	R./1°/2°	LOCALI DEPOSITO/ARCHIVIO	DEPOSITI DI PIANO (SPORCO E PULITO AMBUL.)
[Grey]	R./1°/2°	DISTRETTO + COT	LOCALI NON OGGETTO DI INTERVENTO

### REGIONE LOMBARDIA

Dipartimento: Piacenza  
 Direzione Generale e ASST CREMA  
 Ida Maria Ada Ramponi

Casa della Comunità Piano Primo  
 Via A. Gramsci N.13 - Crema (CR)



Disegnata da:  
 Giochi Luce Bosco  
 Titolo tavola:  
 PNR - Crema ASST Tav.02  
 Data: 07/03/2022



## PIANTA PIANO PRIMO



### *IL LAVORO IN EQUIPE MULTI PROFESSIONALI NELLA CASA DI COMUNITA'*

La valutazione multidimensionale è un modello organizzativo che allarga il campo di osservazione, interconnettendo informazioni e valutazioni di più professionisti che hanno competenze diverse e che lavorano in équipe multi professionali e multidimensionali per un'appropriate presa in carico della persona, famiglia comunità.

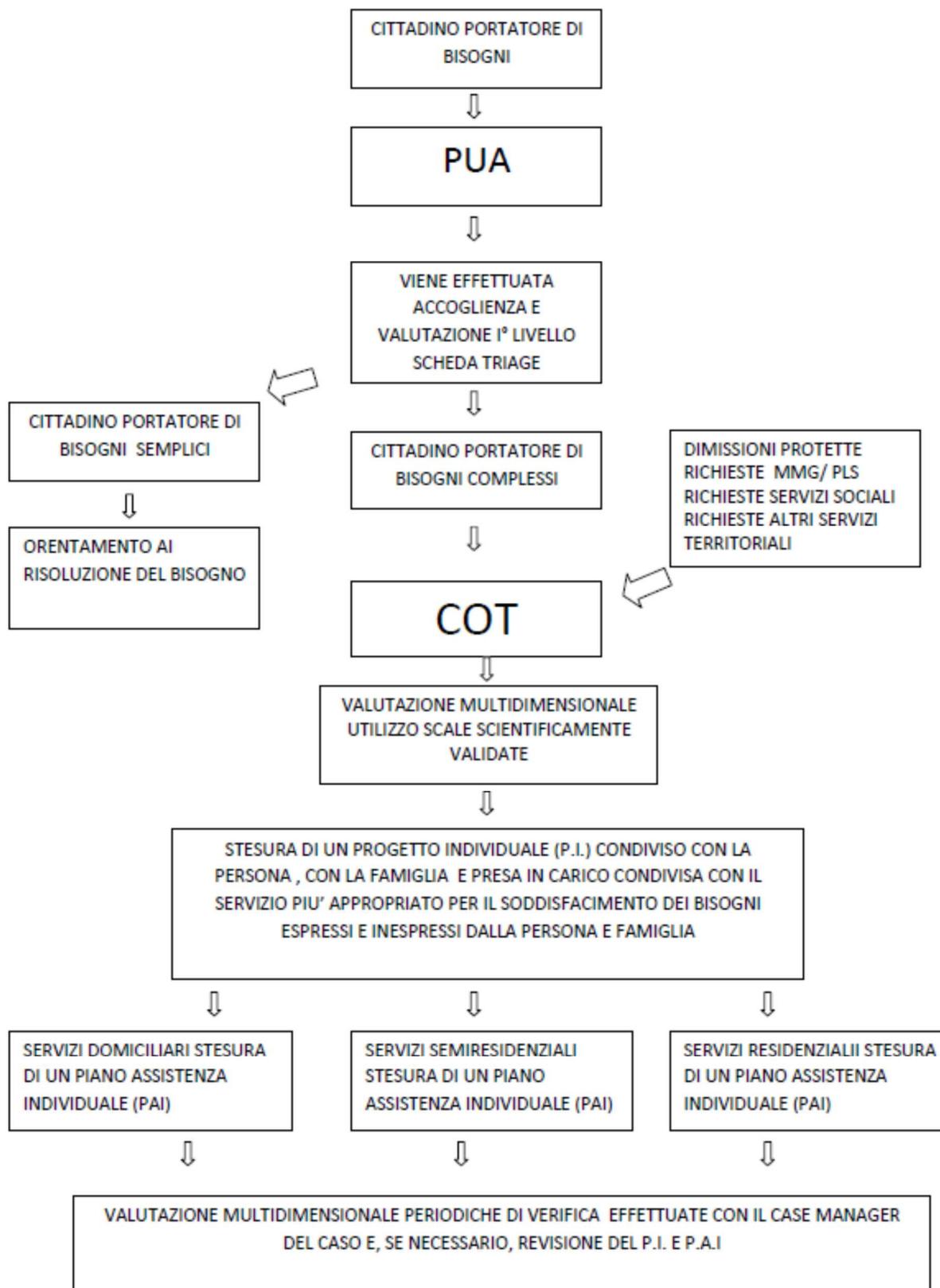
Equipe deriva dal francese ed è traducibile come "equipaggio", "squadra". Esistono due tipi di organizzazione del lavoro di équipe:

- ✓ Pluridisciplinare: i singoli operatori collaborano in funzione di uno scopo comune talora predefinito in termini solo generali
- ✓ Interdisciplinare: tutti i membri del gruppo condividono obiettivi e modelli organizzativi, suddivisione del lavoro e attività di coordinamento. Le decisioni vengono prese dal team. Lavorare in équipe interdisciplinare richiede sia una certa flessibilità che la capacità di apertura al confronto con gli altri.

I professionisti che faranno parte delle équipe multidimensionali e che opereranno nelle CdC, per fornire ai cittadini risposte e prestazioni qualitativamente e quantitativamente significative, dovranno effettuare un percorso che vede l'evoluzione di un gruppo pluridisciplinare in un'équipe interdisciplinare (team building) che presiede il cambiamento e ne garantisce la buona riuscita del Progetto. Si viene così a configurare un'attività più complessa che richiede la presenza di un team capace di integrazione, quindi di operazioni cognitive sofisticate, di capacità spiccate di diagnosi della dinamica e di lettura attenta delle relazioni tra professionisti.

La interconnessione tra i Servizi che, in modo integrato, dovranno occuparsi di orientare il cittadino rispetto ai suoi bisogni di natura sociale, sociosanitaria o francamente sanitaria può essere sintetizzata dal seguente diagramma di flusso:

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**



### 2.1.1b 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.

Punto di focalizzazione risulta essere il percorso, in buona misura innovativo e sperimentale, di prevenzione della cronicità nell'ambito delle nuove dipendenze (Gioco d'Azzardo patologico) riprendendo e ampliando le metodologie basate su residenzialità leggera, già in uso in ambito alcolico. Con riferimento alle prescrizioni delle Regole 2020, si proporrà l'istituzione di un nuovo modello di UdO, comprendente l'attivazione di 15 posti letto a Bassa Intensità Assistenziale nell'Area delle Dipendenze, in Modulo comunitario dedicato ad uso esclusivo, in deroga all'obbligo di inserimento in una pre-esistente comunità già accreditata. Si prevede inoltre l'integrazione dei criteri d'accesso, con la possibilità di inserire soggetti ad esordio recente in età giovanile (18 – 30 anni), affetti da dipendenze da uso di sostanze e GAP, non in trattamento sostitutivo, per interventi finalizzati alla riabilitazione e reinserimento in tempi relativamente brevi (6- 18 mesi).

### 2.1.1c DISABILITA'

L'area delle disabilità, e in particolare l'autismo, saranno oggetto di una approfondita analisi organizzativa, allo scopo di intensificare il presidio degli snodi di transizione tra le fasi evolutive esistenziali, e di sperimentare modalità assistenziali e di "presa in carico" di tipo integrato e omnicomprensivo (budget di salute).

A tal proposito, si segnala il fatto che l'ASST, con ATS, Enti Locali e Associazionismo, hanno predisposto un progetto di modello innovativo, approvato ed in parte finanziato per i prossimi 3 anni dalla Regione 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, prevedendo un Centro Multiservizi Territoriale e un'equipe di Clinical e Case Management, oltre che un sistema informatico a supporto.

### 2.1.1d PERCORSI DEDICATI

#### ❖ PERSONE CON GRAVI DISABILITÀ INTELLETTIVE, RELAZIONALI E FISICHE

L'ASST garantisce un percorso diagnostico terapeutico rivolto a persone con disabilità di tipo intellettivo, relazionale e fisico, con bisogni assistenziali complessi che per l'accesso alla struttura sanitaria necessitano di percorsi e spazi dedicati e protetti con la costante presenza dell'accompagnatore.

## 726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

Il percorso individuato ha l'obiettivo di facilitare l'accesso alle visite ambulatoriali, al ricovero programmato e al pronto Soccorso, garantendo sia un accompagnamento mirato che la disponibilità di informazioni cliniche e logistico-organizzative utili ad assicurare una migliore qualità del servizio.

E' possibile accedere a visite ed esami strumentali tramite il Day Service che provvederà ad organizzare in un unico accesso le prestazioni prescritte compatibilmente con la tipologia di esami richiesti.

E' possibile usufruire di prestazioni domiciliari richieste dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta tramite il Punto Accoglienza ADI.

L'accesso in Pronto Soccorso prevede l'assegnazione di un codice prioritario e un'accoglienza allargata al familiare/caregiver che accompagna il paziente nonché un luogo d'attesa dedicato.

In caso di ricovero ospedaliero la persona con disabilità ed i familiari sono accolti in una stanza idonea a loro dedicata.

### ❖ IL PAZIENTE ONCOLOGICO

Il paziente oncologico è una persona con molteplici necessità che devono essere considerate insieme all'obiettivo di assicurare un tragitto diagnostico e terapeutico completo e ottimale.

Le attività messe in campo prevedono:

- Istituzione delle visite interdisciplinari complesse, nelle situazioni cliniche ad alto livello di criticità, in piena collaborazione con tutti i professionisti che, dentro e fuori l'ospedale, si occupano del malato oncologico;
- Istituzione del servizio di psico-oncologia a disposizione di pazienti, familiari ed equipe ospedaliere;
- Attivazione al Centro oncologico di uno sportello Centro Unico di Prenotazione (CUP);
- Progetto "Accorciamo le distanze" tra luoghi di cura per il trasporto dei pazienti all'Unità Operativa di Radioterapia Oncologica dell'Ospedale di Cremona in collaborazione con l'Azienda Consortile "Comunità Sociale Cremasca" e l'Associazione ex dipendenti;
- L'individuazione di uno specifico spazio fisico dedicato alle Associazioni di volontariato che svolgono un ruolo di supporto assistenziale attivo ai pazienti.

### 2.1.1e TELEVISITA

La tele visita 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 tele visita il paziente sottopone allo stesso quesiti clinici inerenti la sintomatologia riscontrata e/o esami diagnostici che necessitano di interpretazione medica specialistica.

La tele visita 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 tele visita 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 tele visita 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.

Attualmente in Azienda la tele visita viene erogata con dei moduli aggiuntivi delle cartelle cliniche del Centro Antidiabetico e del Dipartimento Salute Mentale e solo per quelle tipologie di visite. È a discrezione del medico valutarne la fattibilità, tenendo conto della finalità della prestazione e dopo avere valutato le informazioni cliniche relative al paziente. Se l’esito della richiesta di tele visita è positivo il paziente riceverà una mail con le istruzioni per l’effettuazione della tele visita ed il link alla piattaforma stessa.

Nel triennio 2022-2024 saranno implementate iniziative per l’estensione della tele visita ad altri ambiti.

### 2.1.2 MIGLIORARE LA QUALITA’ DEI SERVIZI

#### 2.1.2a 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.

## 726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

- 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.

Infine, alcuni indicatori (di processo e di risultato) tentano di cogliere, seppure in modo molto parziale e ancora insufficiente, alcuni aspetti della qualità dell'assistenza. Essi costituiscono un primo limitato set 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

### 2.1.2b 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;

## 726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

- 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.

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono indicate nell' allegato 1

### Prestazioni in regime di ricovero

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

### Tempi di attesa ricovero

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

Le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio sono elencate nell' allegato 2

### Piano Regionale ed Aziendale per le liste di attesa e programmi di screening - (DGR 6002 del 21.02.2022)

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 nel periodo pandemico, il primo obiettivo è stato il recupero delle prestazioni pregresse contestualmente alla ripresa

della attività ed alla necessità di far fronte a nuove attività quali il mantenimento in funzione dell' **HUB Vaccinale** .

### **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:

- incremento dei volumi di erogazione: +10% dei volumi del 2019;
- overbooking sistematico alle agende pari a circa il 5% dei volumi per compensare il drop out esistente;
- 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;

### **Ricovero**

Incremento della attività: (+10% dei volumi del 2019): gradualmente estesa a tutta la attività programmata chirurgica;

Particolare attenzione è stata posta al rispetto dei tempi di attesa della erogazione dei ricoveri chirurgici oncologici in classe A.

A partire da agosto 2021 i risultati rispettano ampiamente il limite stabilito, raggiungendo valori superiori al 95% dei casi. I risultati sono confermati nel primo trimestre 2022;

### **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.

726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

COPERTURE VACCINALI OBIETTIVI 2021	COORTE NATI 2019 (Grezzo)	COORTE NATI 2019 ISTAT	COORTE NATI 2015 (Grezzo)	COORTE NATI 2015 ISTAT	COORTE NATI 2009 (Grezzo)	COORTE NATI 2009 ISTAT	OVER 65 A NNI	Under 60 anni	Over 60 anni
ESAVALENTE 3 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)	98,50%								
MPR 1 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)	98,41%								
MPR 2 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)			96,32						
PNEUMOCOCCO 3 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)	97,41%								
MENINGOCOCCO C (≥ 95%)	97,08%								
DIFTO-TETANO-PERTOSSE- POLIO 4 <sup>a</sup> dose (≥ 95%)			96,39						
HPV 1 <sup>a</sup> dose (≥ 95%) Femmine dodicenni					94,72				
HPV 1 <sup>a</sup> dose (≥ 95%) Maschi dodicenni					92,94				
ANTINFLUENZALE (≥ 75%)							50%		
COVID 19 (>80%)								82,90%	91,50 %

Fonte dei dati: Software Regionale delle Vaccinazioni SIAVR (denominatore utenti residenti in Regione Lombardia) DATO AL 29/09/2021

### 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, Scopenso 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.

726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

Obiettivi

Periodo: 2022 - Gennaio

Data Elaborazione: 15/04/2022 13:13

Dettaglio indicatori per struttura

Ambito	Indicatore	Valore	Regione Lombardia	327 - ATS DELLA VAL PADANA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
CARDIOLOGIA	IMA-OBJ2	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero	83,01%	91,60%	96,39%
	IMA-OBJ3	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti	69,55%	71,71%	72,73%
NEUROLOGIA	ICTUS-OBJ3	Questo indicatore calcola la proporzione di pazienti avviati ad un trattamento di fibrinolisi.	10,64%	12,14%	10,53%
	ICTUS-OBJ4	Ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 gg dalla data accettazione	20,85%	21,93%	9,79%
ONCOLOGIA	BC-OBJ1	Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia	46,34%	58,43%	71,25%
	BC-OBJ10	Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico	54,87%	66,24%	76,00%
	BC-OBJ2	Percentuale di nuovi casi che effettuano una citostologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico	43,97%	40,45%	81,25%
	BC-OBJ3	Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella	84,37%	82,14%	81,16%
	BC-OBJ4	Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella	80,36%	58,82%	44,44%
	CRC-OBJ1	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia	59,94%	66,31%	75,00%
	CRC-OBJ2	Percentuale di casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia	89,04%	91,30%	100,00%
	CRC-OBJ6	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico	87,72%	87,32%	96,00%

Gli indicatori di Esito (**Piano Nazionale Esiti**) sono oggetto di particolare attenzione di costante feed back con le UUOO. Risultano inferiori ai valori target gli indicatori di volume a causa della riduzione significativa della attività chirurgica a causa della riconversione dei posti letto chirurgici in posti dell'area medica. Nel quarto trimestre si è dato corso ad una netta ripresa dell'attività programmata.

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

## 726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

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 graduale 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 invece già raggiunti gli indicatori dell'area cardiologica (tempestività esecuzione pTCA primarie) e relativi allo Stroke (fibrinolisi).

### 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.

### 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

## 726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

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 stato attivato presso il Cup Crema 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 ed in particolare per l'utenza anziana, è stata prevista la possibilità, riservata a tale categoria di utenza, di prenotare telefonicamente un posto al Cup.

Il servizio "zerocoda", inizialmente attivato solo presso il Cup Crema, è stato successivamente esteso al Cup di Rivolta d'Adda ed al Servizio Scelta e Revoca.

Il servizio "zerocoda" rappresenta il sistema principale di accesso al Cup ma rimane comunque attiva anche la possibilità di accesso senza prenotazione nei limiti di capienza della sala d'attesa e 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 mantenere costante il numero di accessi al Cup tramite servizio "zerocoda" ponendo in essere 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 stato attivato 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.

L'obiettivo dell'ASST per il triennio 2022-2024 è estendere tale modalità di accesso a nuovi settori implementando i totem e le dotazioni tecnologiche necessarie.

- SVILUPPO DELLE ATTIVITÀ CHE L'UTENZA POTRÀ SVOLGERE AUTONOMAMENTE (PRENOTAZIONE, PAGAMENTO DEI TICKET, RITIRO REFERTI), SENZA DOVER ACCEDERE AGLI SPORTELLI PER TALI FUNZIONALITÀ:

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

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
- ritiro referti tramite Fascicolo Sanitario Elettronico

Al fine di estendere la possibilità di svolgere in autonomia tali attività ed anche al fine di agevolare l'utenza che non ha disponibilità di dotazioni informatiche ed in particolare l'utenza anziana, l'ASST intende procedere nel triennio 2022-2024 all'ampliamento dei totem presenti in Azienda con acquisizione di attrezzature "multifunzione" che consentano non solo il pagamento tramite carte elettroniche ma anche il ritiro dei referti sia in formato cartaceo sia tramite file.

Per agevolare l'accesso ai servizi, è prevista la collocazione di uno dei totem multifunzione all'esterno delle strutture aziendali in zona accessibile tutti i giorni per 24 ore.

Nell'anno 2022 l'ASST intende inoltre verificare la possibilità di una collaborazione con le farmacie per la distribuzione dei referti di laboratorio.

• 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.

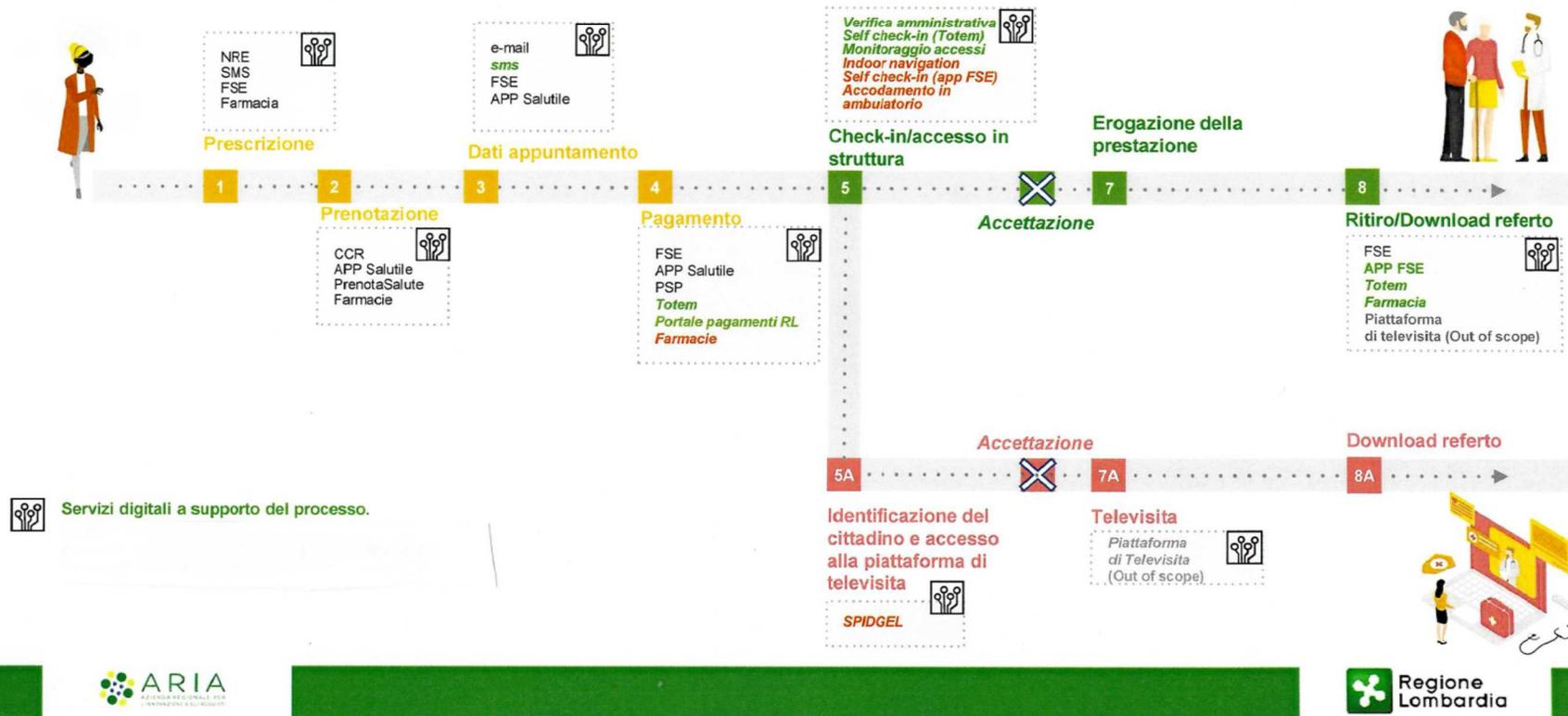
Tale percorso prevede:

- Prenotazione on line, tramite app, tramite CCR, in farmacia
- Pagamento tramite FSE, totem, sistema PagoPA
- Self accettazione tramite totem
- Ritiro referto tramite FSE, totem, in farmacia.

Tali funzionalità sono tutte già implementate: l'ASST porrà in essere campagne comunicative per favorirne la conoscenza e l'utilizzo.

## Il nuovo patient journey

E' prevista la digitalizzazione dell'intero percorso di accesso alle prestazioni sanitarie da parte del cittadino



## 726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

### 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 nel triennio 2022-2024 tramite campagne informative dedicate onde ottenere un significativo incremento di utilizzo con riduzione dei 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.

## 2.2. 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 poi 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.

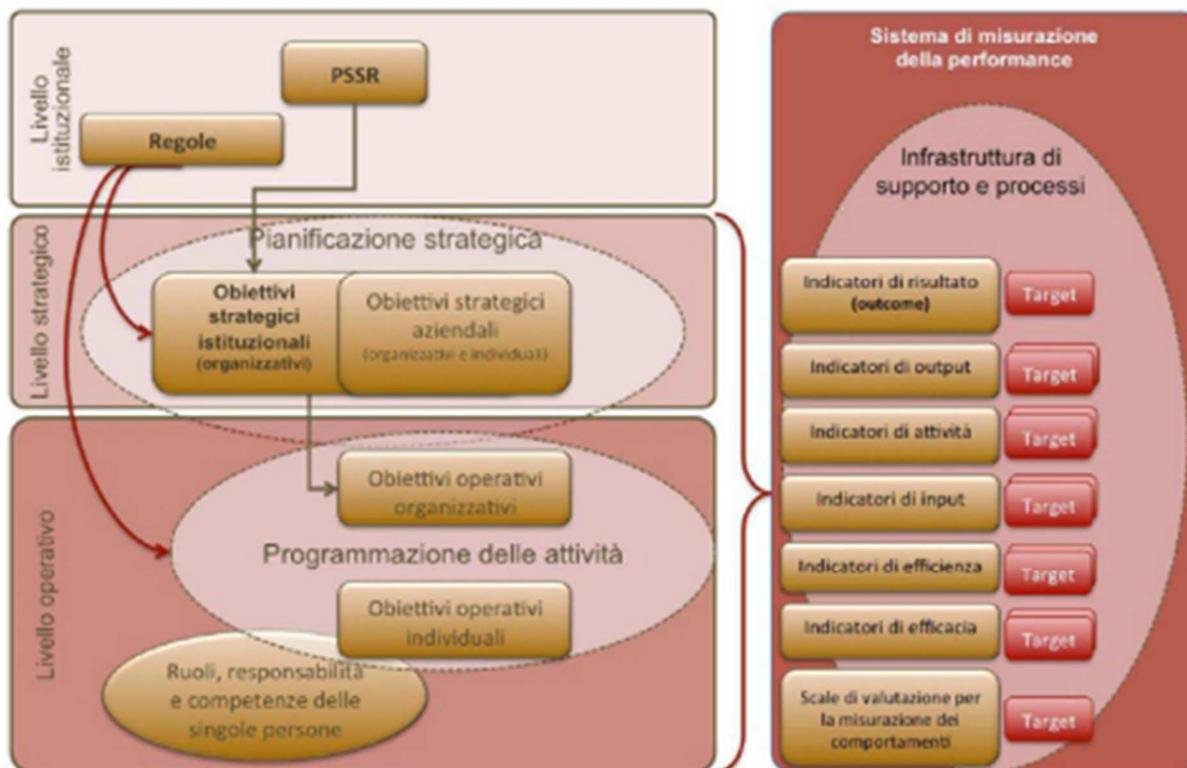


Il Piano delle Performance recepisce gli indirizzi della programmazione regionale in materia di salute e di funzionamento del sistema sanitario, che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che 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 delle Performance 2022 – 2024 dell'ASST di Crema, approvato con deliberazione n. 308 del 29/04/2022, ha inteso individuare tre 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.

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

**MATRICE OBIETTIVI**

**DIMENSIONE: EFFICACIA ESTERNA**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>RISULTATI ATTESI</b>	<b>INDICATORI 2022</b>	<b>INDICATORI 2023</b>	<b>INDICATORI 2024</b>
"Potenziamento rete territoriale"	Realizzazione delle Case di Comunità	- Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare - Rendicontazione bimestrale - Realizzazione di almeno il 40%	- Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare - Attuazione del restante 60%	- Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare
	Realizzazione degli Ospedali di Comunità	- Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare - Rendicontazione bimestrale - Realizzazione di almeno il 40%	- Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare - Attuazione del restante 60%	- Rispetto del cronoprogramma e a target stabiliti dalla DG Welfare
"Potenziamento servizi domiciliari"	Progetto Telemedicina	- Realizzazione dei progetti - Rendicontazione annuale	Target:100% di quanto programmato	Target:100% di quanto programmato
"Attuazione legge regionale n. 22/2021"	- Istituzione dei Distretti - Adeguamento delle strutture organizzative territoriali e aziendali	- Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale - Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare - Rendicontazione trimestrale	Target:100% di quanto programmato	Target:100% di quanto programmato

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>RISULTATI ATTESI</b>	<b>INDICATORI 2022</b>	<b>INDICATORI 2023</b>	<b>INDICATORI 2024</b>
"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	- Attuazione dei progetti posti in essere - Rendicontazione annuale	Target:100% di quanto programmato	Target:100% di quanto programmato
"Abbattimento liste d'attesa"	Riduzione tempi di attesa	- Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi): 2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%.	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per i ricoveri	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per i ricoveri
		- Ricoveri chirurgici oncologici in classe A: 1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per i ricoveri	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per i ricoveri
		- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi): 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%.	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per le prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per le prestazioni ambulatoriali
		- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite): 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%.	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per le prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei tempi fissati nel PNGTA in funzione delle classi di priorità definite per le prestazioni ambulatoriali
"Piano per le liste di attesa 2022"	Erogazione di prestazioni di ricoveri chirurgici programmati da parte degli erogatori.	Raggiungimento trimestrale di almeno il 110% della produzione del medesimo trimestre 2019	Rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare	Rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

OBIETTIVI	RISULTATI ATTESI	INDICATORI 2022	INDICATORI 2023	INDICATORI 2024
"Programma di screening"	Attività di screening.	Rendicontazione quadrimestrale Rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare e di quanto richiesto da ATS	Volume erogato pari al volume richiesto da ATS (100%)	Volume erogato pari al volume richiesto da ATS (100%)
	Adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.	Rendicontazione quadrimestrale Rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare	Rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare	Rispetto dei target stabiliti dalla Direzione Generale Welfare
"Piano di contrasto al Covid-19"	Campagna vaccinale: somministrazione sia nei centri vaccinali che somministrazioni domiciliari Garanzia di almeno l'8% del personale medico infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi	-Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 - Rendicontazione mensile	-Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19	-Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19
	Erogazione tamponi nel rispetto delle esigenze dettate dall'andamento della pandemia Garanzia di almeno l'8% del personale medico infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi	- Rispetto dei target numerici e temporali indicati dalla Task Force Tamponi - Rendicontazione mensile	- Rispetto dei target numerici e temporali indicati dalla Task Force Tamponi	- Rispetto dei target numerici e temporali indicati dalla Task Force Tamponi
"PNE"	Rispetto degli indicatori Piano nazionale esiti	Indicatori individuati da Agenas	Indicatori individuati da Agenas	Indicatori individuati da Agenas
"Semplificazione dei percorsi fisico e digitale ai cittadini"	Miglioramento dei sistemi di accoglienza Potenziamento dell'infrastruttura fruibile via internet da parte del cittadino	-Zero coda - numero dei reclami - progetto accoglienza - pago pa - FSE	Target:100% di quanto programmato	Target:100% di quanto programmato

**DIMENSIONE: EFFICACIA INTERNA E ORGANIZZATIVA**

OBIETTIVI	RISULTATI ATTESI	INDICATORI 2022	INDICATORI 2023	INDICATORI 2024
Digitalizzazione	L'implementazione di strumenti e tecnologie digitali che possano rendere più efficienti i processi ed i flussi aziendali	L'attuazione delle principali evoluzioni previste in ambito digitale -migrazione verso data center regionale per garantire la sicurezza dei dati -dematerializzazione dei consensi informati - aggiornamento, integrazione e sostituzione dei software già presenti in azienda - implementazione di nuovi moduli	L'attuazione delle principali evoluzioni previste in ambito digitale -migrazione verso data center regionale per garantire la sicurezza dei dati -dematerializzazione dei consensi informati - aggiornamento, integrazione e sostituzione dei software già presenti in azienda - implementazione di nuovi moduli	L'attuazione delle principali evoluzioni previste in ambito digitale -migrazione verso data center regionale per garantire la sicurezza dei dati -dematerializzazione dei consensi informati - aggiornamento, integrazione e sostituzione dei software già presenti in azienda - implementazione di nuovi moduli
"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	Rispetto puntuale e corretto del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale attraverso il conseguimento delle misure di prevenzione in esso previsti	Rispetto puntuale e corretto del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione aziendale attraverso il conseguimento delle misure di prevenzione in esso previsti
"Trasparenza"	Migliorare l'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza	Rispetto puntuale e corretto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente Monitoraggio quadrimestrale	Rispetto puntuale e corretto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente Monitoraggio quadrimestrale	Rispetto puntuale e corretto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente Monitoraggio quadrimestrale

OBIETTIVI	RISULTATI ATTESI	INDICATORI 2022	INDICATORI 2023	INDICATORI 2024
"Migliorare la performance aziendale"	Rafforzare il ciclo di programmazione e controllo in Azienda	Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti per ciascun obiettivo definito	Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti per ciascun obiettivo definito	Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti per ciascun obiettivo definito
"Controlli interni"	Rafforzamento dei strumenti di controllo interni	Consolidamento attività congiunta dei controlli interni Svolgimento di audit nei tempi prefissati	Audit nei tempi prefissati	Audit nei tempi prefissati
"Sviluppo del Lavoro Agile"	Adeguamento dell'istituto dello Smart Working in funzione delle indicazioni normative del Dipartimento Funzione Pubblica.	Adeguamento alle circolari	Adeguamento alle circolari	Adeguamento alle circolari
"Valorizzazione del capitale umano"	Sviluppo delle competenze	Realizzazione delle iniziative previste dal piano di formazione 2022	Realizzazione delle iniziative previste dal piano di formazione 2023	Realizzazione delle iniziative previste dal piano di formazione 2024
"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	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare

**DIMENSIONE: ECONOMICITA'**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>RISULTATI ATTESI</b>	<b>INDICATORI 2022</b>	<b>INDICATORI 2023</b>	<b>INDICATORI 2024</b>
"Ammodernamento del parco tecnologico e sviluppo delle infrastrutture tramite l'utilizzo di specifici finanziamenti"	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento	-Rispetto dei cronoprogrammi e del PNRR - Rendicontazione trimestrale	-Rispetto dei cronoprogrammi e del PNRR - Rendicontazione trimestrale	-Rispetto dei cronoprogrammi e del PNRR - Rendicontazione trimestrale
"Perseguimento degli obiettivi di bilancio definiti a livello regionale e alle regole di sistema"	Mantenimento equilibrio di bilancio	Mantenimento del rapporto tra macroaggregati di costo e di ricavo (costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio), in coerenza con le assegnazioni di costo e ricavo	Mantenimento del rapporto tra macroaggregati di costo e di ricavo (costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio)	Mantenimento del rapporto tra macroaggregati di costo e di ricavo (costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio)
"Tempi di pagamento"	Riduzione/mantenimento dei tempi di pagamento beni e servizi secondo le tempistiche previste dalla normativa vigente	Monitoraggi trimestrale degli indicatore di tempestività medio dei pagamenti, in linea con le regole di Sistema Regionali (PCC)	Monitoraggi trimestrale degli indicatore di tempestività medio dei pagamenti, in linea con le regole di Sistema Regionali (PCC)	Monitoraggi trimestrale degli indicatore di tempestività medio dei pagamenti, in linea con le regole di Sistema Regionali (PCC)
"Reupero Crediti"	Sollecito pagamento ticket (diritto di credito) agli utenti che hanno fruito di una o più prestazioni sanitarie il cui ticket risulta insoluto.	Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti	Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti	Monitoraggio puntuale aziendale nei tempi previsti

## **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.

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

Le risorse del fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio delle prestazioni individuali sono utilizzate come segue:

- a) una somma pari al 55% del fondo disponibile residuo viene erogata a tutti gli operatori in relazione all'effettivo contributo all'andamento del risultato aziendale complessivo, da determinarsi in base ai criteri specificati al successivo art.6, determinando la prima parte della quota individuale di incentivazione;
- b) una somma pari al 35% viene legata agli obiettivi di budget dei singoli centri di responsabilità, così come risultano dalle schede di budget negoziate;
- c) una somma pari al 10% viene gestita dalla Direzione Generale per valorizzare particolari apporti e finanziare azioni di particolare rilevanza.

## **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.

---

<sup>1</sup> C.C.I.A. biennio economico 2004 - 2005

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

### **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.

## **2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

Per quanto riguarda la programmazione delle misure di prevenzione della corruzione volte a contenere i rischi corruttivi, si rimanda ai contenuti del PTPCT 2022-2024 adottato con delibera n.282 del 22/04/2022.

Stante il quadro d'incertezza dovuto alla mancata adozione del Decreto Presidente della Repubblica che deve abrogare gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal nuovo PIAO, tra cui il PTPCT, e alla proposta delle Commissioni Affari Costituzionali del Senato e della Camera di "prevedere, nel primo provvedimento utile, una proroga del termine per la prima adozione del PIAO", l'Azienda ha ritenuto di anticipare l'adozione del PTPCT, come stabilito dal Presidente ANAC con comunicato del 12 gennaio 2022.

## **3. SEZIONE 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

---

<sup>3</sup> CCIA Aree Dirigenziali SPTA - aprile 2007 e 23 gennaio 2017

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

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;

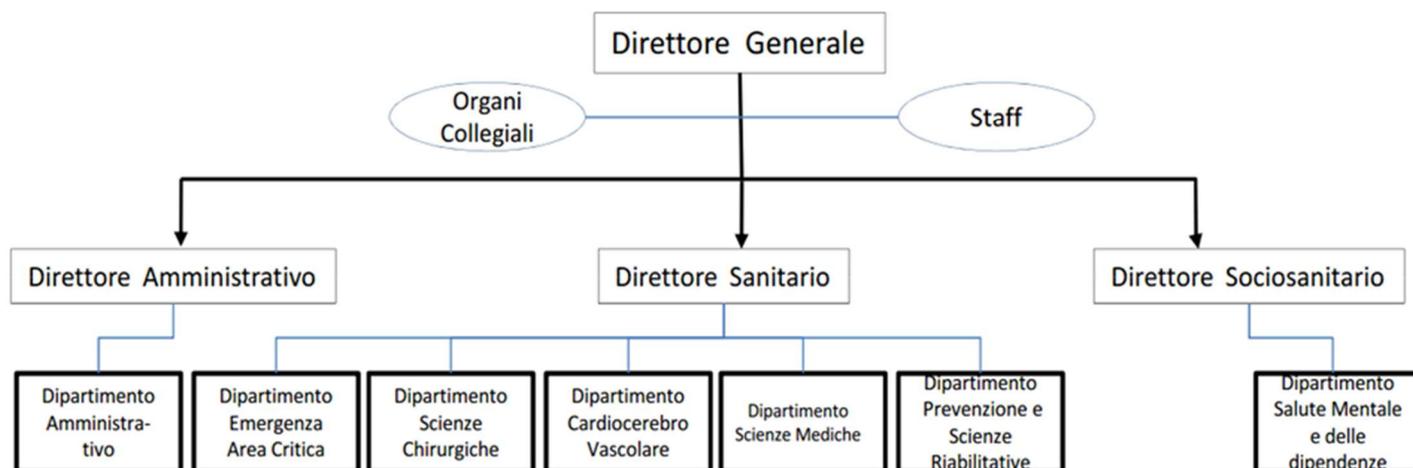
Su tali principi l'azienda ha redatto il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

Il POAS vigente è stato approvato con DGR X/6730/2017.

Con DGR n. XI/6278 del 11/04/2022 sono state approvate le Linee Guida Regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) tenuto conto del contesto venutosi a creare nel corso del 2020 e delle modifiche normative a seguito della Legge regionale 14 dicembre 2021 n. 22. Con deliberazione n. 426 del 09/06/2022 è stato adottato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico in conformità alle suddette Linee Guida Regionali.

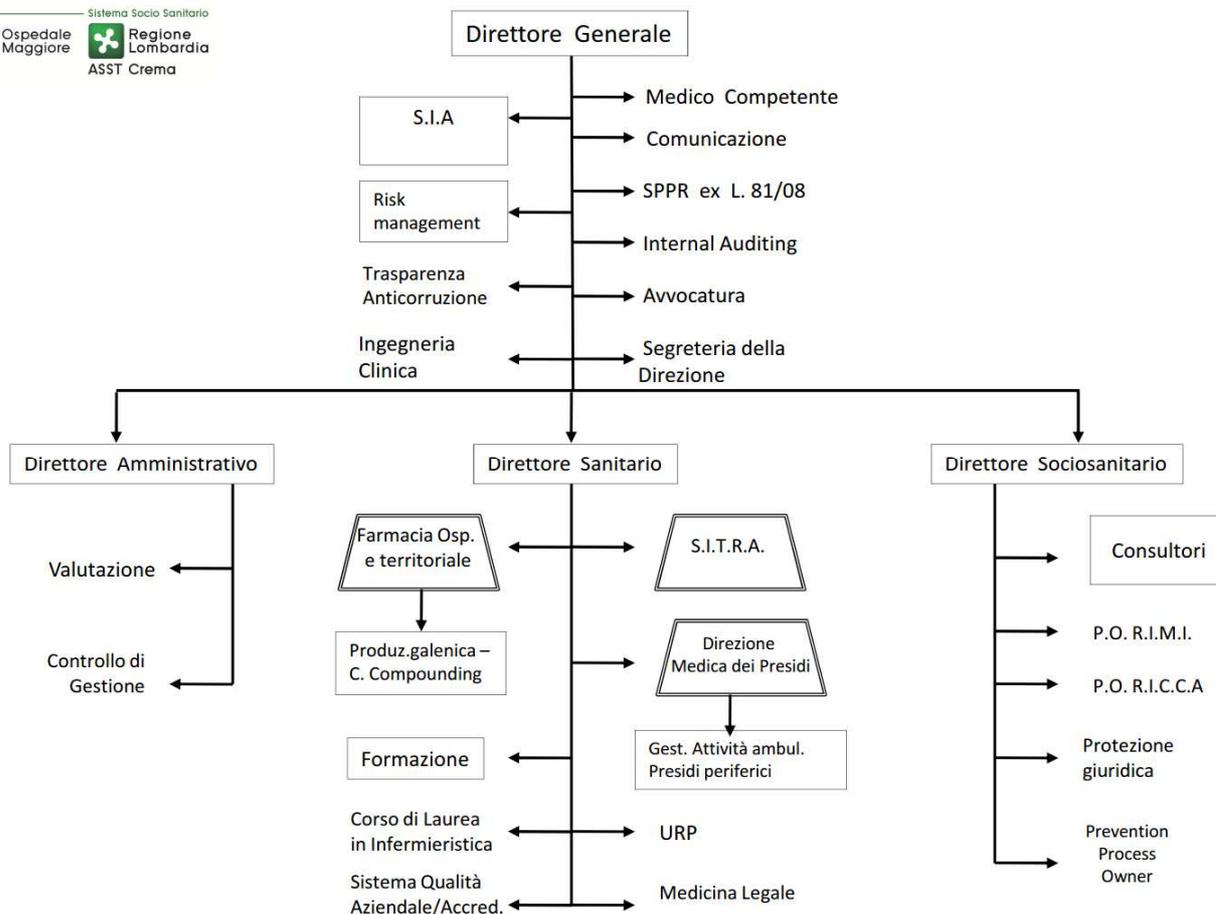
In attesa dell'approvazione regionale del nuovo POAS, si riporta di seguito l'organigramma vigente:

## Direzioni e Dipartimenti



Tramite il diagramma alla pagina seguente, è rappresentata l'articolazione degli staff alle Direzioni:

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**



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.

### 3.2. Piano triennale dei fabbisogni di personale – Piano della Formazione

Il Piano Triennale dei Fabbisogni per il triennio 2021-2022-2023 è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 237 del 05/04/2022, in conformità a quanto previsto dalla normativa e dalle indicazioni regionali con rispetto ai limiti di dotazione organica indicati e di budget assegnato nel Bilancio Preventivo annuale. Complessivamente l'Azienda per gli anni 2022 e 2023 ha la possibilità di assumere fino a n. 1525 dipendenti, come risulta dalla tabella seguente che pone a confronto gli anni 2021 e 2022

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

evidenziando una significativa discrasia riferita al reclutamento del personale considerato che durante gli anni 2020 e 2021 si è assistito ad un costante trend di dimissioni del personale dipendente sia di dirigenti medici sia di infermieri.

DOTAZIONE ORGANICA	2021	2022
Dirigenza Medica	236	270
Dirigenza Sanitaria	29	33
Dirigenza Professionale	3	4
Dirigenza Tecnica	1	1
Dirigenza Amministrativa	7	7
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>276</b>	<b>315</b>
Personale Infermieristico	608	644
Personale Tecnico Sanitario	71	73
Personale Vigilanza e Ispezione	20	20
Personale della Riabilitazione	68	79
Personale Ruolo Tecnico non sanitario	75	85
Personale Tecnico Sanitario OTA/OSS	129	134
Personale Amministrativo	155	162
Assistente Sociale	9	10
Assistente Religioso	3	3
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>1.138</b>	<b>1.210</b>
<b>TOTALE CMPLESSIVO</b>	<b>1.414</b>	<b>1.525</b>

Come si puo' notare significativa è la carenza sia del personale medico che infermieristico , infatti nell'anno 2021 si sono verificate minori assunzioni complessivamente pari a n. 111 unità che comprendono minori assunzioni per n. 39 unità nell'ambito della Dirigenza dell'Area Sanità/PTA e per n. 72 unità dell'Area del Comparto di cui n. 36 personale infermieristico, trend in riduzione che si sta confermando anche per l'anno 2022.

Alla data odierna nonostante siano in corso numerose procedure per il reclutamento del personale, persistono criticità per quanto riguarda la dirigenza medica e il personale infermieristico, con particolare riferimento alle seguenti discipline Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Radiologia, Ortopedia oltre al 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 .

Si riporta in modo sintetico il costo del personale dipendente per l'anno in corso.

726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

DENOMINAZIONE	ASST DI CREMA			
	Decreto di Assegnazione per il BPE 2022 (complessivo con Costi COVID-19)			
IMPORTI in unità di euro	SANITARIO	TERRITORIO	AREU	COMPLESSIVO
COSTI - Modello A	BPE2022	BPE2022	BPE2022	BPE2022
<b>Costo del personale (escluso IRAP)</b>	<b>66.661.143</b>	<b>5.468.475</b>	<b>889.359</b>	<b>73.018.977</b>
Personale con oneri riflessi	65.432.069	5.387.066	878.580	71.697.715
RAR Comparto con oneri riflessi esclusa IRAP	933.000	65.000	10.779	1.008.779
RAR Dirigenza con oneri riflessi esclusa IRAP	296.074	16.409	0	312.483
<b>IRAP (su personale dipendente)</b>	<b>4.477.238</b>	<b>369.076</b>	<b>59.291</b>	<b>4.905.605</b>
<b>Totale Costo del personale con oneri riflessi ed IRAP</b>	<b>71.138.381</b>	<b>5.837.551</b>	<b>948.650</b>	<b>77.924.582</b>

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. 167 del 16/03/2022 il Piano Formativo Aziendale relativo all'anno 2022.

### 3.3. Organizzazione del lavoro agile

#### 3.3.1 PREMESSA

L'ASST di Crema, ai sensi:

- Dell'art.14 della L. 124/2015 e s.m.i. "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"
- Della Legge n. 81/2017 "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"
- Della Direttiva n. 3/2017 "Linee guida in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro"
- Della Legge n.77/2020 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto –legge 19 maggio 2020, n.34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"
- Del Decreto del ministro PA del 9.12.2020 con il quale sono state approvate le linee di indirizzo

“Linee Guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance”

- Dell’art.1 del D.L. n. 56 del 30.4.2021 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”
- Del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 – Attuazione dell’art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- Delle 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 dell’8.10.2021

Il presente Regolamento Aziendale intende disciplinare le modalità di svolgimento del “lavoro agile”, finalizzato alla creazione di misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro del personale dipendente (cd. work-life balance).

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.

In sede di prima applicazione, l’ambito del presente regolamento riguarda il personale amministrativo e tecnico non sanitario, rinviandone l’estensione agli altri profili all’adozione di successive determinazioni.

### **3.3.2. 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 ed adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
- Ridurre il tasso di assenteismo;
- 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)

### **3.3.3 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 part-time, 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 individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le organizzazioni sindacali, 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.

### **3.3.4 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

### **3.3.5 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 e tecnico non sanitario, sia del comparto che della dirigenza, impiegato in attività che possano essere svolte in modalità di lavoro agile, 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).

#### **3.3.5.1 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.8 giorni/mese, non cumulabili per un utilizzo nei mesi successivi, e fruibili per non più di 2 giorni/settimana, salvo diversa programmazione da concordare con il dirigente di riferimento.

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 Direttore / Responsabile di UOC 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 Direttore/Responsabile di UOC, 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, oltre ad essere un potenziale fruitore, al pari degli altri dipendenti, del lavoro agile, 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.

### **3.3.5.2 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 dovranno essere idonei 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.

### **3.3.5.3 Orario di lavoro**

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere 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.

#### **3.3.5.4 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.

### **3.3.5.5 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 dell'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. 5.5. 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.

### **3.3.5.6 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.

### **3.3.5.7 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.

### **3.3.5.8 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/La Dirigente 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 Dirigente, 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 dirigente, 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.

### **3.3.5.9 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 e del D.lgs. 196/2003 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. E' 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

inclusa la parte relativa alla sicurezza. E' 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.

### **3.3.6. 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.

La domanda di accesso al lavoro agile dovrà essere indirizzata al/la Direttore/Responsabile della U.O. di appartenenza, avallata dal componente della Direzione Strategica di riferimento.

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 Dirigente espletterà inoltre un colloquio con il dipendente finalizzato a meglio definire le attività da svolgere in lavoro agile, le tempistiche, gli obiettivi da raggiungere in modalità di lavoro agile e gli strumenti/criteri di valutazione.

Infine, il modulo di richiesta, sottoscritto dal dipendente, firmato dal Direttore/Responsabile di U.O. ed avallato dalla Direzione Strategica, dovrà essere inviato alla UOC Risorse Umane che procederà all'attivazione del lavoro agile con la predisposizione dell'accordo individuale.

L'autorizzazione al lavoro agile ha durata transitoria, avrà validità dalla data di sottoscrizione dell'accordo individuale di cui all'art.7, con scadenza comunque non oltre il 31.12.2022 stante l'introduzione sperimentale dell'istituto a livello aziendale, nelle more della sottoscrizione dei nuovi CC.CC.NN.LL. della area della dirigenza sanitaria, della dirigenza delle funzioni locali e del comparto.

### **3.3.7. ACCESSO AL LAVORO AGILE: ACCORDO INDIVIDUALE**

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, anche con riguardo alle

forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

Il dipendente ammesso a partecipare al lavoro agile sottoscriverà pertanto il suddetto accordo individuale, che disciplina le modalità di prestazione in remoto, le tutele del lavoratore/delle lavoratrici e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, riservatezza e protezione dei dati.

### **3.3.8. 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.

#### **3.3.8.1 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)

#### **3.3.8.2 Postazione di lavoro**

Il dipendente potrà effettuare attività di lavoro agile, di norma, tramite postazione di lavoro portatile fornita dall'azienda. Tale postazione sarà caratterizzata da:

- Computer personale portatile
- Tastiera, mouse e supporto per pc portatile
- Software per connessione a rete sicura protetta (VPN)
- Set minimo applicativi aziendali (suite office automation, SISS)
- Sistema di controllo remoto aziendale
- Sistema antivirus/antimalware aziendale

- Applicativi client/server profilati in base alla mansione del dipendente

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. 3.3.9 ed in particolare della gradualità della introduzione del lavoro agile all'interno dell'Amministrazione, anche la fornitura della summenzionata 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.

### **3.3.9. 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 Risorse Umane.

### **3.3.10. 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.

Il presente regolamento potrà essere modificato a seguito dell'entrata in vigore dei nuovi CC.CC.NN.LL.

## **4. SEZIONE 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 (Internal Auditing e 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.

Crema, lì 22/06/2022

Il Direttore Generale  
F.to Dott.ssa Ida Maria Ada Ramponi  
Firma ai sensi del D.Lgs 39/93

**Allegato 1**

**Prestazioni monitorate ai fini di gestione dei tempi d'attesa (PNLG)  
VISITE SPECIALISTICHE**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

**PRESTAZIONI STRUMENTALI**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
<i><b>Diagnostica per Immagini</b></i>			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
<b>Altri esami Specialistici</b>			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

<b>59</b>	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
<b>60</b>	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
<b>61</b>	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
<b>62</b>	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
<b>63</b>	Fotografia del fundus	95.11	95.11
<b>64</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
<b>65</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
<b>66</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
<b>67</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
<b>68</b>	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
<b>69</b>	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

Allegato 2

Prestazioni monitorate ai fini di gestione dei tempi d'attesa (PNLG)  
**PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO**

Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 – 88.56 – 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Allegato 3)

STRUTTURA	ATTIVITA' AMMINISTRATIVE/TECNICHE INDIFFERIBILI DA RENDERE IN PRESENZA
Segreteria/Uffici in staff Direzione Strategica	Attività di supporto alla Direzione e alle Unità di Crisi
U.O.C. Risorse Umane	Rilevazione presenze
	Giuridico/Assunzioni
	Stipendi
	Previdenza
U.O.C. Affari Generali e Legali	Attività inerente l'apertura di richieste risarcitorie indifferibili, predisposizione deliberazioni urgenti e indifferibili anche legate ad emergenze sanitarie.
U.O.C. Gestione Acquisti	Emissione ordini
	Gestione Forniture DPI e materiale vario e consegna presso le U.O. richiedenti e relativa attività di rendicontazione
	Predisposizione atti deliberativi urgenti relativi a gestione emergenze sanitarie
	Gestione attraverso autisti dipendenti del ritiro materiale presso regione e ditte fornitrici
U.O.C. Direzione Amministrativa dei Presidi	Front-Office ospedalieri/Acettazione ricoveri
	Portineria
	Coordinamento front office
U.O. Controllo Atti e Protocollo	Protocollazione in arrivo e in partenza
	Commessi
U.O.C. Tecnico Patrimoniale	Gestione attività di manutenzione (programmata o per guasto) affidata a terzi per immobili, impianti, attrezzature
	Esecuzione di interventi di manutenzione su immobili, impianti ed attrezzature effettuati da personale dipendente
	Collaudi apparecchiature di nuova fornitura per fronteggiare emergenze sanitarie
	Valutazione offerte e consegne, raccordo con Coordinamento Regionale per acquisti apparecchiature e dispositivi medici
	Procedure di affidamento e consuntivazione urgenti e indifferibili
U.O.C. Programmazione, Bilancio e Contabilità	Certificazioni Uniche
	Elaborazione contabilità stipendi
	Elaborazione oneri, IVA etc.
	Registrazione cespiti e piano investimenti
	Liquidazione fatture passive
	Collaborazione alla redazione dei bilanci, CET, flussi di cassa prospettici e scadenze regionali
	Partitario Intercompany

**726 AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA**

Sistemi Informativi Aziendali	Coordinamento attività fleet management
	Coordinamento attività servizi esterni
	Attività di supporto alle U.O. sanitarie e non sanitarie per la gestione di emergenze e dell'attività corrente
U.O.C Direzione Medica PP.OO.	Supporto attività Unità di Crisi, dimissioni ospedaliere, servizio di mediazione culturale
	Gestione attività ordinaria indifferibile (gestione e registrazione rifiuti sanitari; predisposizione reperibilità...)
Medicina Legale	Attività amministrative indifferibili e urgenti
UU.OO. Amministrative area territoriale	Attività amministrative indifferibili e urgenti

Deliberazione di UOC Direzione Amministrativa dei Presidi

**OGGETTO:** APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2022/2024

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA**

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

**Il Direttore di UOC Direzione Amministrativa dei Presidi**

(F.to Dott. Rita Cantoni)

.....

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

Data, 22/06/2022

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE**

Il Responsabile dell'ufficio attesta la copertura economica e la regolarità contabile della proposta della deliberazione sopra riportata.

**Il Responsabile di**

(F.to Dott. )

.....

Ai fini della pubblicazione la firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi del D.L.vo n. 39/1993, art. 3, comma 2

Data,