Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Nord Milano

ATTI DEL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 681 del 01/07/2024

OGGETTO:

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023

PROPONENTE: S.C. CONTROLLO DI GESTIONE
Il Dirigente Responsabile: LEGGIERI TERESA MARILENA
Il Funzionario istruttore: LEGGIERI TERESA MARILENA

Fascicolo n. 6 - 0 Anno 2023
Titolario 01 - 01 - 02

Immediatamente esecutiva: SI
Soggetta a privacy: NO
Pubblicazione differita: NO
Con introiti: NO
Con oneri: NO

Documento firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

RICHIAMATI:
- il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss.mm.e ii.;
- il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, e s.m.i "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" che, all'art. 10, "Piano della Performance e Relazione sulla Performance" stabilisce l'adozione di un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio che individui gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- il D.Lgs, 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.e ii.;
- la Legge 11 agosto 2014, n. 114, di conversione del decreto legge 23 giugno 2014, n. 90, con la quale si definisce che la competenza dell'ANAC, già CIVIT, relativa alla misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009, sono trasferite al Dipartimento della funzione pubblica;
- il Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105, "Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni";
- la Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri che definisce le "misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei comitati unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche" e stabilisce all'art.3.2 che Il Piano triennale di azioni positive predisposto dal CUG venga allegato al Piano della Performance;
- la Circolare della Presidenza del consiglio dei Ministri DPF-0080611-P del 30.12.2019 "Indicatori comuni per le funzioni di supporto delle Amministrazioni Pubbliche – ciclo della Performance 2020-2022";
- le Linee operative Risk management in sanità 2020;
- le Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile(POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica del 9.12.2020;
- le linee Guida sul piano delle azioni positive come previsto dalla Direttiva 2/2019 emanata dal Ministero per la PA insieme al dipartimento per le pari opportunità "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nella amministrazioni;
- la Legge 6 novembre 2012, n. 190, così come modificata dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, che prevede una stretta correlazione tra gli obiettivi strategici declinati nel Piano della Performance e le azioni contenute nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- il decreto legge n. 80/2021, art.6 "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", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, che introduce il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione;

RICORDATO che con deliberazione 31 gennaio 2023, n. 98 e con successiva rettifica deliberazione n. 152 del 15 febbraio 2023 questa ASST ha approvato il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) anno 2023-2025";

EVIDENZIATO che l'art. 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs. 150/2009 così come modificato dal D.Lgs 25 maggio 2017, n.74, prevede che entro il 30 giugno di ciascun anno le amministrazioni redigano e pubblichino sul proprio sito istituzionale la relazione annuale sulla performance, approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'OIV;

DATO ATTO che nell'incontro del 01/07/2024 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, come da verbale agli atti, ha validato la relazione annuale sulla Performance anno 2023;

RITENUTO di approvare la relazione annuale sul Piano della Performance di questa ASST quale sezione contenuta nel PIAO, denominato *" Relazione Annuale sulla performance anno 2023",* così come allegato al presente provvedimento e di procedere alla pubblicazione del documento sul sito web aziendale, nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";

SU PROPOSTA del Responsabile della S.C. proponente il quale attesta la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa del presente provvedimento, come riportato nel parere tecnico, conservato agli atti;

ATTESO che la Struttura proponente ha acquisito dalla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità l'attestazione che il presente provvedimento non comporta né oneri né introiti, come riportato nel parere contabile, conservato agli atti;

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO del parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario, conservati agli atti;

- d e l i b e r a -

per le motivazioni esposte in premessa:

- di approvare la "Relazione annuale della Performance anno 2023", allegato parte integrante al presente provvedimento;

- di disporre la pubblicazione della "Relazione annuale della Performance anno 2023" sul sito web aziendale, nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";

- di disporre l'invio del presente provvedimento ai Responsabili delle strutture interessate;

- di dare mandato alla Responsabile della S.C. Controllo di Gestione, di proseguire nel processo continuo di revisione ed aggiornamento del Piano anche alla luce della programmazione finanziaria e delle assegnazioni di bilancio, promuovendo le successive revisioni e integrazioni;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta né oneri né introiti come riportato nel parere contabile, conservato agli atti;

- di conferire mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari, successivi, incombenti all'esecuzione del presente provvedimento;

- di dare atto che il provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss. mm. e ii.;

- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on-line aziendale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss. mm. e ii;

- di trasmettere il provvedimento al Collegio Sindacale.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Tommaso Russo

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Nord Milano

Proposta n° 718 del 01/07/2024

OGGETTO: **RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2023**

Parere Contabile

Parere: Favorevole
Data: 01/07/2024

Note:

Direttore Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità
Dott.ssa Domenica Luppino

Mastro	Conto	Descrizione	Sez.	Importo	Anno	Da	A

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Nord Milano

RELATA DI PUBBLICAZIONE

DELIBERAZIONE N. 681 / 2024 DEL 01/07/2024

OGGETTO: Relazione annuale sulla Performance anno 2023

La presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio sul sito aziendale, come previsto dalle norme vigenti, dal giorno 01/07/2024 al giorno 19/07/2024.

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Nord Milano

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2023

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
NORD MILANO

Indice

1. Premessa _____ 3

2. L'Azienda _____ 4

3. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato_____ 12

4. Obiettivi di Performance organizzativa _____ 25

5. Valutazione di Performance individuale_____ 26

6. Rischi corruttivi e trasparenza _____ 26

7. Organizzazione e capitale umano_____ 29

1. Premessa

La ASST Nord Milano, in coerenza con gli strumenti istituzionali di programmazione adotta annualmente il Piano della Performance che, quale documento programmatico a valenza pluriennale e di collegamento tra pianificazione strategica e programmazione operativa, consente la coerenza ed integrazione tra indirizzi strategici istituzionali nazionali e regionali ed obiettivi aziendali. Con l'adozione del Piano l'Azienda avvia un percorso di effettivo orientamento ai risultati, per il miglioramento organizzativo e dei servizi erogati, rendendo più trasparente il proprio operato agli stakeholder. A partire dal triennio 2022-2024 il Piano della performance che definisce obiettivi ed indicatori di performance, è confluita nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Infatti con il D.L. 8 giugno 2021, n.89, convertito nella Legge 6 agosto 2021, n.113, è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), il cui obiettivo è quello di raccogliere in un Piano Unico i diversi strumenti di programmazione ad oggi in vigore, nell' ottica di conseguire una maggiore semplificazione ed integrazione dei processi amministrativi. Nel PIAO confluiscono il Piano della prevenzione della corruzione e per la trasparenza, il Piano Performance, il Piano dei fabbisogni, il Piano per il lavoro Agile.

La performance aziendale consiste nel contributo che un'azienda fornisce per raggiungere gli obiettivi prefissati e soddisfare i bisogni per i quali è stata costituita. La misurazione e la valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni sono importanti per migliorare i risultati delle diverse strutture e individui, premiando quelli eccellenti e riducendo sprechi e inefficienze. Misurare permette alle persone di comprendere i propri punti di forza e di debolezza, stimolando il cambiamento e la costante ricerca di miglioramento. La misurazione aiuta a governare l'azienda e le sue strutture, identificando criticità e adottando azioni correttive per migliorare la performance complessiva. Il sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere orientato al cittadino, poiché la sua soddisfazione e coinvolgimento sono fondamentali per il progresso e l'innovazione. La misurazione e la valutazione della performance sono processi fondamentali per informare gli stakeholder sugli obiettivi strategici, operativi, azioni e risultati dell'azienda, migliorare la comunicazione degli obiettivi aziendali, promuovere il miglioramento continuo della performance, guidare le decisioni, gestire risorse e processi in modo più efficace, motivare i gruppi e gli individui, e rafforzare l'accountability e le responsabilità a vari livelli gerarchici.

In particolare, il documento è organizzato sulla base delle dimensioni attraverso le quali viene misurata la performance:

- Efficienza
- Processi organizzativi

- Appropriatezza e qualità dell'assistenza
- Sviluppo
- Accessibilità e qualità dell'assistenza
- Prevenzione corruzione e trasparenza

La Direzione Strategica ha identificato una serie di obiettivi a lungo termine e indicatori di performance annuali da monitorare all'interno di queste dimensioni.

2. L'Azienda

La ASST Nord Milano, istituita il 1° gennaio 2016 (ai sensi della L.R. 23/15), eroga i propri servizi sanitari e sociosanitaria attraverso:

Strutture ospedaliere

- 2 Presidi Ospedalieri per acuti: P.O. E. Bassini e P.O. Città di Sesto San Giovanni con n. 466 posti letto. Rispondono ai bisogni di salute della popolazione del territorio e offrono servizi specialistici di primo e secondo livello, operano in stretta sinergia con le strutture territoriali e alcune specialità esercitano un'attrazione verso tutta l'area del Nord Milano e comuni limitrofi e partecipano alle reti di patologia sviluppate in Lombardia.

Strutture ambulatoriali e territoriali

- 9 poliambulatori territoriali dislocati in tutta l'area metropolitana che offrono tutte le discipline specialistiche più un punto prelievi.
- 1 Centro di Assistenza Limitata CAL con 12 posti letto tecnici presso il presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni.

Strutture psichiatriche

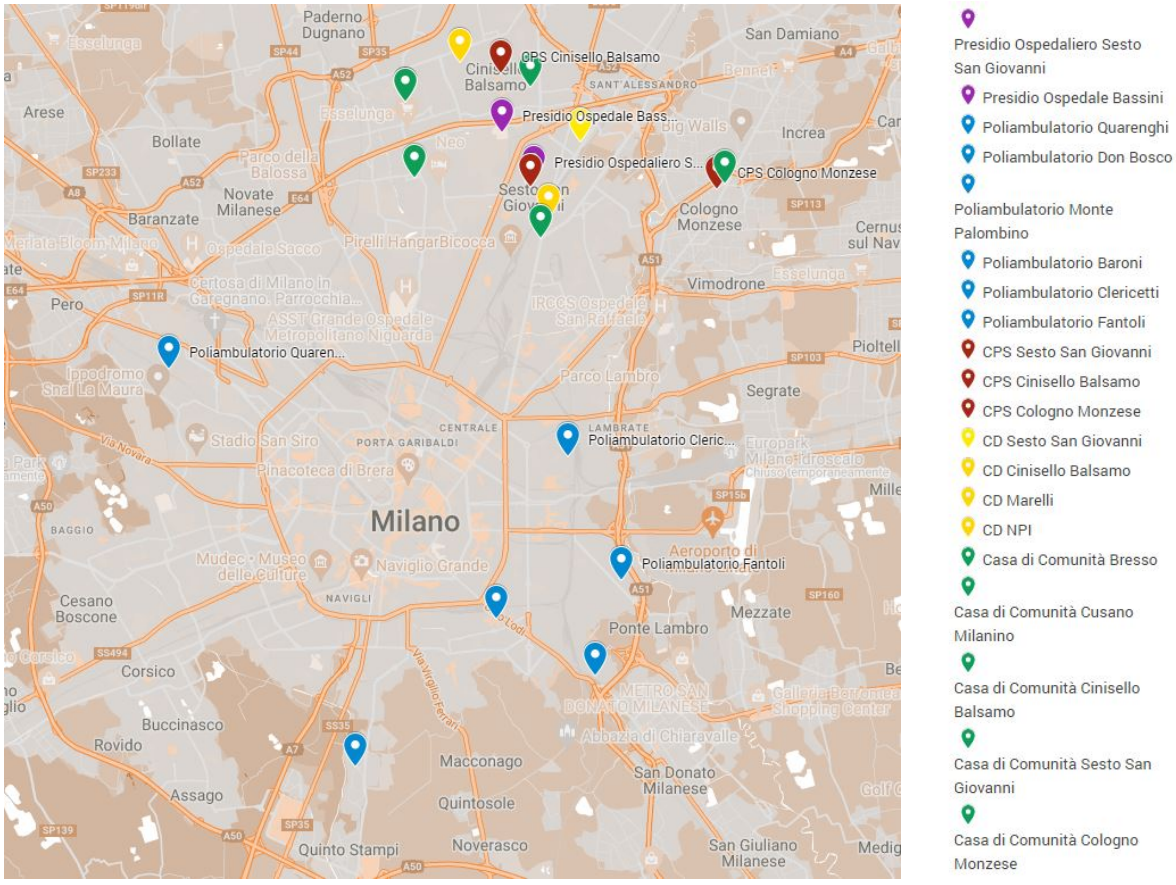
- 3 C.P.S. (Centro Psico-Sociale di Cinisello Balsamo, di Sesto San Giovanni e di Cologno Monzese)
- 3 Centri Diurni per pazienti con disturbi psichiatrici (CD Boccaccio, CD Cinisello Balsamo e CD Marelli)
- 4 Poli Territoriali di Neuropsichiatria Infantile (Cusano Milanino, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Sesto San Giovanni)
- 1 Centro Diurno di Neuropsichiatria Infantile (Cusano Milanino)
- 1 SerD (Servizio per le dipendenze)

Tali strutture si sviluppano con un'organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali ospedaliere e territoriali, in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale e

operano per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati.

Strutture sociosanitarie sul territorio

- 2 Consultori principali con 6 sedi distaccate (dislocate nei comuni di Cinisello Balsamo, Bresso, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino e Sesto San Giovanni)
- 6 centri vaccinali (Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino e Sesto San Giovanni)
- 3 centri di Medicina Legale e Certificazioni (Cinisello Balsamo, Cologno Monzese e Sesto San Giovanni)
- 5 Case di Comunità (Bresso, Cusano Milanino, Cinisello Balsamo, Sesto San Giovanni e Cologno Monzese)
- 2 Ospedali di Comunità (Cormano, Cologno Monzese) e 1 Casa di Comunità (Cormano) in apertura nel corso dell'anno 2024/2025.

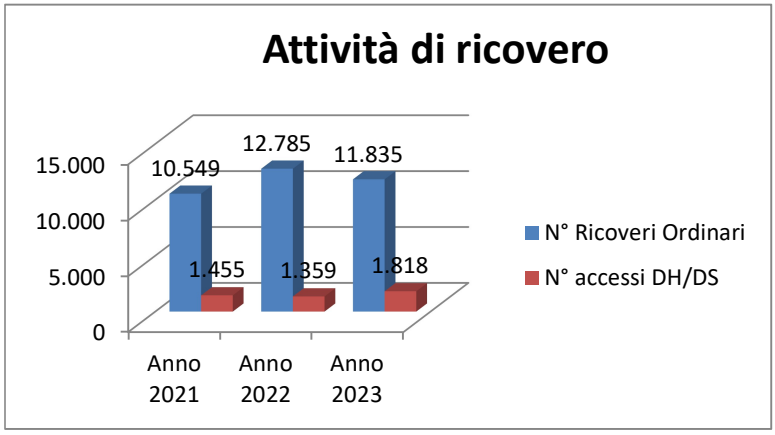


Dati di produzione e risorse umane

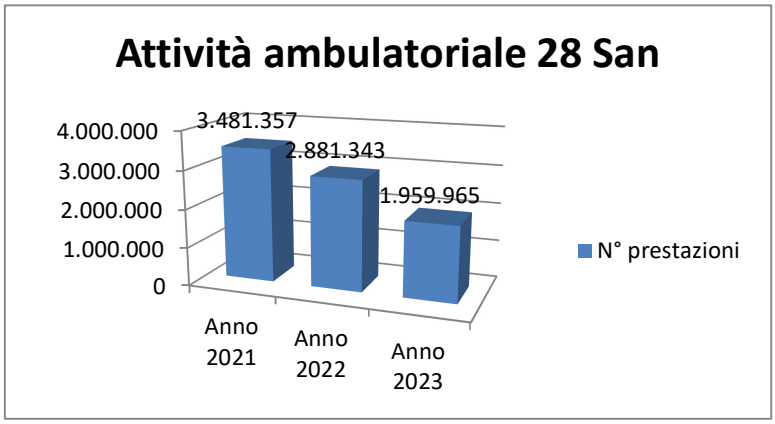
Di seguito si riportano i dati di attività dell'azienda e del personale in servizio nel periodo 2021-2023:

Tipologia di attività	Indicatori	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Ricoveri Ordinari	n° posti letto	336	351	319
	N° Ricoveri Ordinari	10.549	12.785	11.835
	Degenza Media	7,6	6,7	6,5
	DRG medio	3.402	3.192	3.225
	Peso Medio	1,1	1,07	1,04
	% drg medici	63,00%	54,40%	53,30%
	% drg chirurgici	37,00%	45,60%	46,70%
Day Hospital/Day surgery	n° posti letto	35	12	10
	N° accessi DH/DS	1.455	1.359	1.818
	DRG medio	916	722	753,5
Ambulatoriale	N° prestazioni	3.481.357	2.881.343	1.959.965
	di cui MAC	10.180	10.360	9.910
	di cui BIC	1.728	2.306	2.692
	N° prestazioni 46 San	73.234	76.320	76.853
Pronto Soccorso	n° accessi	47.668	59.660	62.429

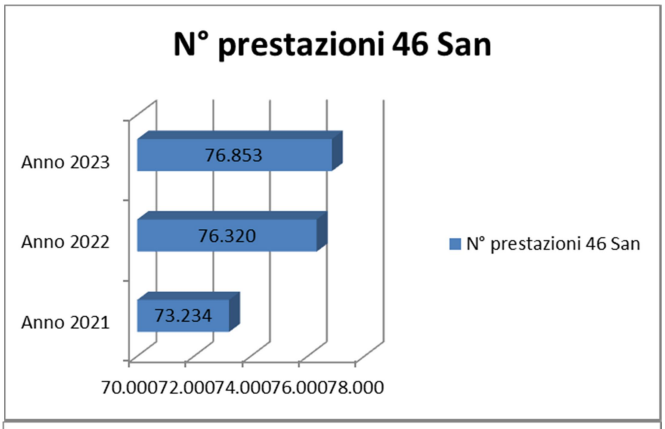
Posti letto effettivi mediati	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Ordinari	336	351	319
Day Hospital/Day surgery	35	12	10
TOTALE	**371**	**363**	**329**

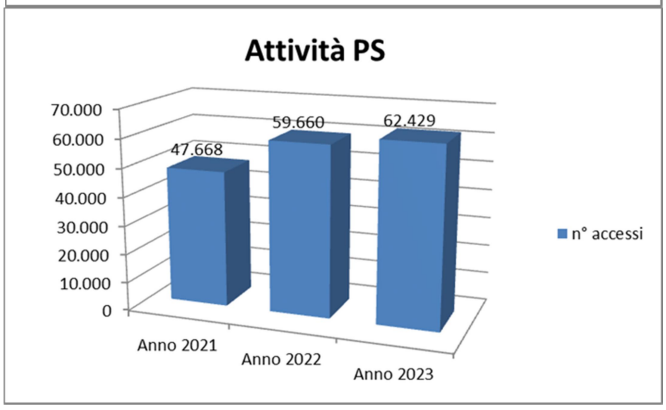


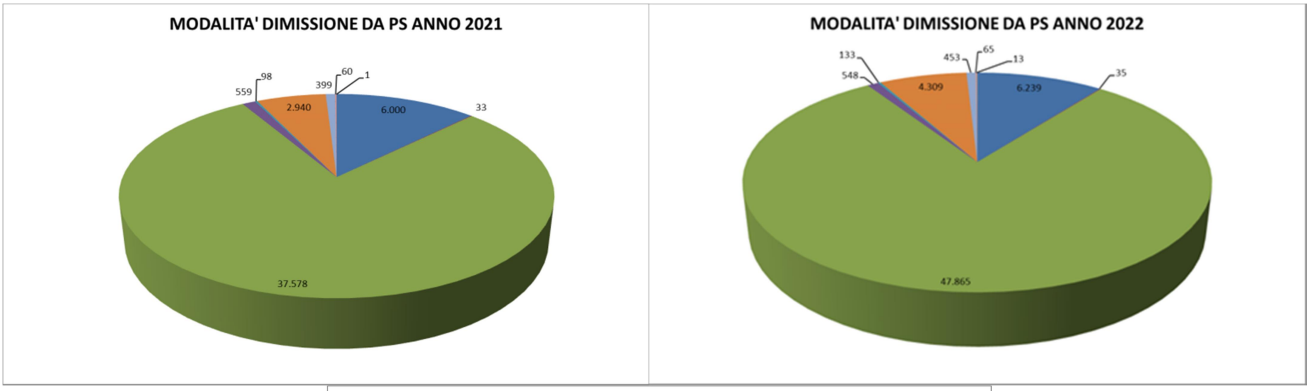
La minore produzione sui ricoveri ordinari è dovuta ad una riduzione dei ricoveri da pronto soccorso e alla chiusura, a causa dei lavori di ristrutturazione, dei posti letto di chirurgia presso il P.O. Bassini.

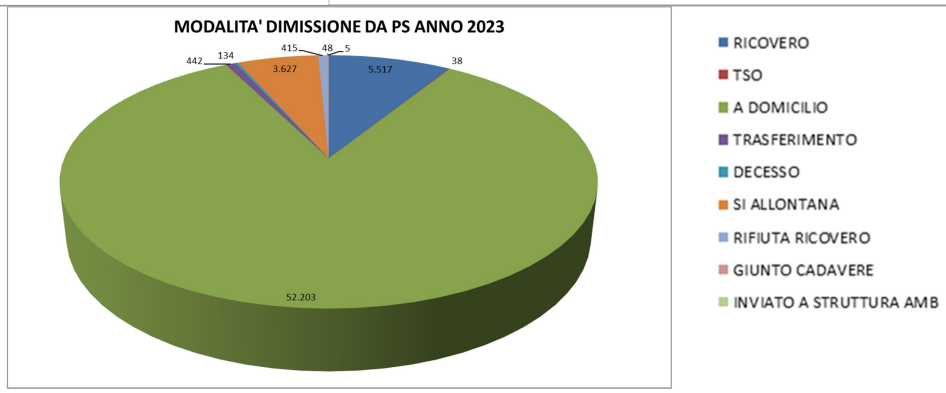


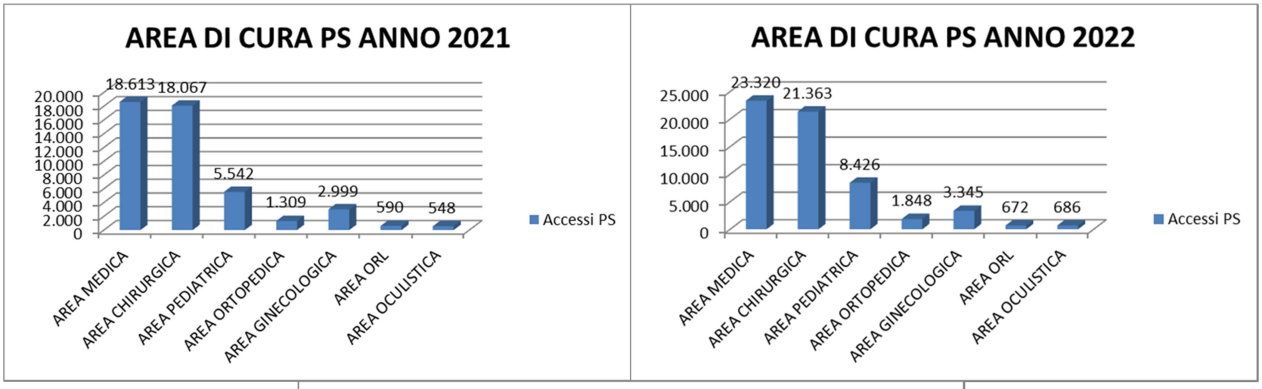
Si sottolinea che il numero delle prestazioni ambulatoriali anno 2021 e 2022 sono al lordo dei poliambulatori ceduti ad altre ASST. Considerando l'anno 2022 al netto dei poliambulatori ceduti la produzione è pari a 1.927.346, per cui si rileva una maggiore produzione nell'anno 2023

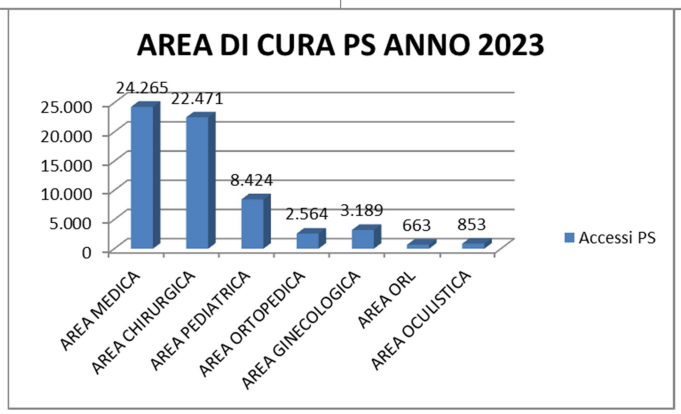

N° prestazioni 46 San
Anno 2023
Anno 2022
Anno 2021
76.853
76.320
73.234
70.00072.00074.00076.00078.000
N° prestazioni 46 San


Attività PS
70.000
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000
0
47.668
59.660
62.429
Anno 2021
Anno 2022
Anno 2023
n° accessi


MODALITA' DIMISSIONE DA PS ANNO 2021
559
98
399
60
1
2.940
6.000
33
37.578
MODALITA' DIMISSIONE DA PS ANNO 2022
133
548
453
65
13
4.309
6.239
35
47.865


MODALITA' DIMISSIONE DA PS ANNO 2023
442
134
415
48
5
3.627
5.517
38
52.203
RICOVERO
TSO
A DOMICILIO
TRASFERIMENTO
DECESSO
SI ALLONTANA
RIFIUTA RICOVERO
GIUNTO CADAVERE
INVIATO A STRUTTURA AMB





	ATTIVITA' TERRITORIALE	
	N° prestazioni	**anno 2023**
Medicina Legale	n° procedure gestite (patenti, pass, porto d'armi, detenzione arma, esonero cinture, tempi di reazione ecc.)	1.296
	n° pratiche di invalidità civile (invalidità accertate e legge 104)	10.020
	n° pratiche Legge 68	418
Vaccinazione	n° vaccini	52.076
	n° vaccini COVID	10.032
	n° vaccini antinfluenzali	12.327
ADI	n° prestazioni	4.811

Consultorio Familiare Terenghi Cinisello Balsamo

PRESTAZIONE	Prestazioni_2023	Prestazioni_2022	Diff.	Diff. %
00100 - VISITA COLLOQUIO	49	69	- 20	-29%
00101 - COLLOQUIO ACCOGLIENZA -ORIENTAMENTO	1.436	1.238	198	16%
00102 - COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	2.114	2.125	- 11	-1%
00103 - COLLOQUIO DI VALUTAZIONEPSICODIAGNOSTICA	374	363	11	3%
00104 - COLLOQUIO DI SOSTEGNO	2.662	2.234	428	19%
00202 - CONSULENZA FAMILIARE	83	21	62	295%
00301 - RELAZIONI COMPLESSE: ADOZIONENAZIONALE - INTERNAZIONALE	8	8	-	0%
00302 - RELAZIONI COMPLESSE: AFFIDO FAMILIARE	1		1	
00303 - RELAZIONI COMPLESSE: TUTELA DEIMINORENNI	134	127	7	6%
00305 - RELAZIONI COMPLESSE: INTERRUZIONEVOLONTARIA GRAVIDANZA MINORENNI	3	5	- 2	-40%
00405 - INCONTRO DI GRUPPO: GRAVIDANZA	61	47	14	30%
00407 - INCONTRO DI GRUPPO: INFANZIA -ADOLESCENZA	7		7	
00411 - RELAZIONI COMPLESSE: SOSTEGNO ALLAGENITORIALITA	190	157	33	21%
00412 - RELAZIONI COMPLESSE: ALTRE TEMATICHESPECIFICHE (BULLISMO, GRUPPI DIPAROLA, ETC	29		29	
00413 - INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI	4	15	- 11	-73%
005 - ASSISTENZA AL DOMICILIO	10	16	- 6	-38%
006 - OSSERVAZIONE - SOMMINISTRAZIONETEST	154	112	42	38%
00701 - INTERVENTI DI PSICOTERAPIA SINGOLO -COPPIA	1.510	1.143	367	32%
00702 - INTERVENTI DI PSICOTERAPIA FAMIGLIA	31	25	6	24%
00801 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI E SERVIZI: INSEDE	533	410	123	30%
00802 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI E SERVIZI:FUORI SEDE	41	30	11	37%
697 - INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	127	127	-	0%
89261 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	1.065	1.026	39	4%
89262 - VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	473	314	159	51%
89263 - PRIMA VISITA OSTETRICA	436	371	65	18%
89264 - VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	433	404	29	7%
89268 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA	257	199	58	29%
89269 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO	337	214	123	57%
90934 - ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	10		10	
9124D - HPV SCREENING TRIAGE CITOLOGICO	1.360		1.360	
91385 - ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	873	707	166	23%
91484 - PRELIEVO CITOLOGICO	2.745	353	2.392	678%
9337 - TRAINING PRENATALE	75	48	27	56%
9771 - RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO intrauteruino o intradermico sottocutaneo di progestinico	60	62	- 2	-3%
9618 INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE		1	- 1	-100%
Totale prestazioni	**17.685**	**11.971**	**5.714**	**48%**

Consultorio Familiare Gramsci Sesto San Giovanni

PRESTAZIONE	Prestazioni_2023	Prestazioni_2022	diff	diff %
00100 - VISITA COLLOQUIO	6	2	4	200%
00101 - COLLOQUIO ACCOGLIENZA -ORIENTAMENTO	1.015	924	91	10%
00102 - COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	1.326	1.342	- 16	-1%
00103 - COLLOQUIO DI VALUTAZIONEPSICODIAGNOSTICA	324	257	67	26%
00104 - COLLOQUIO DI SOSTEGNO	1.746	1.703	43	3%
00202 - CONSULENZA FAMILIARE	28	39	- 11	-28%
00301 RELAZIONI COMPLESSE: ADOZIONE NAZIONALE - INTERNAZIONALE		1	- 1	-100%
00303 - RELAZIONI COMPLESSE: TUTELA DEIMINORENNI	78	46	32	70%
00304 RELAZIONI COMPLESSE: INTERRUZIONE VOLONTARIA GRAVIDANZA ADULTI		2	- 2	-100%
00305 - RELAZIONI COMPLESSE: INTERRUZIONEVOLONTARIA GRAVIDANZA MINORENNI	3	5	- 2	-40%
00405 - INCONTRO DI GRUPPO: GRAVIDANZA	19	11	8	73%
00407 - INCONTRO DI GRUPPO: INFANZIA -ADOLESCENZA	13		13	
00411 - RELAZIONI COMPLESSE: SOSTEGNO ALLAGENITORIALITA	184	77	107	139%
00412 - RELAZIONI COMPLESSE: ALTRE TEMATICHESPECIFICHE (BULLISMO, GRUPPI DIPAROLA, ETC	27		27	
005 - ASSISTENZA AL DOMICILIO	13	4	9	225%
006 - OSSERVAZIONE - SOMMINISTRAZIONETEST	35	45	- 10	-22%
00701 - INTERVENTI DI PSICOTERAPIA SINGOLO -COPPIA	639	508	131	26%
00702 - INTERVENTI DI PSICOTERAPIA FAMIGLIA	6	3	3	100%
00801 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI E SERVIZI: INSEDE	261	179	82	46%
00802 - ATTIVITA CON ALTRI ENTI E SERVIZI:FUORI SEDE	3	25	- 22	-88%
697 - INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	62	64	- 2	-3%
89261 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	307	327	- 20	-6%
89262 - VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	162	112	50	45%
89263 - PRIMA VISITA OSTETRICA	222	211	11	5%
89264 - VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	246	176	70	40%
89268 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA	329	134	195	146%
89269 - BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO	464	259	205	79%
90934 - ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	20		20	
9124D - HPV SCREENING TRIAGE CITOLOGICO	1.214		1.214	
91385 - ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	618	489	129	26%
91484 - PRELIEVO CITOLOGICO	2.355	420	1.935	461%
9337 - TRAINING PRENATALE	61	72	- 11	-15%
9771 - RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO intrauteruino o intradermico sottocutaneo di progestinico	29	31	- 2	-6%
Totale prestazioni	**11.815**	**7.468**	**4.347**	**58%**

La maggiore produzione delle prestazioni dei consultori è evidenziata da un incremento nei numeri degli screening e da una più intensa attività rispetto all'anno precedente.

DATI RISORSE UMANE			
Personale Aziendale	**Anno 2021**	**Anno 2022**	**Anno 2023**
Dirigenti Medici	314	312	314
Dirigenti Sanitari	47	47	47
Dirigenti amm.vi/professionali/tecnici	18	18	19
Infermieri/Ostetriche	849	849	837
Tecnici Sanitari	221	201	199
Personale di assistenza e supporto	334	344	355
Personale della Comunicazione	-	-	1
Amministrativi	355	350	337
Specialisti Ambulatoriali	231	232	223
Interinali	54	54	25
Consulenti	82	81	91
Universitari	1	1	2
TOTALE	**2.506**	**2.489**	**2.450**

I dati si riferiscono alle teste presenti al 31 dicembre di ogni anno

	ANNO 2022		ANNO 2023	
	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA
CESSATI	212	52	163	51
ASSUNTI	188	50	148	54
DELTA	-24	-2	-15	3

3. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato

L'Azienda, quale soggetto integrato nel sistema regionale si è impegnata nel corso dell'anno 2023 nella realizzazione di molteplici obiettivi sia di carattere amministrativo - gestionale sia sanitario. Per ciascuno degli obiettivi, vengono riportati la dimensione oggetto d'analisi e la valutazione legata alla misurazione degli indicatori.

Obiettivo: Mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario

Cod.	Voce	2023	2023	
		Valore netto al 31/12/2022	*Valore netto al 31/12/2023*	*Variazione*
		A	B	(B-A)
	RICAVI			
AOIR01	DRG	44.490.537	42.912.907	- *1.577.630*
AOIR02	Funzioni non tariffate	21.203.794	15.382.021	- *5.821.773*
AOIR03	Ambulatoriale	34.752.663	27.754.242	- *6.998.421*
AOIR04	Neuropsichiatria	870.016	978.990	*108.974*
AOIR05	Screening	453.891	489.129	*35.238*
AOIR06	Entrate proprie	14.206.841	10.641.602	- *3.565.239*
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	1.747.483	2.007.225	*259.742*
AOIR08	Psichiatria	6.525.306	6.607.233	*81.927*
AOIR09	File F	5.891.220	5.726.217	- *165.003*
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	4.787.463	4.258.130	- *529.333*
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	29.974.701	31.322.689	*1.347.988*
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	994.233	936.175	- *58.058*
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	5.476.321	1.854.479	- *3.621.842*
AOIR15	Prestazioni sanitarie	8.936.564	8.399.721	- *536.843*
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	**180.311.033**	**159.270.760**	**-** ***21.040.273***
	COSTI			
AOIC01	Personale	112.484.707	115.881.427	*3.396.720*
AOIC02	IRAP personale dipendente	7.456.095	7.689.109	*233.014*
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	1.455.163	1.639.703	*184.540*
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	78.702.542	71.360.888	- *7.341.654*
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	282.119	282.119	-
AOIC06	Altri costi	18.835.955	17.234.420	- *1.601.535*
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	6.269.095	6.611.850	*342.755*
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	1.295.882	1.486.403	*190.521*
AOIC17	Integrativa e protesica	892.865	941.674	*48.809*
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	**227.674.423**	**223.127.593**	**-** ***4.546.830***
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	47.363.390	63.856.833	*16.493.443*
	Risultato economico	**-**	**-**	**-**

Riguardo all'attività dei ricavi, rispetto all'anno 2022, la produzione dei ricoveri nel 2023 è stata influenzata in parte dai lavori di ristrutturazione, che hanno ridotto i letti chirurgici presso il Presidio Ospedaliero

Bassini. In effetti, la chirurgia è stata accorpata a quella di Sesto San Giovanni, con un conseguente calo delle sedute operatorie. Inoltre, si è registrata una diminuzione dei ricoveri provenienti dal pronto soccorso.

La produzione ambulatoriale, rispetto all'anno 2022, al netto dei poliambulatori ceduti, è in linea con quanto preventivato. Per raggiungere questo risultato, sono state messe in atto una serie di azioni mirate:

- Progetto ambulatori aperti: ampliamento dell'offerta di specialistica ambulatoriale finalizzato all'abbattimento dei tempi di attesa con particolare riferimento alle prestazioni contenute nel PNGLA 2019-2021. A tale scopo, sono state raccolte le adesioni dei medici ospedalieri e degli specialisti ambulatoriali per lo svolgimento di attività aggiuntiva da erogare nel primo e secondo trimestre del 2023. Le prestazioni aggiuntive sono state pianificate attraverso l'attivazione di ambulatori in fasce orarie pomeridiane e nel weekend nei due presidi ospedalieri di SSG e Bassini e presso le Case di Comunità e i poliambulatori. In particolare, sono state approvate 836 ore aggiuntive in area a pagamento nel primo trimestre 2023, 1254 ore nel secondo trimestre 2023, 1700 nel terzo trimestre 2023 e 2200 nel quarto trimestre 2023. L'attività aggiuntiva svolta in area a pagamento ha coinvolto principalmente le seguenti specialità: cardiologia, radiologia, endoscopia, ostetricia e ginecologia, fisiatria, urologia, pneumologia ed endocrinologia.
- Progetto prestazioni radiologiche festive e prefestive: programmazione ed erogazione delle prestazioni radiologiche di cui alla DGR 6279/2022 (TAC, Mammografia e RMN), nel pomeriggio dei giorni prefestivi e nei giorni festivi in continuità con quanto già precedentemente previsto nella nota protocollo n. G1.2022.0028840 dell' 11 luglio 2022. La programmazione dell'offerta è stata mantenuta anche nel 2023 in modo da garantire un servizio all'utenza in orari che favoriscono la conciliazione con gli impegni lavorativi.
- Monitoraggio volumi 2023: l'azienda ha continuato anche nel quarto trimestre 2023 il processo di monitoraggio periodico della produzione aziendale e della saturazione delle agende della specialistica ambulatoriale al fine di rispondere all'obiettivo previsto (garantire nel periodo aprile-dicembre 2023 il 110% dei volumi di prestazioni ambulatoriali calcolato come il valore massimo della produzione tra il 2019 e il 2022). In base ai risultati ottenuti dai monitoraggi l'Azienda ha apportato dei correttivi alle agende della specialistica ambulatoriale;
- Esposizione agende: per garantire la trasparenza delle liste di attesa, le agende di prenotazione è in atto una riorganizzazione delle agende al fine di garantire una maggiore trasparenza, visibilità e prenotabilità sulla Rete Regionale di Prenotazione (RRP), così come già previsto nella DGR XI/6297 del 26 aprile 2022 e nella DGR 1929 del 16/10/2023;

- Ottimizzazione della capacità produttiva: l'azienda sulla base delle risorse disponibili mette in atto le azioni necessarie per il governo dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei codici di priorità configurando delle agende per codice di priorità (U, B, D e P);
- Anticipazioni prenotazioni: anticipazione, ove possibile, degli appuntamenti fuori soglia relativamente alle classi di priorità B e D nel periodo gennaio – giugno 2023 (primo trimestre 2023);
- Servizi di remind: per ridurre il fenomeno del no-show viene attivato un servizio di messaggistica SMS/recall per la richiesta di conferma della prestazione con particolare riferimento alle prestazioni più critiche e strumentali;
- Percorsi di tutela delle prenotazioni: nel caso in cui la struttura non fosse in grado di erogare la prestazione entro i tempi previsti dalla specifica priorità gli operatori del CUP verificano eventuali disponibilità su altre Aziende del territorio dell'ATS sulla sezione prenotazioni di GPOPE. Qualora non vi fossero disponibilità, l'Azienda si impegna a prendere in carico la prenotazione per erogare comunque la prestazione.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Missione 6 – Salute

Come recepito con le "linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR" l'azienda ha organizzato l'attività di rendicontazione e controllo su due livelli:

- Fase di rendicontazione in carico ai RUP: in questa fase il RUP effettua la registrazione dei dati e delle informazioni relativi alle spese sostenute con i fondi PNRR sul sistema informativo ReGIS e, sempre su questo sistema, effettua l'**attestazione dell'esito regolare delle verifiche svolte su tutte le spese** e relative procedure ad esse collegate. Con queste operazioni viene creato un Rendiconto di Progetto in bozza sul sistema ReGIS che viene inviato a Regione Lombardia per un successivo controllo.
- Controllo di I livello da parte del Gruppo di Lavoro per il PNRR: in questa fase il GdL effettua delle verifiche riguardo il corretto caricamento dei documenti da parte dei RUP e verifica che siano stati eseguiti tutti i controlli opportuni. Per questo livello di controllo è stata predisposta una **checklist di controllo** da utilizzare per ogni codice CUP che considera tutti gli elementi da verificare

Si precisa che il controllo svolto da Regione Lombardia rappresenta il controllo di II livello, al quale seguirà un controllo di III livello svolto dall'Amministrazione Titolare Ministero della Salute (nello specifico, Ufficio 3 di Rendicontazione e Controllo dell'UMPNRR).

Per quanto riguarda le "linee guida per la comunicazione e le azioni informative dei soggetti attuatori del PNRR Missione 6 Salute", queste sono state recepite da parte della SS Comunicazione in data 19/07/2023 con mail trasmessa dalla Struttura Comunicazione e Attività Trasversali di Regione Lombardia. A tal proposito, si afferma di essere in linea con l'esposizione dei loghi su tutte le apparecchiature finanziate con i fondi PNRR. Inoltre, è stata apportata un'integrazione nel gestionale atti aziendale affinché delibere e determine riguardanti acquisti di beni e servizi PNRR abbiano i loghi previsti dalle linee guida su ogni pagina, ivi compreso il frontespizio.

Per ciascuno degli investimenti sopra descritti all'azienda è stato assegnato uno specifico budget, che viene liquidato da Regione Lombardia con tempistiche diverse in relazione al tipo di progetto e al completamento dell'attività di rendicontazione. Per l'ultimo punto, i RUP hanno provveduto a caricare su ReGIS i documenti relativi ai CUP presenti sul sistema ma la rendicontazione è momentaneamente rallentata a causa della mancanza di alcuni documenti che devono essere inviati dai fornitori.

Con i decreti n. 10825 del 14/07/2023, n. 10993 del 19/07/2023, n. 11058 del 20/07/2023, DGW ha provveduto ad erogare un anticipo finanziario pari al 30% a valere sulle risorse assegnate ed impegnate a favore dei soggetti attuatori esterni a copertura degli interventi previsti dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza così come inseriti nel Piano Operativo Regionale (POR) approvato con DGR 6426 del 23/05/2022 in relazione alle seguenti linee di investimento:

- M6C2 1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature);
- M6C2 1.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile PNRR;
- M6C2 1.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile PNC.

Sono in fase di perfezionamento le procedure contabili per erogare con le stesse modalità l'anticipo finanziario anche per gli interventi relativi alle altre linee di investimento.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Piano per le liste di attesa 2023

In riferimento all'area chirurgica l'ASST è stata impegnata nel corso del 2023 nelle seguenti attività:

- analisi e miglioramento del percorso assistenziale del paziente chirurgico dall'inserimento in lista al momento dell'intervento chirurgico e all'informatizzazione a livello aziendale delle liste d'attesa di ricovero;

- corretta gestione delle liste di attesa al fine di garantire il rispetto delle tempistiche per ciascuna classe di priorità;
- miglioramento dei livelli di appropriatezza con una corretta assegnazione delle classi di priorità;
- presa in carico dei pazienti oncologici fornendo al momento della dimissione, tutti gli appuntamenti previsti nel percorso di follow-up, con indicazione in lettera di dimissione delle date e degli orari degli esami e visite di controllo;
- in ottemperanza alla DGR 511/2023, ASST ha avviato un'analisi con particolare riferimento alle prestazioni radiologiche, al fine di condividere con erogatori e prescrittori un progetto volto a migliorare l'appropriatezza delle richieste.

Nel corso del 2023, per quanto riguarda i ricoveri chirurgici programmati, l'azienda ha dimostrato capacità di rispondere tempestivamente alla domanda della popolazione garantendo nella quasi totalità dei casi l'erogazione degli interventi nei tempi previsti dalle classi di priorità sia per gli interventi oncologici che per la totalità dei casi. Al contempo, l'ASST rispetta i target regionali previsti per specifico intervento del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa.

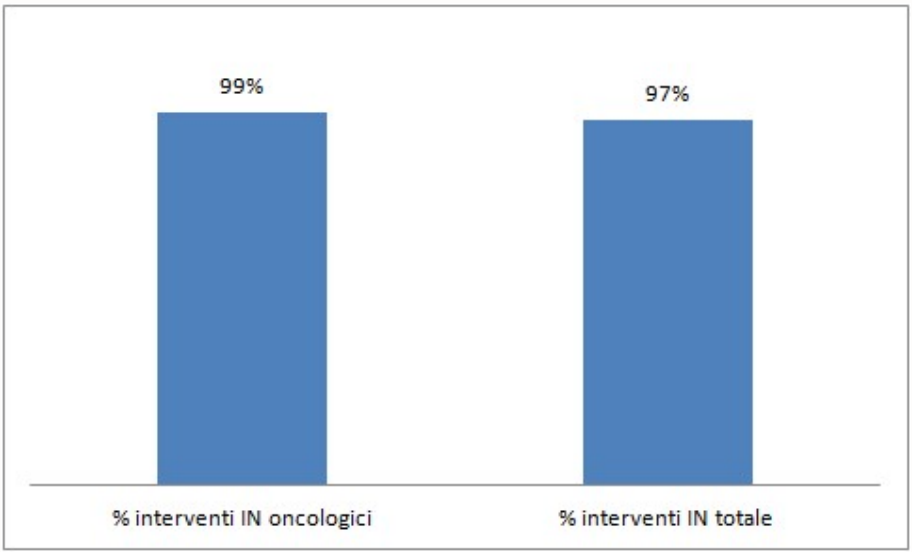


Figura % Rispetto delle classi di priorità degli interventi chirurgici (oncologici e totale)

Per quanto riguarda l'obiettivo relativo all'area ambulatoriale, relativamente al periodo aprile-dicembre 2023, ovvero garantire il 110% di prestazioni erogate in confronto al valore massimo tra il 2019 e il 2022, così come previsto dalla DGR n. XI/7758 del 28 dicembre 2022, sono stati riparametrati i target assegnati alle singole unità operative al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo. Si segnala che l'obiettivo è pienamente raggiunto se la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo è uguale o superiore al 100% e che la valutazione verrà effettuata a livello di singola prestazione sull'intero periodo.

PRESTAZIONI	obiettivo 85% (nota G1.2023.0034995)	ritorno regionale (solo O)	% raggiungimento	Note
Prima visita cardiologica (897A3)	6.630	6.218	94%	Riduzione di circa il 30% delle ore di specialistica ambulatoriale rispetto al 2019 (valore massimo tra il 2019 e il 2022).
Prima visita chirurgica vascolare (897A6)	427	272	64%	Si evidenzia che la disponibilità di offerta di prime visite di chirurgia vascolare è stata superiore alla domanda. A fronte di slot non occupati per prime visite gli stessi sono stati convertiti per l'offerta di prestazioni di eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735). Si evidenzia un trend di miglioramento negli ultimi mesi dell'anno 2023
Prima visita dermatologica (897A7)	10.406	6.980	67%	Riduzione di circa il 20% di ore di specialistica ambulatoriale rispetto all'anno 2019. Sono stati pubblicati diversi turni di ore di dermatologia nel corso dell'anno 2023 ma non sono stati accettati (turni vacanti). Riduzione in parte compensata da assunzione di personale con contratti LP per un totale di 5 ore a settimana da settembre (presso CdC di Bresso) e di 10 ore a settimana da ottobre presso PO Bassini. Si risontra un andamento di miglioramento negli ultimi mesi dell'anno 2023
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione (897B2)	4.132	4.472	108%	
Prima visita endocrinologica/diabetologica (897A8)	2.673	2.468	92%	
Prima visita gastroenterologica (897A9)	532	509	96%	Diminuzione dirigenti medici della UO Medicina di SSG per assegnazione altro incarico
Prima visita ginecologica (89261)	3.987	4.464	112%	
Prima visita neurologica [neurochirurgica] (8913)	392	1.073	274%	
Prima visita oculistica (9502)	8.488	7.456	88%	Riduzione del 23% di ore di specialistica ambulatoriale rispetto all'anno 2019. Sono stati pubblicati diversi turni di ore di oculistica nel corso dell'anno 2023 ma non sono stati accettati (turni vacanti). Ad eccezione dei mesi estivi, non vi è stata un'elevata adesione al progetto abbattimento liste di attesa da parte del personale medico. Tra i dirigenti medici dipendenti solo il responsabile di UO è in regime di intramoenia
Prima visita oncologica (897B6)	374	339	91%	Nessuna adesione al progetto di abbattimento delle liste di attesa.
Prima visita orl (897B8)	10.428	8.018	77%	Riduzione del 25% di ore di specialistica ambulatoriale rispetto all'anno 2019. Sono stati pubblicati diversi turni di ore di orl nel corso dell'anno 2023 ma non sono stati accettati (turni vacanti). Riduzione in parte compensata dall'assegnazione di ore di specialistica ambulatoriale presso poliambulatori/case di comunita e dall'adesione al progetto abbattimento liste di attesa da parte del personale medico a partire dall'autunno 2023. Si riscontra un trend di miglioramento negli ultimi mesi dell'anno 2023.

PRESTAZIONI	obiettivo 85% (nota G1.2023.0034995)	ritorno regionale (solo O)	% raggiungimento	Note
Prima visita ortopedica (897B7)	6.024	3.474	58%	Riduzione di circa l'80% di ore di specialistica ambulatoriale rispetto all'anno 2019. Sono stati pubblicati diversi turni di ore di ortopedia nel corso dell'anno 2023 ma non sono stati accettati (turni vacanti). **Tale situazione è stata resa nota in sede di negoziazione con ATS e l'obiettivo era stato dichiarato non raggiungibile**. Da ottobre si è ripristinato l'organico. **Obiettivo non valutabile**
Prima visita pneumologica (897B9)	1.507	2.218	147%	
Prima visita urologica/andrologica (897C2)	3.975	3.969	100%	L'obiettivo si ritiene raggiunto considerando il target con le prestazioni aggiuntive all'85% come da nota G1.2023.0034995 del 06/09/2023. Inoltre, dal mese di novembre parte dell'attività aggiuntiva è stata dedicata alla campagna di screening della prostata.
Totale prime visiste	**59.974**	**51.930**	**87%**	
Colonscopia con endoscopio flessibile. (4525)	1.728	1.558	90%	
Diagnostica ecografica del capo e del collo (88714)	1.357	1.322	97%	
Diagnostica ecografica del cuore (88721 e 8872A)	0	17	-	
Diagnostica ecografica mammella (88731, 88732)	2.437	2.334	96%	Riduzione nell'adesione al progetto di abbattimento dei tempi di attesa.
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici (88735)	900	1.556	173%	
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A) (88722)	4.188	6.231	149%	
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (non associabile a 88.72.1, 88.72.2 e 88.72.A) (88723)	109	128	118%	
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa (88772)	990	1.003	101%	
Ecografia addome (88761, 88751, 88741)	4.268	4.261	100%	L'obiettivo si ritiene raggiunto considerando il target con le prestazioni aggiuntive all'85% come da nota G1.2023.0034995 del 06/09/2023.
Ecografia ostetrico - ginecologica (8878, 88782)	2.635	2.777	105%	
Elettrocardiogramma (8952)	13.318	14.629	110%	
Elettrocardiogramma dinamico (8950)	2.114	2.498	118%	
Elettromiografia semplice [emg] (93081)	0			Nell'anno 2022 il dirigente medico specializzato è andato in pensione; nel 2023 sono stati espletati dei bandi di concorso. La figura è stata sostituita nel 2024. **In sede di negoziazione con ATS l'obiettivo era stato dichiarato non raggiungibile. Obiettvo non valutabile.**
Esame audiometrico tonale (95411)	2.210	2.111	96%	L'adesione al progetto abbattimento liste di attesa da parte del personale del comparto è stata data solo per alcuni mesi dell'anno. Grazie a questa disponibilità si evidenzia un trend di miglioiramento negli ultimi mesi dell'anno 2023.
Esofagogastroduodenoscopia [egd] (4516)	2.014	1.935	96%	

PRESTAZIONI	obiettivo 85% (nota G1.2023.0034995)	ritorno regionale (solo O)	% raggiungimento	Note
Fotografia del fundus (9511)	0	0	-	
Mammografia (878371,87372)	2.628	1.914	73%	Difficoltà nella saturazione delle agende. Tale dato non tiene contto dell'attività di screening che da ottobre è aumentata avviando attività di screening nel PO di Sesto SG in aggiunta a quella del PO Bassini
Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (4542)	220	213	97%	La prestazione è conseguente all'esito positivo della prestazione di Colonscopia
Risonanza magnetica nucleare (rm) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	1.354	1.330	98%	L'obiettivo si ritiene raggiunto considerando il target con le prestazioni aggiuntive all'85% come da nota G1.2023.0034995 del 06/09/2023.
Spirometria (89372,89371)	3.966	4.162	105%	
Test da sforzo (8944, 8941)	0	0	-	
Tomografica computerizzata (tc) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	6.023	5.927	98%	L'obiettivo si ritiene raggiunto considerando il target con le prestazioni aggiuntive all'85% come da nota G1.2023.0034995 del 06/09/2023.
Totale diagnostica e strumentale	**52.458**	**55.906**	**107%**	
TOTALE	**112.431**	**107.836**	**96%**	

Obiettivo raggiunto al 96%. In attesa di valutazione da parte di Regione Lombardia

Obiettivo: Azioni per il miglioramento del pronto soccorso

L'ASST Nord Milano gestisce due DEA di I livello: uno all'Ospedale Bassini e uno al P.O. Città di Sesto San Giovanni. Il DEA di Sesto San Giovanni include Pronto Soccorso Pediatrico e Ostetrico Ginecologico. Oltre l'80% degli accessi sono codici minori (bianchi e verdi). La maggior parte dei pazienti viene dimessa a domicilio (circa 84%), e meno del 10% viene ricoverata.

Ricorso alle cooperative: Nel 2023, non è stato necessario utilizzare cooperative per coprire i servizi di Pronto Soccorso.

Progetto "Accogliere nell'emergenza": Il progetto mira a migliorare l'esperienza del paziente e dei familiari attraverso interventi su ambiente, informazione, comunicazione, gestione del dolore, percorsi fast track, ambulatori di follow-up, integrazione PS-Territorio e sicurezza.

- Ambiente: riqualificazione delle sale d'attesa e miglioramenti nei percorsi e nelle segnaletiche per rendere gli spazi più funzionali e accoglienti.
- Informazione: introduzione del ruolo di "Caring Nurse" per migliorare la gestione clinica e l'informazione ai familiari. Monitor per i tempi di attesa e materiale informativo in più lingue.
- Comunicazione: monitor con informazioni su servizi e educazione sanitaria, poster e brochure informative.
- Gestione del dolore: protocolli per la somministrazione di analgesici durante l'attesa.

- Percorsi fast track: Attivazione di percorsi specialistici per ridurre i tempi di attesa per patologie minori.
- Ambulatori di follow-up: ambulatori per garantire continuità di cura post Pronto Soccorso in diverse specialità.
- Integrazione PS-Territorio: Centrale Operativa Territoriale per gestire i pazienti a domicilio e procedure per la presa in carico infermieristica da PS.
- Sicurezza e gestione delle aggressioni: ripristino dei posti fissi di polizia e installazione di pulsanti di allarme, con corsi di formazione per la gestione delle aggressioni.
- Facilities: Totem per la ricarica dei cellulari e distributori di bevande e snack.

Ulteriori progettualità: implementazione di un progetto per la gestione del fine vita in Pronto Soccorso, con la creazione di spazi dedicati per l'accoglienza dei familiari e il supporto psicologico.

Bed Manager: nomina di un Bed Manager per migliorare la gestione dei posti letto e la fluidità dei percorsi intraospedalieri.

Indicatori di attività: utilizzo dei dati EUOL per confrontare gli indicatori di attività con altri DEA di I livello nella regione, escludendo alcuni gruppi di pazienti per una valutazione precisa.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Attività di donazione di organi e tessuti

I dati relativi all'anno 2023, suddivisi per trimestre, sono riportati di seguito:

OBIETTIVI	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE	4° TRIMESTRE	NOTE
Rapporto CAM/n° totale decessi neuro >15%	due su sette decessi 29%	zero su due decessi	zero su due decessi	zero su due decessi	
Rapporto CAM/totale decessi neuro TI>40%	due soggetti sottoposto ad accertamento/tre decesso= 67%	zero soggetti sottoposto ad accertamento/un decesso= 0%	non si sono verificati decessi per lesioni cerebrali nei reparti	non si sono verificati decessi per lesioni cerebrali nei reparti	
Rapporto donazioni multitessuto/totale decessi <65 anni >2%	zero donazione/quattro decessi=0%	due donazione/quattro decessi=50%	una donazione/due decessi=50%	una donazione/nove decessi=11%	
Rapporto donazioni cornee/totale decessi>10%	55 donatori/235 decessi=24%	52 donatori/149 decessi=35%	43 donatori/178 decessi=24%	49 donatori/194 decessi=25%	

L'analisi se effettuata sull'anno risulta essere la seguente:

- Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali in terapia Intensiva >40%: 50%

- Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali in tutti i reparti >15%: 15%.

- Rapporto tra donazione multi tessuto con esito positivo /N° di decessi candidabili alla donazione >2%: 21%

- Rapporto tra n° donatori cornee/n° totale decessi >10%: 27%

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Prevenzione-screening

Ca mammella: Pervenuti dati da ATS: attività in linea con i target

Ca cervice uterina: Pervenuti dati da ATS: attività in linea con i target

Ca colon retto: Pervenuti dati da ATS: attività in miglioramento ma da incrementare. Prevedere incontro con Cambareri.

HCV: attività complessiva azienda in linea con il target (media regionale 23% dato ASST 32%). ATS ha comunicato la partenza dell'invito attivo: data comunicazione a CUP e Punti Prelievo. Per quanto riguarda il SERD, l'attività di screening ha preso avvio il 1 novembre. Da perfezionare il percorso diagnostico.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Garanzia dei LEA

AREA	INDICATORE	2023 SSG
CARDIO CIRCOLATORIO	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni (residenti)	
CHIRURGIA GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (residenti)	
	Intervento chirurgico per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni (residenti)	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	
NEFROLOGICO	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero (residenti)	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni (residenti)	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni (residenti)	

AREA	INDICATORE	2023 BASSINI
CARDIO CIRCOLATORIO	Infarto miocardico acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	
	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (residenti)	
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni (residenti)	
CHIRURGIA GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per tumore maligno del colon: mortalità a 30 giorni (residenti)	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni (residenti)	
OSTEO MUSCOLARE	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni (residenti)	
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni (residenti)	
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni (residenti)	

In riferimento agli indicatori evidenziati in rosso non sono statisticamente significativi in quanto si tratta di pochissimi casi.

Obiettivo raggiunto parzialmente

Obiettivo: Trasparenza

In merito alla Trasparenza, in conformità alle previsioni dell'Allegato 9 del Piano Nazione Anticorruzione 2023/2025, si è provveduto a revisionare la sottosezione Bandi di gara e contratti della Sezione Amministrazione Trasparente, inserendo le nuove voci secondo le prescritte modalità indicate da Anac. Nel corso dell'anno 2023, è stato inoltre effettuato il monitoraggio circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione a carico delle strutture aziendali. Il monitoraggio, svolto di concerto con le Strutture interessate è stato funzionale anche all'attività di certificazione del Nucleo di Valutazione, alla luce della deliberazione ANAC 17 maggio 2023, n. 203. II RPCT, come previsto nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023/2025, ha effettuato il monitoraggio in materia di tracciabilità delle istanze di accesso ex L. 241/1990 e di accesso civico ex art. 5 D.Lgs. n. 33/2013, con la diffusione di istruzioni alle Strutture aziendali. L'esito di tale attività è rappresentata dal registro degli accessi, pubblicato sul sito aziendale alla sezione amministrazione trasparente.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Tempi di pagamento

L'indicatore di tempestività dei pagamenti riferito all'anno 2023 è pari a -27,55, nonché il numero dei giorni di pagamento medio si attesta a n. 32. Obiettivo raggiunto al 100%

Tabella di sintesi

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali indicatori di importanza strategica per l'azienda. Per ciascuno degli obiettivi, vengono riportati la dimensione oggetto d'analisi e la valutazione legata alla misurazione degli indicatori. L'Azienda ha scelto di rappresentare la valutazione sul raggiungimento degli obiettivi utilizzando diversi colori in relazione alla percentuale di raggiungimento. Il verde viene usato per indicare una valutazione positiva dell'obiettivo, il giallo per evidenziare una valutazione sufficiente, mentre il rosso per sottolineare una valutazione negativa che sarà oggetto del ciclo di miglioramento continuo per l'azienda.

Obiettivi aziendali

	VALUTAZIONE POSITIVA
	VALUTAZIONE SUFFICIENTE RISPETTO ALLE ATTESE
	VALUTAZIONE NEGATIVA

Dimesione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Riultato Atteso 2023	Anno 2023	% di raggiungimento
STRATEGICO OPERATIVO	Rispetto del vincolo di bilancio programmato	Bilancio di Assestamento	0%	0%	100%
	PNC ospedale sicuro: messa in sicurezza antincendio e sismica per il PO Bassini	rispetto cronoprogramma	31/12/2023	NO FATTO	0%
	PNRR ammodernamento del parco tecnologico: acquisizione attrazzature previste da programma	attuazione piano	adesione al 100% delle gare espletate	FATTO	100%
	Aggiornamento piano pandemico	pubblicazione piano	entro 31/08/2023	FATTO	100%
	dell'area specialistica ambulatoriale dell'anno 2019 delle seguenti prestazioni: 9502 - Prima visita oculistica 897A7 - Prima visita dermatologica 88722, 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A - Eco(color)dopplergrafia cardiaca 88731 - Ecografia bilaterale della mammella 88761- Ecografia addome completo 897B7 - Prima visita ortopedica 88735 - Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici 897A3 - Prima visita cardiologica 897A8 - Prima visita endocrinologica/diabetologica 8913- Prima visita neurologica [neurochirurgica] 4525 - Colonscopia con endoscopio flessibile 88714 - Diagnostica ecografica del capo e del collo 4516 - Esofagogastroduodenoscopia [EGD] 87371 - Mammografia bilaterale 8950 - Elettrocardiogramma dinamico 89372 - Spirometria globale 88772 - Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuali, arteriosa o venosa 88016 - Tomografia computerizzata (TC) dell'addome completo, sz e con contrasto 87411 - Tomografia computerizzata (TC) del torace, sz e con contrasto	n° prestazioni mese corrente/n° prestazioni mese 2019	+10%	5%	96%
	Piano per le liste di attesa 2023: incremento dei servizi di remind per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni ambulatoriali	n° remind aziendale /n° totale prenotazioni	↑	FATTO	100%
	Attività ambulatoriale: valore di produzione uguale all'anno 2019	fatturato ambulatoriale	100%	100%	100%
	Attività di ricovero: valore di produzione uguale all'anno 2019	fatturato ricoveri	100%	100%	100%
	Istituzione cabina di regia	delibera Elaborazione regolamento	entro il 30/06/2023 pubblicazion e entro il 31/12/2023	FATTO	100%
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo di permaneza del paziente in Pronto Soccorso non deve essere superiore alle otto ore	n° pazienti gestiti in PS entro le 8h/n° totale pazienti gestiti in PS	90%	92%	100%
	Elaborazione procedura per la gestione dei pazienti in dimessione protetta da reparto e Pronto Soccorso	n° richieste prese in carico/n° totale richieste appropriate	avvio attività	FATTO	100%
	Area Distretti: elaborazione accordi organizzativi tra gli erogatori e i medici di famiglia per lo sviluppo dell'attività di vaccinazione	elaborazione documenti	entro il 30/06/2023	n.v.	
	Elaborazione accordi organizzativi relativi alle integrazioni tra i diversi setting assistenziali per una efficace presa in carico della popolazzione di riferimento (ADI base)	elaborazione documenti	entro il 30/06/2023	n.v.	
	Potenziamento rete territoriale: rispetto del cronoprogramma di attivazione funzionale delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare	rispetto cronoprogramma	100% (CdC Cinisello/SS G ODC Cologno Monzese)	FATTO	100%
SVILUPPO	Introduzione Cartella Clinica Elettronica	introduzione in un reparto pilota	entro il 31/12/2023	FATTO	100%
	Applicazione modello HIMSS EMRAM	applicazione modello	entro il 31/03/2023	FATTO	100%
	Predisposizione piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e programmazione e effettuazione interventi tecnici e organizzativi necessari:	condivisione scheda aziendale quantificazione e allocazione delle risorse aggiornamento scheda aziendale	entro il 31/01/2023 entro il 31/03/2023 entro il 31/12/2023	FATTO	100%
	Attivazione nuovo sitoweb	Utilizzo nuovo sito	entro 31/03/2023	FATTO	100%

Dimesione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Riultato Atteso 2023	Anno 2023	% di raggiungimento
QUALITA' PROCESI E ORGANIZZAZIONE	Rispetto dei tempi di pagamento	rispetto richieste regionali	SI	-27,55	100%
	Corretta e completa alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali	coerenza con il sistema contabile n. informazioni trasmesse	100% 100%	FATTO	100%
	Aggiornamento delle procedure PAC in relazione al contesto normativo e gestionale: - area crediti e ricavi - area debiti e costi	pubblicazione	entro il 31/12/2023	FATTO	100%
	Rispetto delle indicazioni richieste da Regione Lombardia sulla gestione dei flussi consumi e contratti:	rispetto dei tempi di invio n° repertori presenti su flusso consumi/n° repertori presenti su flusso contratti	SI >=70%	FATTO 70%	100%
	Programmazione ed esecuzione di investimenti per lavori e rispetto tempistiche dei cronoprogrammi	Aggiornamento semestrale elenco investimenti	entro il 30/6/2023 entro il 31/12/2023	FATTO	100%
	Rispetto cronoprogramma per gli avvis/concorsi	rispetto cronoprogramma	entro il 31/12/2023	FATTO	100%
	Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione delle nuove linee guida regionali sul controllo di gestione	n° incontri	almeno un incontro	FATTO	100%
	Screening Cervice Uterina: gestione attività	n° colposcopie realizzate entro 3-5 o 20 gg dalla richiesta di ATS/n° totale richieste	100%	FATTO	100%
		n° di diagnosi di 2° livello inseriti su SW entro 30 gg da colposcopia/ n° totale diagnosi	90%	FATTO	100%
	Rispetto programma del PRP "Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino - PL18"	- coorte 2021 per le vaccinazioni: esavalente, MPRV, Men C, PNC, Rotavirus, Men B - coorte 2016 per le vaccinazioni: 4° DTPP e MPR - coorte 2011 per le vaccinazioni HPV (2 dosi), 5° DTPP e Men ACWY - coorte 2007 per le vaccinazioni: 5° DTPP e Men ACWY	>=95%	**coorte 2021** esavalente: 97% MPR: 97,3% Men C: 96% PNC: 95,2% Rotavirus: 86% Men B: 90% **coorte 2016** 4° DTPP: 95,2% MPR: 95,2% **coorte 2011** HPV (2 dosi): I dose 88%, II dose 74% 5° DTPP: 77% Men ACWY: 90% **coorte 2007** 5° DTPP: 91% Men ACWY: 90%	48%
	Organizzazione eventi per la promozione delle campagne vaccinali con pianificazione di azioni mirate per incentivare i pazienti alla vaccinazione	n° eventi promozionali n° azioni mirate	5 5	FATTO	100%
	Area protesica: elaborazione / rivisitazione istruzione operativa per il monitoraggio e il recupero dei beni sia riutilizzabili che istallati presso il domicilio	pubblicazione procedura	entro il 30/06//2023	FATTO	100%
	Avvio attività di risclassificazione dei laboratori clinici aziendali	presentazione istanza	entro il 31/08/2023	FATTO	100%
	Sorveglianza Malattie Infettive:utilizzo SMI	partecipazione a corso FAD possesso credenziali n° accessi	100% dei dirigenti medici 100% dei dirigenti medici almeno un accesso	FATTO	100%
	Elaborazione documento per la sperimentazione del budget della salute per residenzialità psichiatrica socio riabilitativa	pubblicazione documento	entro il 31/07/2023	n.v.	
	Attivazione nucleo funzionale dell'autismo	delibera	entro il 30/04/2023	FATTO	100%
	Implementazione e messa a regime progetto DAMA	n° pazienti presi in carico su n° pazienti segnalati	75%	91,0%	100%
	Messa a regime: - centro per la famiglia - psicologia delle cure primarie	elaborazione documento progettuale avvio	entro il 30/06/2023 entro il 30/09/2023	FATTO	100%
	Area consultori: Definizione del percorso di presa in carico delle donne consultorio ospedale e ospedale consultorio	n° donne gravide prese in carico che partoriscono presso l'hsp SSG/n° totale donne gravide gestite	>=30%	41%	100%
	Area vaccini: Aumento del n° di vaccini antinfluenzali su operatori sanitari	N° operatori sanitari vaccinati/n° operatori sanitari	↑		
	Area Assistenza domiciliare: Aumento tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 65 anni	n° pz asssistiti a domicilio (età>=65 anni)/1000 residenti	4%	4,4%	100%

Dimesione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Riultato Atteso 2023	Anno 2023	% di raggiungimento
QUALITA' PROCESI E ORGANIZZAZIONE	Sistema regionale trapianti: elaborazione PDTA gestione neuroleso grave, dona	pubblicazione PDTA	entro il 30/06/2023	FATTO	100%
	Promozione della salute: realizzazione azioni WHP	n° azioni	almeno 8 azioni	8	100%
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'U.O. di Oculistica	elaborazione documenti	entro il 30/03/2023	FATTO	100%
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'U.O. di Recupero e Riabilitazione Funzionale - ambulatoriale	elaborazione documenti	entro il 30/03/2023	FATTO	100%
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'UTIC	elaborazione documenti	entro il 31/05/2023	n.v.	
	Predisposizione documentazione per l'attivazione della degenza ordinaria della NPI	elaborazione documenti	entro il 31/07/2023	n.v.	
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento Consultorio di Cusano/Cinisello Balsamo	elaborazione documenti	entro il 30/03/2023	FATTO	100%
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di attivazione UDO C-Dom	elaborazione documenti	entro il 31/07/2023	FATTO	100%
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per i neo assunti	n. neo assunti che hanno effettuato il corso / n. totale neo assunti	80%	FATTO	100%
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per le area a rischio	n° partecipanti /n° totale operaori di struttura	10%	FATTO	100%
	Attivazione corsi in materia di codice di comportamento	n° corsi	almeno due edizioni	FATTO	100%
	Adempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n.33/2013	documenti pubblicati	100%	FATTO	100%
	Garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione amministrativa: implementazione della tracciabilità dell'attività di gestione interna delle istanze di accesso algi atti e di accesso civico generalizzato e di riscontro alle stesse	n° note di riscontro alle richieste di accesso di cui è garantita la tracciabilità a mezzo del protocollo informatico aziendale/n° totale di istanze pervenute (esterne+interne)	100%	95%	95%
	Garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione amministrativa: revisione modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni, di cui alla sottosezione bandi di gara e contratti della sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, ai sensi di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022 previsto da ANAC	attivazione della nuova modalità di pubblicazione	80%	100%	100%
	Prevenzione dei conflitti di interesse nei processi afferenti a "Farmaceutica, dispositivi medici sponsorizzazione e sperimentazione": acquisizione Dichiarazione Pubblica degli interessi da parte di specifiche figure individuate dal RPCT	n. dichiarazioni acquisite /n. totale delle figure professionali individuate	75%	78%	100%
	Adozione della metodologia di analisi dei rischi ai sensi dell'all. 1 PNA ANAC 2019	analisi evalutazione rischi misure di trattamento	entro il 30/09/2023 entro il 31/12/2023	FATTO	100%

4. Obiettivi di Performance organizzativa

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento di tutti gli obiettivi contenuti nelle schede budget. Tale fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando sono disponibili i dati consolidati e si provvede ad effettuare la verifica finale dei risultati raggiunti; vengono calcolati tutti gli indicatori con riferimento all'anno in corso, caricati nelle singole schede di budget di ciascuna struttura, calcolato lo scostamento dal valore atteso ed i corrispondenti punti realizzati per ciascun indicatore, nonché il grado per il raggiungimento complessivo di ciascuna struttura.

Gli obiettivi di performance organizzativa 2023 sono stati declinati per singola struttura e servizio.

La scheda di budget si è sviluppata in 3 aree (obiettivi di attività, obiettivi di qualità e obiettivi anticorruzione e trasparenza) al cui interno sono stati individuati specifici obiettivi e indicatori correlati.

Sugli obiettivi di attività sono stati effettuati monitoraggi settimanali e sugli obiettivi qualitativi e di anticorruzione e trasparenza è stato effettuato un monitoraggio semestrale.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono stati raggiunti per il 98% dalla dirigenza sanitaria e non e per il 99% dal comparto come da tabelle di seguito riportate e hanno coinvolto tutto il personale della dirigenza e del comparto:

LA DIRIGENZA SOTTO IL 60% NON PRENDE IL F.DO PRODUTTIVITA'	
Quota corrisposta	**Quota corrisposta**
da 0% al 59%	0
dal 60% al 69%	60%
dal 70% al 79%	70%
dalL'80% al 100%	in %

APT	
Quota corrisposta	**Quota corrisposta**
da 0% al 59%	0
dal 60% al 69%	65%
dal 70% al 79%	75%
dalL'80% al 100%	in %

IL COMPARTO SOTTO IL 50% NON PRENDE IL F.DO PRODUTTIVITA'	
% si raggiungimento	**Quota corrisposta**
da 0al 49%	0
dal 50% al 69%	60%
dal 70% al 85%	80%
dal 86% al 100%	100%

5. Valutazione di Performance individuale

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2023 ha sottoposto a valutazione tutto il personale dirigente ed il personale del comparto. La valutazione individuale di tutto il personale è stata effettuata dai dirigenti responsabili e da altri ruoli di responsabilità come da tabella di seguito riportata. Essa è relativa alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi.

AREA	valore medio
Area Comparto	92,03
Area Dirigenti APT	96,47
Area Dirigenza Sanitaria Medica	93,73
Area Dirigenza Sanitaria non Medica	92,57
Totale complessivo	**92,33**

6. Rischi corruttivi e trasparenza

a) Analisi valutazione e trattamento dei rischi

È proseguito, nell'anno 2023, il percorso finalizzato al progressivo recepimento delle indicazioni metodologiche fornite da ANAC con l'allegato n. 1 del Piano Nazionale 2019, in materia di analisi e valutazione del rischio corruttivo. In ottemperanza all'obiettivo fissato, si è provveduto, nel 2023, ad estendere tale metodologia alle aree di rischio e ai relativi processi aziendali afferenti alle strutture di seguito rappresentate:

Aree di rischio	Strutture aziendali coinvolte	Processi
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	SC Affari Generali e Legali SC Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità SC Tecnico Patrimoniale SC Area Accoglienza e CUP Aziendali	1) Donazioni e comodati 2) Recupero crediti 3) Fatturazione attiva e passiva 4) Gestione patrimonio immobiliare 5) Rimborsi ticket
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici sui destinatari	SC Affari Generali e Legal	1) Convenzioni attive e passive
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetti economici sui destinatari	SC Affari Generali e Legali	1) Convenzioni con associazioni di volontariato
Affari Legali e Contenzioso	SS Affari Legali	1)Incarichi di patrocinio legale 2) Gestione malpractice
Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	SC Farmacia e SSD Formazione e Sviluppo capitale Umano	1)Sperimentazioni e ricerca 2)Sponsorizzazioni 3)Partecipazioni a eventi sponsorizzati
Decesso in ambito ospedaliero	Direzioni Mediche di Presidio	Gestione Area Tanatologica

Il RPCT, di concerto con i responsabili delle strutture coinvolte, ha elaborato il Registro Generale dei Rischi nel quale é rappresentata l'analisi e la valutazione dei rischi dei processi aziendali realizzata in conformità alla nuova metodologia Anac. È stato di poi elaborato, parimenti di concerto con le strutture interessate, il Piano di trattamento dei rischi nel quale sono state individuate le misure atte a far fronte ai rischi corruttivi individuati. Le risultanze dell'intero percorso di gestione del rischio corruttivo costituisce parte integrante della sotto-sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026.

b) Formazione

Nel 2023 è stato attivato, con il supporto della S.S.D. Formazione e Sviluppo Capitale Umano, e sotto la direzione scientifica dello scrivente RPCT, un corso di formazione base dal titolo "Anticorruzione nella PA: le novità in tema di semplificazione pubblicità e trasparenza". Al predetto corso, destinato in particolare al personale neo-assunto ed espletato in modalità e-learning con piattaforma aziendale FAD, si sono iscritti n. 458 dipendenti, dei quali n. 380 hanno superato il test finale. Oltre alla formazione di base sono state organizzate due iniziative formative di livello specifico in materia di anticorruzione quali: - corso in materia di antiriciclaggio (una edizione) espletato nell'ambito del progetto promosso dall'Associazione dei Comuni e da Regione Lombardia denominato "Rafforzamento competenze per contrastare riciclaggio e corruzione nella P.A."; a tale corso hanno partecipato in presenza n. 14 dipendenti; - corso di presentazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023/2025 tenuto dal RPCT e dal suo collaboratore (due sessioni, cui hanno partecipato complessivamente n. 51 dipendenti). In via ulteriore, è stato espletato, con la direzione scientifica del RPCT e con la collaborazione di un Dirigente della S.C. Gestione Risorse Umane, un corso aziendale, in tre edizioni denominato "Principi e doveri dei dipendenti: Codice di comportamento aziendale e regolamento incarichi extraistituzionali", alle quali hanno partecipato complessivamente n. 34 dipendenti.

c) Whistleblowing

Tale istituto è stato riformato per effetto del D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24, che ha recepito, a livello nazionale, la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019. Nel 2023, è stato aggiornato il regolamento aziendale per quanto attiene al novero dei soggetti tutelati, le diverse tipologie di segnalazione e le misure di protezione dalle ritorsioni in conformità a quanto previsto dalla recente normativa europea e nazionale. II nuovo Regolamento aziendale per la gestione delle segnalazioni degli illeciti e per la tutela del Whistleblower e stato approvato con deliberazione 14 dicembre 2023, n. 1004 ed e pubblicato sul sito e sulla intranet aziendale.

d) Trasparenza e diritto di accesso

In merito alla Trasparenza, in conformità alle previsioni dell'Allegato 9 del Piano Nazione Anticorruzione 2023/2025, si è provveduto a revisionare la sottosezione Bandi di gara e contratti della Sezione Amministrazione Trasparente, inserendo le nuove voci secondo le prescritte modalità indicate da Anac. Nel corso dell'anno 2023, è stato inoltre effettuato il monitoraggio circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione a carico delle strutture aziendali. Il monitoraggio, svolto di concerto con le Strutture interessate è stato funzionale anche all'attività di certificazione del Nucleo di Valutazione, alla luce della

deliberazione ANAC 17 maggio 2023, n. 203. Il RPCT, come previsto nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023/2025, ha effettuato il monitoraggio in materia di tracciabilità delle istanze di accesso ex L. 241/1990 e di accesso civico ex art. 5 D.Lgs. n. 33/2013, con la diffusione di istruzioni alle Strutture aziendali. L'esito di tale attività è rappresentata dal registro degli accessi, pubblicato sul sito aziendale alla sezione amministrazione trasparente.

7. Organizzazione e capitale umano

Smart Working anno 2023

La disciplina del lavoro agile (detto anche smart working) è prevista dalla L. n. 81/2017 recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato". Il comma 3 dell'art.18 ha previsto l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego". Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n. 124, è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo.

Con il dilagare dell'epidemia da Covid-19, la ASST ha dovuto attivare il lavoro agile trasformando quello che, dal punto di vista della normativa nazionale, era un istituto sperimentale in uno degli strumenti ordinari della prestazione lavorativa. I provvedimenti normativi nazionali e le successive direttive ministeriali, oltre a semplificare la modalità di autorizzazione del lavoro agile, hanno confermato la possibilità che lo stesso possa essere svolto anche attraverso l'utilizzo di strumentazione personale del dipendente, richiedendo l'individuazione delle attività che avrebbero dovuto comunque svolgersi in presenza fisica, stante l'indifferibilità e l'urgenza delle stesse.

Nel corso dell'anno 2022 l'ASST Nord Milano si è impegnata a sviluppare l'utilizzo del lavoro agile, in particolare nei confronti dei dipendenti rientranti nelle categorie definite dalla normativa vigente ed in particolare ad assicurarlo ai soggetti "fragili", al fine di:

- favorire un'organizzazione del lavoro volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti, con particolare attenzione alle esigenze di cura familiare;
- sviluppare e diffondere un nuovo modello culturale di organizzazione, orientato al lavoro per obiettivi e risultati, puntando su una nuova modalità lavorativa che incida positivamente in termini di risparmio ma anche di maggiore efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa;
- accrescere il grado di autonomia operativa del personale, sviluppandone la capacità di organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa anche all'esterno dei luoghi aziendali, ampliando le capacità decisionali e il senso di responsabilità;
- aumentare il livello di soddisfazione dei dipendenti generando benessere organizzativo;
- razionalizzare spazi e dotazioni tecnologiche.

Il passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria è stata definita nei passaggi, sia sul recepimento a livello aziendale delle disposizioni normative emesse, sia nella descrizione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), sia degli indicatori di performance. L'approccio che è stato proposto è quello della sua introduzione graduale attraverso l'elaborazione di un programma di sviluppo nell'arco temporale di un triennio.

Un ruolo fondamentale nell'attuazione e nello sviluppo del lavoro agile è stato svolto dai Direttori delle Strutture della ASST Nord Milano, chiamati ad individuare le attività ed il personale coinvolto nel lavoro agile, garantendo equità e non discriminazione nella distribuzione delle attività e nella correlata fase successiva di valutazione. Alla dirigenza è stato richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione sui risultati.

I responsabili di S.C. hanno individuato le attività svolgibili in lavoro agile, rivedendo i processi di lavoro, incentivando la diffusione dell'utilizzo di strumenti informatici e favorendo la dotazione aziendale di strumentazioni tecnologiche che consentono di lavorare da remoto.

Sulla base delle proposte e analisi dei processi raccolti, l'ASST Nord Milano nel prossimo biennio nell'utilizzo del lavoro agile, coinvolgerà - non solo le categorie di personale fragile - ma anche ad altri operatori.

Infine, si precisa che la materia del lavoro agile è stata da ultimo normata nel Titolo VI, Capo I, art. 76 e ss. del CCNL Comparto Sanità del 2/11/2022.

In particolare, l'art. 78, ai fini dell'accesso al lavoro agile, prevede la stipulazione di un accordo individuale con il lavoratore, atto a disciplinare l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori dei locali dell'Azienda. Vengono poi altresì regolati l'articolazione della prestazione in modalità agile e il diritto alla disconnessione (art. 79) e la formazione nel lavoro agile (art. 80).

Inoltre, l'art 6 del sopra richiamato CCNL prevede che, fra gli altri, i "*criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi*" sono oggetto di confronto sindacale.

Vengono di seguito specificati le condizioni abilitanti il lavoro agile, le azioni e gli indicatori:

1) Il Regolamento Aziendale per la Disciplina del Lavoro Agile è stato approvato e deliberato il 27 settembre 2023, con Deliberazione n.780.
2) Numero di accordi individuali stipulati: Il numero di accordi individuali stipulati nell'anno 2023 corrisponde a 97.

Condizioni abilitanti del lavoro agile

- 1 valutare il benessere organizzativo: la S.S. Comunicazione Aziendale, Relazioni Esterne e URP non ha effettuato la rilevazione del benessere organizzativo per situazioni contingenti.

Anche nell'anno 2023, sono stati messi in atto interventi formativi rivolti a tutto il personale per detendere lo stress emotivo e psicologico del personale dipendente, sono stati organizzati corsi di formazione ad hoc. I corsi sono stati apprezzati dal personale e considerati di utile sostegno nella quotidianità.

Attuazione lavoro agile

- Incrementare l'applicazione del lavoro agile alle figure amministrative, professionali e tecniche del settore amministrativo: il numero dei dipendenti che nell'anno 2022 ha utilizzato l'istituto dello smart working corrisponde a 42 dipendenti/400 totali. Mentre nel 2023 il numero corrisponde a 97/400 totali, vi è quindi stato un incremento di 55 unità.
- Misurare la customer satisfaction dei dipendenti: la S.S. Comunicazione Aziendale, Relazioni Esterne e URP ha predisposto un questionario che sarà somministrato ai lavoratori agili nel 2024.

I restanti indicatori relativi alla performance organizzativa riguardanti la diminuzione delle assenze, la riduzione dei costi di straordinario, considerando il numero di dipendenti che hanno usufruito dello smart working non sono stati rilevati, allo stesso modo non è stata fornita la rilevazione degli indicatori riguardanti gli *impatti*.

Piano Triennale delle Azioni Positive anno 2023

AZIONE n.1 FORMAZIONE

- **Primo obiettivo:** favorire la partecipazione dei dipendenti agli eventi formativi aziendali riguardanti tematiche sulla violenza di genere e sulla violenza agita sugli operatori.
- **Azioni:** Realizzare gli interventi formativi specifici interni o esterni ad ASST Nord Milano inseriti nel Piano di Formazione ASST Nord Milano 2023. Target da raggiungere 300 dipendenti.

Rendicontazione: al Corso FAD 2023 dal titolo: "Prevenzione delle Aggressioni"- Responsabile Scientifico, Presidente CUG ASST Nord Milano, hanno completato e superato il corso **461** partecipanti dell'area sanitaria ed alcuni amministrativi, prevalentemente personale delle aree a rischio di aggressioni.

Al Corso in Aula dal titolo: " Strategie per la gestione dell'utente aggressivo", corso rivolto a tutte le professioni delle Strutture/Servizi di PS, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, CUP, Sportelli Scelta e revoca, Portineria, con l'obiettivo specifico di incrementare le competenze tecnico-relazionali nella gestione

dell'utente aggressivo con particolare riferimento alla comunicazione, alla gestione del conflitto e alla de-escalation della violenza hanno concluso il corso in presenza **44** operatori.

I discenti hanno partecipato al corso con impegno e grande interesse. I momenti di confronto, la presentazione di casi reali e le esercitazioni pratiche hanno contribuito all'acquisizione delle competenze relazionali nella prevenzione degli agiti aggressivi.

Al Corso in Aula dal titolo: " Strategie per la gestione dell'utente aggressivo - Refresh", i discenti hanno partecipato con impegno e grande interesse. I momenti di confronto, la presentazione di casi reali e le esercitazioni pratiche hanno contribuito a rafforzare le competenze apprese nel corso base per la prevenzione degli agiti aggressivi.

Tutti i 20 partecipanti hanno superato il test di apprendimento.

- **Secondo obiettivo:** monitorare e verificare le iniziative adottate da parte dai Gruppi di Lavoro Aziendali: Welfare, Smart Working,ecc.
- **Azioni:** mappare lo stato della progettualità in essere e di sviluppo 2023.
- **Soggetti e Uffici coinvolti:** Direzione Strategica ASST Nord Milano, SSD Formazione, SS Comunicazione e SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.
- **Periodo di realizzazione:** anno 2023.
- **Misurazione:** report che descriva le iniziative realizzate nel 2023 da parte dei Gruppi di Lavoro aziendali, gli obiettivi raggiunti e loro ricaduta sul clima e sul benessere aziendale.

Rendicontazione:

1) Gruppo di Lavoro "Prevenzione e gestione degli Agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line". E' stata recepita la relazione elaborata dal Gruppo di Lavoro "Prevenzione e gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line"(vedere Allegato 1). Il Gruppo di Lavoro ha effettuato tre incontri nel 2023. Nell'anno 2023 sono state 91 le aggressioni segnalate in ASST Nord Milano, in particolare, per numerosità: 31 in Pronto Soccorso, 13 in Psichiatria, 7 in Geriatria e 6 in Medicina Interna.
2) Gruppo di Lavoro "Smart Working", coordinato dalla Presidente CUG, ha effettuato un incontro in presenza nel 2023, ha mantenuto un feedback continuo sugli aggiornamenti normativi nazionali tra i componenti del Gruppo ed il Direttore Amministrativo, al fine di garantire la loro applicazione a livello aziendale. E' stato monitorato l'utilizzo del lavoro agile da parte del personale dipendente ASST Nord Milano. Il personale che ha usufruito del lavoro agile nell'anno 2023 è di 97 dipendenti, il numero rispetto all'anno precedente si è incrementato di 55 unità.

Nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione(PIAO) ASST Nord Milano anno 2022-2024, nella sezione 3 - Organizzazione e Capitale umano - al punto 3.2 è descritta l'organizzazione del Lavoro agile a livello aziendale ed i relativi indicatori.

AZIONE n.2 ADOZIONE DI STRATEGIE E/O BUONE PRATICHE PER LA CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E VITA EXTRA-LAVORATIVA

- **Primo obiettivo:** verificare la progettazione di buone pratiche a livello aziendale sia da parte della Mobility Manager, sia da parte degli altri organismi aziendali.
- **Azioni:** mappare le buone pratiche adottate a livello aziendale per favorire la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra-lavorativa. Promuovere l'apertura di uno sportello di ascolto dei dipendenti.

In riferimento all'adozione di strategie e/o buone pratiche per la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra-lavorativa (Azione n. 2), la Mobility manager ASST Nord Milano ha messo a disposizione dei dipendenti le informazioni necessarie per l'agevolazione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto, in particolare in merito agli abbonamenti ATM e ferroviari.

- **Benessere organizzativo**

Anche nel 2023, è stato mantenuto alto il livello di attenzione per monitorare il livello di stress lavoro correlato a livello aziendale, Sono stati mantenuti attivi i corsi di formazione che favoriscono, attraverso l'acquisizione di nuove competenze personali, il benessere individuale, con ricaduta sul benessere organizzativo. I corsi sono stati apprezzati dal personale e considerati di utile sostegno nella quotidianità.

Diverse sono state le iniziative di ONDA ASST Nord Milano.
E' stata rafforzata a livello aziendale una campagna di comunicazione a tutela dei dipendenti, rivolta ai cittadini soprattutto diretta alla prevenzione delle aggressioni sul luogo di lavoro.