

ATTI DEL DIRETTORE GENERALE
DELIBERAZIONE N. 608 del 19/06/2025

OGGETTO:

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2024

PROPONENTE: S.C. CONTROLLO DI GESTIONE
Il Dirigente Responsabile: SALVAGGIO LUCIA
Il Funzionario istruttore: DE SANTIS IRENE

Fascicolo n. 1 - 0 Anno 2025
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 de-finisce 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 2024, n. 132 questa ASST ha approvato il “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) anno 2024-2026”;

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 pubblichi-no 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 13/06/2025 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, come da verbale agli atti, ha validato la relazione annuale sulla Performance anno 2024;

RITENUTO di approvare la relazione annuale sul Piano della Performance di questa ASST quale sezione contenuta nel PIAO, denominato “ Relazione Annuale sulla performance anno 2024”, così come allegato al presente provvedimento e di procedere alla pubblicazione del documento sul sito web aziendale, nell’apposita sezione “Amministrazione trasparente”;

EVIDENZIATO che il presente provvedimento non comporta né oneri di spesa né introiti;

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, allegato al presente provvedimento;

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 2024", allegato parte integrante al presente provvedimento;
- di disporre la pubblicazione della "Relazione annuale della Performance anno 2024" 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. Gestione Operativa - NEXTGENERATIONEU, 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, allegato al presente provvedimento;
- 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

Proposta n° 668 del 16/06/2025

OGGETTO: RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2024

Parere Contabile

Parere: Favorevole

Data: 16/06/2025

Note:

Direttore Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità
Dott.ssa Domenica Luppino

Mastro	Conto	Descrizione	Sez.	Importo	Anno	Da	A

RELATA DI PUBBLICAZIONE

DELIBERAZIONE N. 608 / 2025 DEL 19/06/2025

OGGETTO: RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE ANNO 2024

La presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio sul sito aziendale, come previsto dalle norme vigenti, dal giorno 19/06/2025 al giorno 07/07/2025.



RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2024

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
NORD MILANO

Indice

1. Premessa _____	3
2. L'Azienda _____	3
3. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato _____	11
4. Obiettivi di Performance organizzativa _____	27
5. Valutazione di Performance individuale _____	28
6. Rischi corruttivi e trasparenza _____	28
7. Organizzazione e capitale umano _____	31

1. Premessa

La **ASST Nord Milano** adotta ogni anno il **Piano della Performance**, documento pluriennale che collega la pianificazione strategica con quella operativa, assicurando coerenza tra gli indirizzi istituzionali nazionali e regionali e gli obiettivi aziendali. Questo Piano promuove il miglioramento organizzativo e la trasparenza verso gli stakeholder.

Dal **triennio 2022-2024**, il Piano della Performance è stato integrato nel **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**, introdotto dal D.L. 8 giugno 2021, n.89, convertito nella Legge 6 agosto 2021, n.113, che raccoglie 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** è il contributo che un'organizzazione fornisce per raggiungere i propri obiettivi e rispondere ai bisogni per cui è stata costituita. Nella ASST Nord Milano, misurare e valutare la performance è importante per:

- migliorare i risultati di persone e strutture,
- premiare chi lavora bene,
- ridurre sprechi e inefficienze.

La misurazione aiuta a capire **punti di forza e debolezza**, spingendo al miglioramento continuo. È anche uno strumento utile per **gestire meglio l'organizzazione**, individuare problemi e attuare soluzioni efficaci. Infine, la misurazione della performance serve a informare gli stakeholder su obiettivi, azioni e risultati, migliorare la comunicazione interna, sostenere decisioni e uso efficiente delle risorse, motivare il personale e rafforzare le responsabilità a tutti i livelli.

Le dimensioni su cui si basa la misurazione della performance, all'interno delle quali la Direzione Strategica ha individuato obiettivi di medio-lungo periodo e indicatori annuali da monitorare, sono le seguenti:

- Efficienza
- Processi organizzativi
- Appropriatelyzza e qualità dell'assistenza
- Sviluppo
- Accessibilità e qualità dell'assistenza
- Prevenzione corruzione e trasparenza

2. L'Azienda

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

Strutture ospedaliere

- 2 Presidi Ospedalieri per acuti: P.O. E. Bassini e P.O. Città di Sesto San Giovanni con n. 465 posti letto. Rispondono ai bisogni di salute della popolazione del territorio e offrono servizi specialistici di primo e secondo livello; per 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 (di cui tre all'interno delle case di comunità) che offrono tutte le discipline specialistiche
- 1 Centro di Assistenza Limitata (CAL) con 12 posti tecnici presso il Presidio ospedaliero Sesto San Giovanni

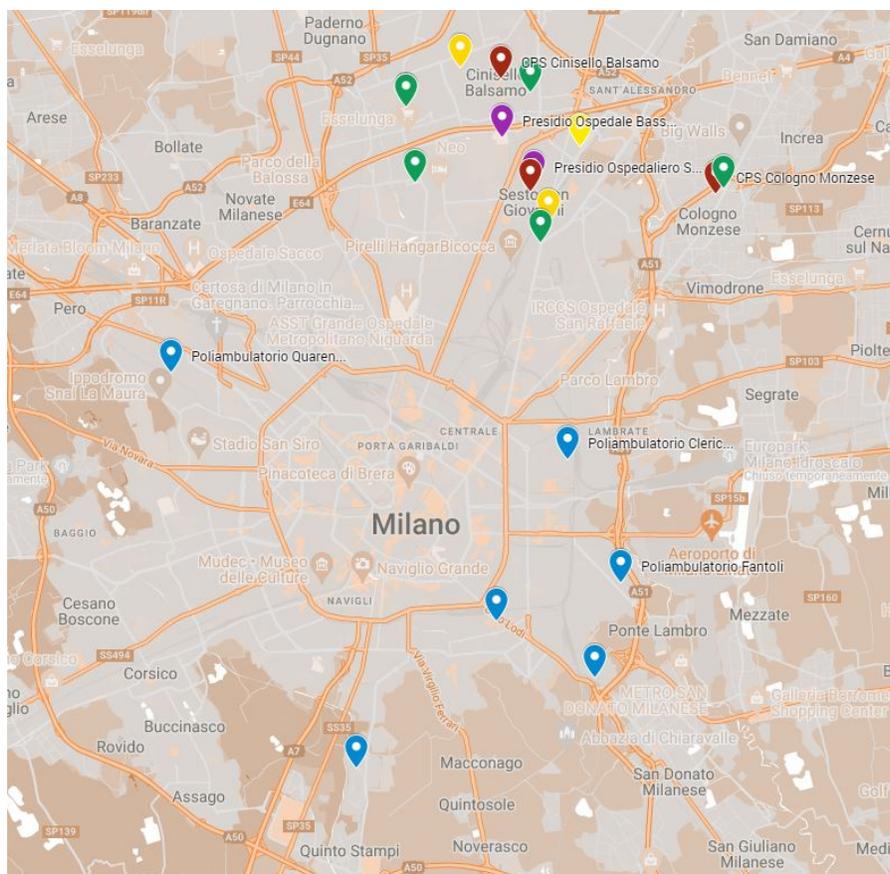
Strutture psichiatriche

- 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 NOA (Nucleo Operativo di Alcologia)
- 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 7 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)
- 1 Ospedale di Comunità (temporaneamente attivato presso il Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni); 1 Ospedale di Comunità e 1 Casa di Comunità (Cormano) i cui lavori saranno avviati nel corso dell'anno 2025/2026.
- 3 Centrali Operative Territoriali (Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo)

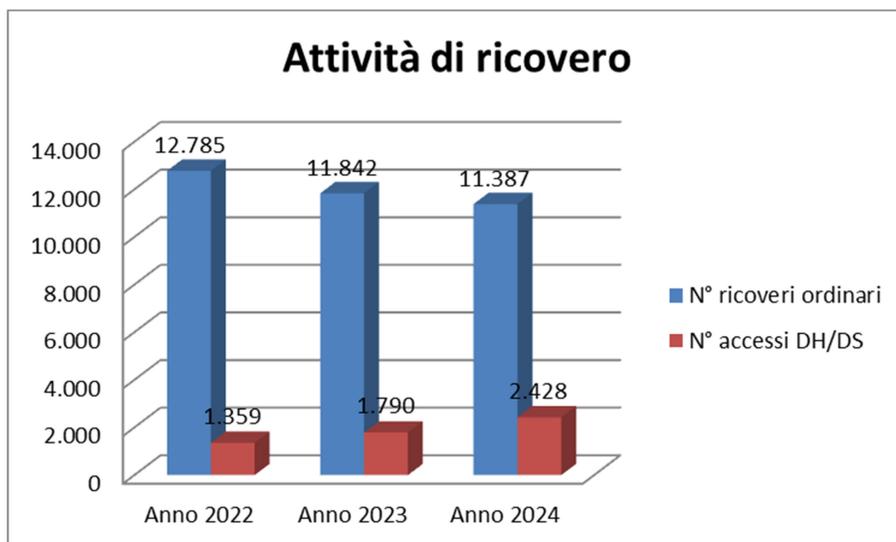


- Presidio Ospedaliero Sesto San Giovanni
- Presidio Ospedale Bassini
- Poliambulatorio Quarenghi
- Poliambulatorio Don Bosco
- Poliambulatorio Monte Palombino
- Poliambulatorio Baroni
- Poliambulatorio Clericetti
- Poliambulatorio Fantoli
- CPS Sesto San Giovanni
- CPS Cinisello Balsamo
- CPS Cologno Monzese
- CD Sesto San Giovanni
- CD Cinisello Balsamo
- CD Marelli
- CD NPI
- Casa di Comunità Bresso
- Casa di Comunità Cusano Milanino
- Casa di Comunità Cinisello Balsamo
- Casa di Comunità Sesto San Giovanni
- Casa di Comunità Cologno Monzese

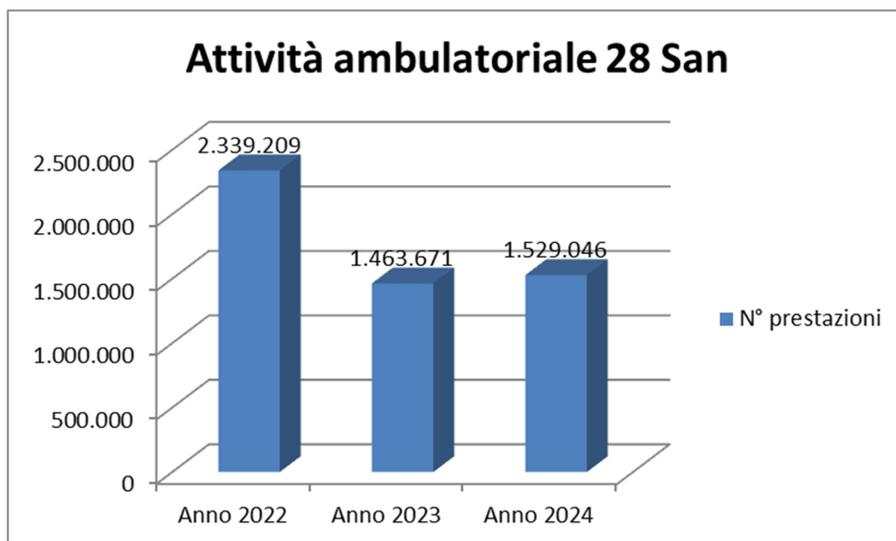
Dati di produzione e risorse umane

Di seguito si riportano i dati di attività dell'azienda e del personale in servizio nel periodo 2022-2024:

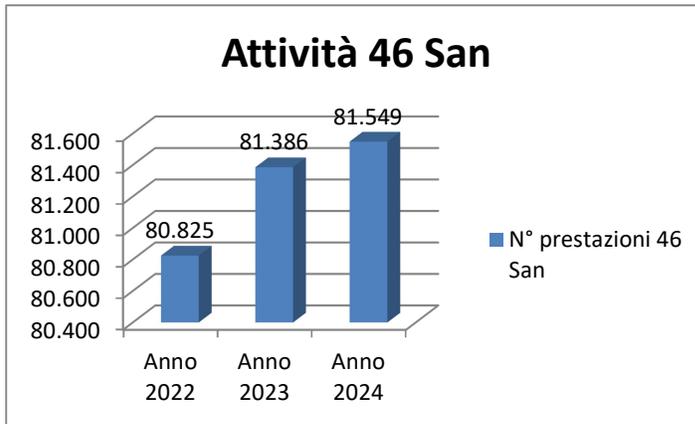
Tipologia di attività	Indicatori	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
<i>Ricoveri Ordinari</i>	N° ricoveri ordinari	12.785	11.842	11.387
	Degenza Media	6,7	6,5	6,7
	DRG medio	3.192	3.225	3.513
	Peso Medio	1,07	1,04	1,1
	% drg medici	54,40%	53,40%	54,70%
	% drg chirurgici	45,60%	46,40%	45,30%
<i>Day Hospital/Day surgery</i>	N° accessi DH/DS	1.359	1.790	2.428
	DRG medio	722	757	1.162
<i>Ambulatoriale</i>	N° prestazioni	2.339.209	1.463.671	1.529.046
	di cui MAC	10.360	9.911	10.988
	di cui BIC	2.306	2.692	2.655
	N° prestazioni 46 San	80.825	81.386	81.549
<i>Pronto Soccorso</i>	n° accessi	59.660	64.189	64.987



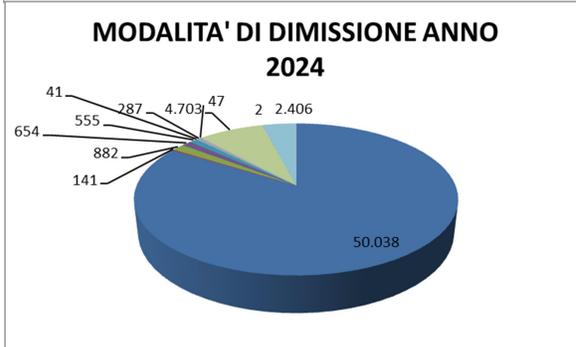
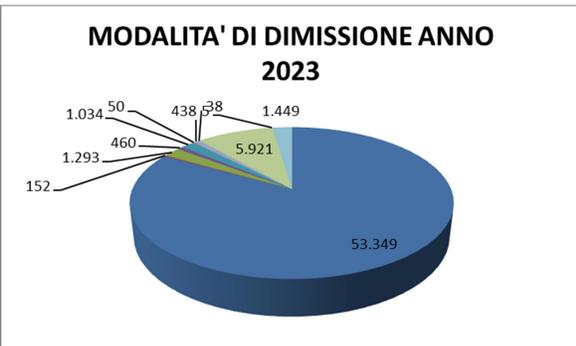
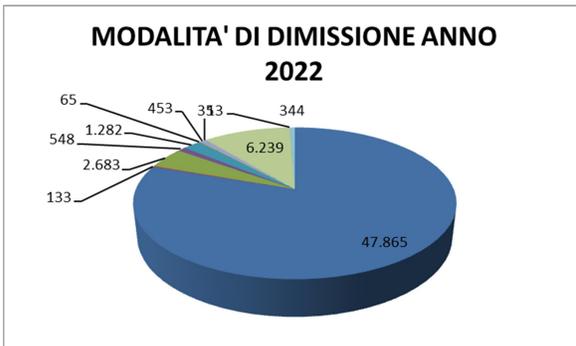
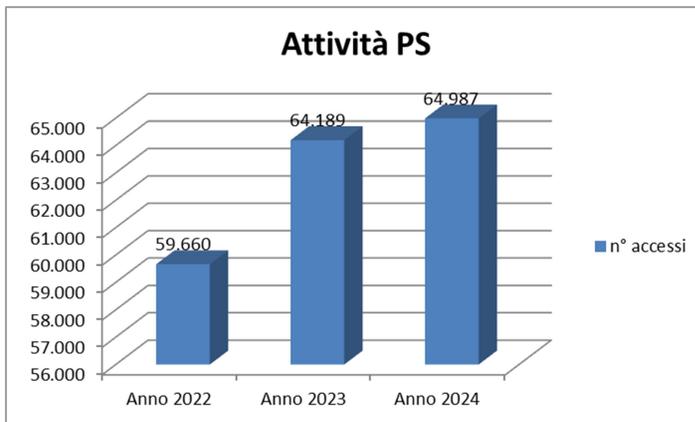
Il passaggio di numerose tipologie di interventi al regime di Day Surgery ha determinato una riduzione dei ricoveri ordinari, a fronte di un aumento della complessità delle procedure eseguite, evidenziato dall'incremento del valore medio del DRG. Il livello di complessità è determinato da un incremento del fatturato nell'area chirurgica in particolare in ortopedia.



Si sottolinea che il numero delle prestazioni ambulatoriali anno 2022 sono al lordo dei poliambulatori ceduti ad altre ASST. L'ASST, con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa, ha implementato nuove strategie operative che hanno consentito di aumentare il numero di prestazioni erogate e di gestire in modo più efficiente le attività ad alta complessità.



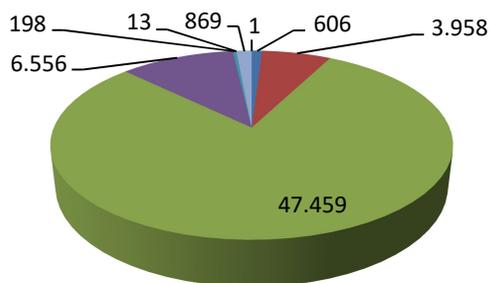
L'attività psichiatrica nel suo complesso, tenendo conto delle varie progettualità, mostra una sostanziale continuità e coerenza nel corso degli anni



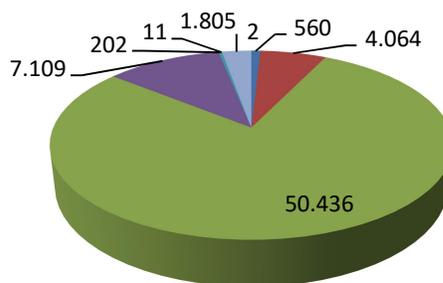
- 22 - A DOMICILIO
- 25 - DECESSO
- 26 - SI ALLONTANA PRIMA DELLA CONCLUSIONE
- 27 - TRASFERIMENTO
- 28 - SI ALLONTANA CONTRO PARERE MEDICO
- 29 - GIUNTO CADAVERE
- 30 - RIFIUTA RICOVERO
- 31 - TSO - TRATTAMENTO SANITARIO OBBL.
- 44 - RICOVERO
- 49 - INVIATO A STRUTTURA AMBULATORIALE
- 53 - SI ALLONTANA PRIMA DELLA VISTA

Anno 2024 aggiornato a novembre 2024

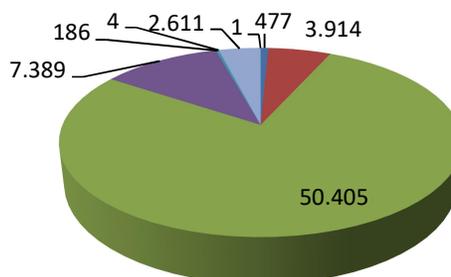
TRIAGE DIMISSIONE ANNO 2022



TRIAGE DIMISSIONE ANNO 2023



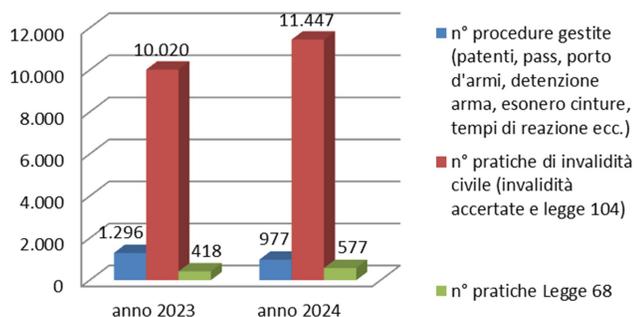
TRIAGE DIMISSIONE ANNO 2024



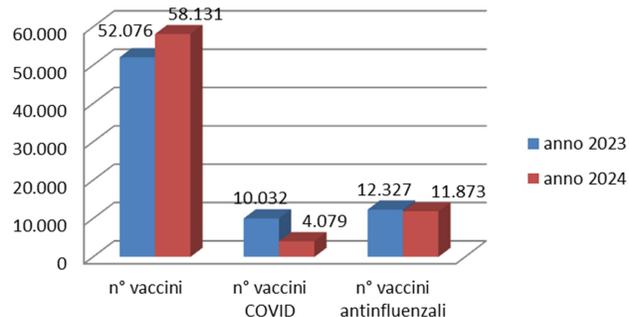
- 1-ROSSO
- 2-GIALLO
- 3-VERDE
- 4-BIANCO
- 5-DECEDUTO
- 6-RIENTRO
- 7-ARANCIO
- 8-NERO

ATTIVITA' TERRITORIALE			
Prestazioni		anno 2023	anno 2024
Medicina Legale	n° procedure gestite (patenti, pass, porto d'armi, detenzione arma, esonero cinture, tempi di reazione ecc.)	1.296	977
	n° pratiche di invalidità civile (invalidità accertate e legge 104)	10.020	11.447
	n° pratiche Legge 68	418	577
Vaccinazioni	n° vaccini	52.076	58.131
	n° vaccini COVID	10.032	4.079
	n° vaccini antinfluenzali	12.327	11.873
ADI	ADI	4.811	6.529

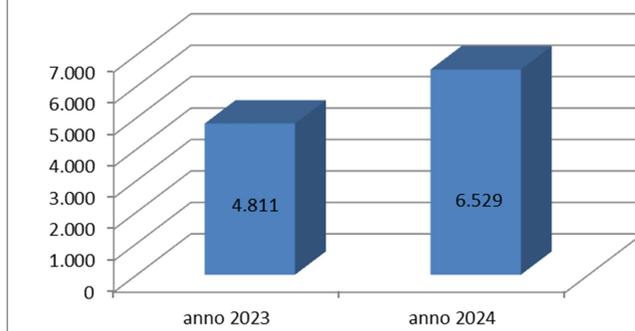
MEDICINA LEGALE



VACCINAZIONI



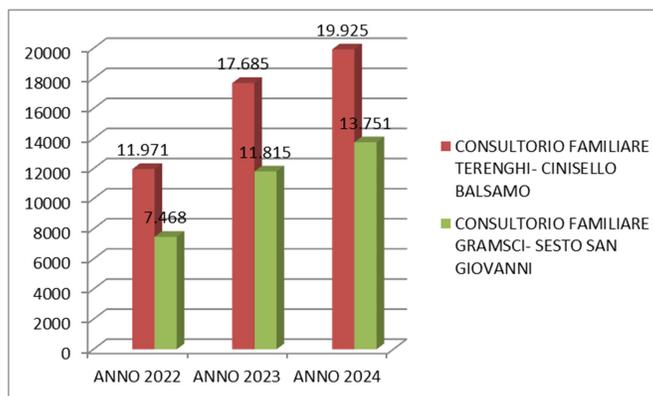
ADI



CONSULTORI FAMILIARI

PRESTAZIONI

	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024
CONSULTORIO FAMILIARE TERENGIHI- CINISELLO BALSAMO	11.971	17.685	19.925
CONSULTORIO FAMILIARE GRAMSCI- SESTO SAN GIOVANNI	7.468	11.815	13.751



L'attività sociosanitaria offerta a livello territoriale ha registrato un progressivo e significativo potenziamento,

sia in termini quantitativi che qualitativi. Questo sviluppo è stato reso possibile dall’impegno congiunto di figure professionali altamente qualificate – psicologi, psichiatri, assistenti sociali, infermieri, ostetriche, educatori e medici specialisti – che operano in sinergia all’interno di una rete sempre più articolata e integrata di servizi. Uno degli esempi più evidenti di questa crescita è rappresentato dai **consultori familiari**, che hanno assunto un ruolo sempre più centrale nella presa in carico della persona in una prospettiva multidimensionale. L’incremento dell’attività territoriale non si è limitato all’ampliamento dell’offerta, ma ha riguardato anche una **maggiore accessibilità**, grazie all’estensione degli orari, all’introduzione di percorsi dedicati e all’abbattimento delle barriere socio-culturali.

DATI RISORSE UMANE		
Personale Aziendale	Anno 2023	Anno 2024
Dirigenti Medici	314	327
Dirigenti Sanitari	47	53
Dirigent amm.vi/professionali/tecnici	19	18
Infermieri	800	802
Ostetriche	37	40
Personale della Riabilitazione	90	114
Assistenti Sanitari	11	8
Tecnici Sanitari	98	99
Assistenti Sociali	27	31
OTA	4	3
Operatori Socio Sanitari	226	290
Operatori Tecnici non Sanitari	94	89
Ausiliari	2	2
Assistenti Religiosi	2	2
Personale della Comunicazione	1	1
Amministrativi	337	359
Sumaisti	223	211
Interinali	25	27
Consulenti	91	116
Universitari	2	1
TOTALE	2.450	2.593

	ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024	
	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA	COMPARTO	DIRIGENZA
CESSATI	212	52	162	51	166	41
ASSUNTI	188	50	148	53	279	57
DELTA	-24	-2	-14	2	113	16

3. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato

L'Azienda, quale soggetto integrato nel sistema regionale si è impegnata nel corso dell'anno 2024 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

		Valore netto al 31/12/2023	Valore netto al 31/12/2024	Variazione
		A	B	(B-A)
	RICAVI			
AOIR01	DRG	42.912.907	45.591.608	2.678.701
AOIR02	Funzioni non tariffate	15.382.021	13.944.502	- 1.437.519
AOIR03	Ambulatoriale	27.754.242	27.855.740	101.498
AOIR04	Neuropsichiatria	978.990	938.237	- 40.753
AOIR05	Screening	489.129	566.205	77.076
AOIR06	Entrate proprie	10.641.602	11.512.614	871.012
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	2.007.225	2.279.478	272.253
AOIR08	Psichiatria	6.607.233	6.449.682	- 157.551
AOIR09	File F	5.726.217	6.758.245	1.032.028
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	4.258.130	989.277	- 3.268.853
AOIR11	Altri contributi da Regione (al lordo delle rettifiche)	31.337.632	74.402.214	43.064.582
AOIR12	Altri contributi (al lordo delle rettifiche)	1.358.795	273.183	- 1.085.612
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	1.854.479	2.217.571	363.092
AOIR15	Prestazioni sanitarie	8.399.721	8.182.512	- 217.209
AOIR90	Rettifiche altri contributi da Regione	14.943	927	- 14.016
AOIR91	Rettifiche altri contributi	422.620	400.838	- 21.782
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	159.270.760	201.559.303	42.288.543
	COSTI			
AOIC01	Personale	115.881.427	120.123.123	4.241.696
AOIC02	IRAP personale dipendente	7.689.109	7.950.202	261.093
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	1.639.703	1.847.807	208.104
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	71.360.888	70.739.472	- 621.416
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	282.119	282.119	-
AOIC06	Altri costi	17.234.420	17.388.793	154.373
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	6.611.850	9.184.285	2.572.435
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	1.486.403	482.347	- 1.004.056
AOIC09	Cure primarie	-	26.252.200	26.252.200
AOIC17	Integrativa e protesica	941.674	942.113	439
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	223.127.593	255.192.461	32.064.868
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	63.856.833	53.633.158	- 10.223.675
	Risultato economico	-	-	-

Obiettivo: attuazione PNRR

Nel corso del 2024, con l'obiettivo di garantire un monitoraggio puntuale e continuo sullo stato di avanzamento delle progettualità previste dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, sono stati organizzati numerosi incontri tecnici e istituzionali. Questi momenti di confronto hanno coinvolto i referenti delle strutture operative direttamente impegnate nella realizzazione degli interventi previsti dal Piano.

Particolare attenzione è stata dedicata al **monitoraggio dei tempi, degli obiettivi e delle milestone** previsti, con l'intento di assicurare il rispetto delle scadenze stabilite e l'effettiva erogazione delle risorse. Durante gli incontri è stato possibile anche aggiornare i dati relativi all'avanzamento fisico e finanziario dei singoli interventi. Di seguito si riportano le date degli incontri, accompagnate da una sintesi delle principali attività svolte:

- 01/03/2024: incontro per controllo stato di avanzamento rendicontazione
- 18/04/2024: incontro per controllo stato di avanzamento rendicontazione a seguito dell'incontro tenutosi in data 16 aprile con i Referenti di Regione Lombardia, e aggiornamento autocertificazioni
- 28/05/2024: incontro per controllo stato di avanzamento rendicontazione e condivisione richiesta di rimodulazione delle economie
- 04/07/2024: incontro definizione rendicontazione regolarità amministrativo-contabile
- 20/09/2024: incontro per controllo stato di avanzamento rendicontazione e aggiornamento della tabella di monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti e dell'utilizzo dei fondi
- 16/10/2024: incontro per controllo stato di avanzamento rendicontazione in Regis delle progettualità PNRR
- 28/11/2024: incontro con i Referenti Regionale per le Grandi Apparecchiature a proposito dello stato di attuazione degli interventi ed eventuali criticità
- 12/12/2024: incontro per controllo stato di avanzamento rendicontazione in Regis e previsione di chiusura delle rendicontazioni delle COT e Grandi Apparecchiature come previsto dai Target

Tra le diverse attività svolte nel corso del periodo di riferimento, si ricordano in particolare i provvedimenti assunti in relazione all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):

- Fornitura di veneziane compresa posa in opera e installazione occorrenti alla Casa di Comunità di Via Terenghi - Cinisello Balsamo dell'ASST Nord Milano CIG B0B9C408E2 - CUP E77H21013680006 – determinazione n. 222 del 18 marzo 2024;
- Fornitura di un bancone accettazione occorrente alla nuova Casa di Comunità di via Terenghi 2 - CIG A047EB47EC CUP E77H21013680006 – determinazione n. 47 del 23 gennaio 2024.
- Assistenza domiciliare - adesione alla convenzione ARCA_2019_026 per la fornitura di ecotomografi portatili – lotto 6– deliberazione n. 496 del 8 maggio 2024;
- Presa d'atto dello schema di convenzione tra Asst NordMilano e Aria S.P.A., per i servizi di supporto tecnico-operativo specialistico e metodologico per investimento PNRR M6C2 1.1.1 ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (digitalizzazione dea I e II livello) e approvazione della proposta economica di Aria S.P.A., pari all'importo complessivo di € 446.038,99 iva (22%) inclusa, relativa ai servizi di supporto alle progettualità – cup PO SSG E49J22001420005 – CUP P.O. E. Bassini

E79J22001290005 - CIG Aria 912487550f - CIG Aria 997649936b– deliberazione n. 655 del 20 giugno 2024.

- Affidamento dei servizi professionali per attività di migrazione dati a valere su fondi previsti dall'avviso piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 1 - componente 1 investimento 1.1 "infrastrutture digitali" e investimento 1.2 "abilitazione al cloud per le PA locali" ASL/AO - marzo 2023 (per brevità, a seguire, bando "multimisura") - applicativo @KROPOLIS – CUP E41C22001920006 CIG n. B1C133DA62 – deliberazione n. 452 del 28 maggio 2024
- Adesione all'Accordo Quadro per la fornitura di Ortopantomografi e MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata), servizi connessi, dispositivi e servizi opzionali per le Pubbliche Amministrazioni" – stipulato da Consip S.p.A. per l'acquisto di n.1 Ortopantomografo 3D/ Cone Beam CT, occorrente alla ASST Nord Milano– deliberazione n. 945 del 2 ottobre 2024;
- Acquisto dispositivi opzionali aggiuntivi necessari per implementare l'attività diagnostica dell'apparecchiature di Risonanza Magnetica, acquistata con deliberazione n. 873 del 27/10/2023– deliberazione n. 1009 del 24 ottobre 2024;
- Realizzazione progetto "GULLIVER – VEDERE L'INVISIBILE", consistente in un laboratorio pratico sul tema della disinfezione delle mani per incidere sul comportamento degli operatori sanitari e sensibilizzarli sul tema della prevenzione delle ICA, tramite procedura di affidamento diretto, esperita su piattaforma telematica di Regione Lombardia denominata Sintel– deliberazione n. 1117 del 22 novembre 2024;
- Aggiudicazione appalto specifico indetto nell'ambito dell'Accordo Quadro Sanità Digitale – Servizi Clinico Assistenziali - avente ad oggetto la prestazione di servizi applicativi per le Pubbliche Amministrazioni - ID 2202 – lotto 1 cartella clinica elettronica – nord – deliberazione n. 1293 del 30 dicembre 2024.

Obiettivo: nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dei LEA

Di seguito si riportano le azioni messe in atto dalla ASST Nord Milano per il conseguimento dei target previsti nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

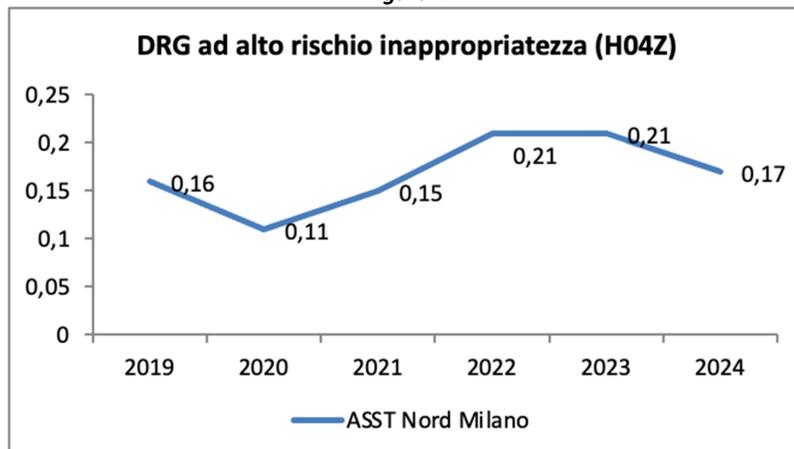
1.1 Ricoveri ad alto rischio inappropriata (H04Z)

Indicatore: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario.

Target <0.15

L'indicatore mostra un chiaro trend di miglioramento rispetto agli anni precedenti, passando da 0,21 nel 2023 a 0,17 nel 2024, al netto della flessione osservata durante il periodo pandemico (figura 1). Nel corso del 2025, sono state effettuate analisi sui dati che registrano una percentuale di ricoveri brevi potenzialmente inappropriati per le specialità chirurgiche. Sono già state avviate con ottimi risultati le azioni di miglioramento tese a ridisegnare i percorsi che garantiscano l'appropriatezza dei ricoveri brevi. In particolare, è stato avviato l'accreditamento di un posto letto di day surgery nella specialità di otorinolaringoiatria, con l'obiettivo di assicurare l'appropriatezza dei ricoveri brevi e ottimizzare i percorsi di cura.

Figura 1



Fonte dati: Elaborazione su dati Tableau (estrazione 24/03/2025)

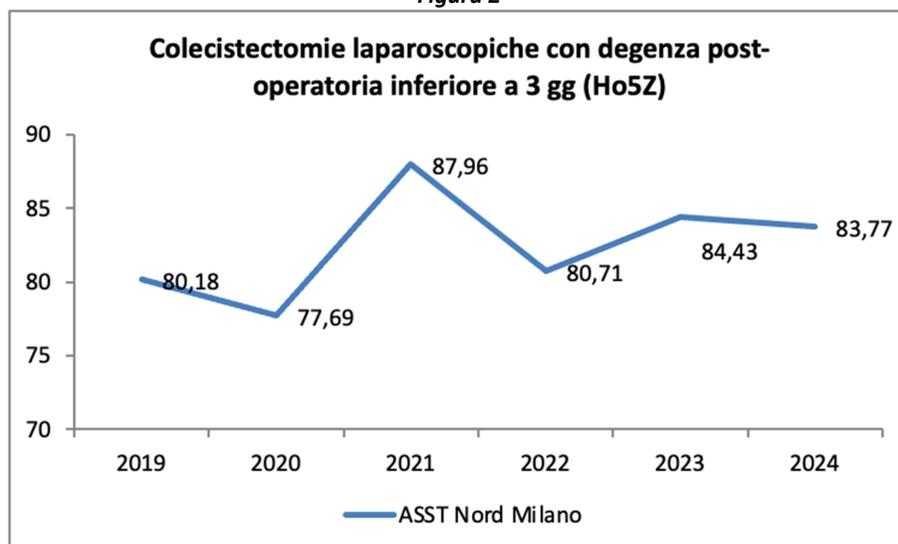
Colecistectomie Laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni (H05Z)

Indicatore: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

Target: $\geq 90\%$

Nel corso del 2024 sono state adottate azioni di monitoraggio e di analisi del dato dei reparti di chirurgia. E' stata riscontrata una rilevante presenza di ricoveri programmati di degenza breve che sono stati analizzati. In linea con la popolazione residente nel territorio, è stata riscontrata la presenza di pazienti anziani e di pazienti con complicanze che richiedono una degenza post operatoria di osservazione più lunga. La ASST Nord Milano mira a garantire una gestione più appropriata di questa casistica, rivolta a un miglioramento continuo dell'indicatore, obiettivo che sta già dando risultati positivi, come dimostra il fatto che l'indicatore si attesta sopra la media regionale (82,87 riportato in figura 2).

Figura 2



Fonte dati: Elaborazione su dati Tableau (estrazione 24/03/2025)

1.2 Pazienti over 65 con frattura del femore operati entro due giorni (H13C)

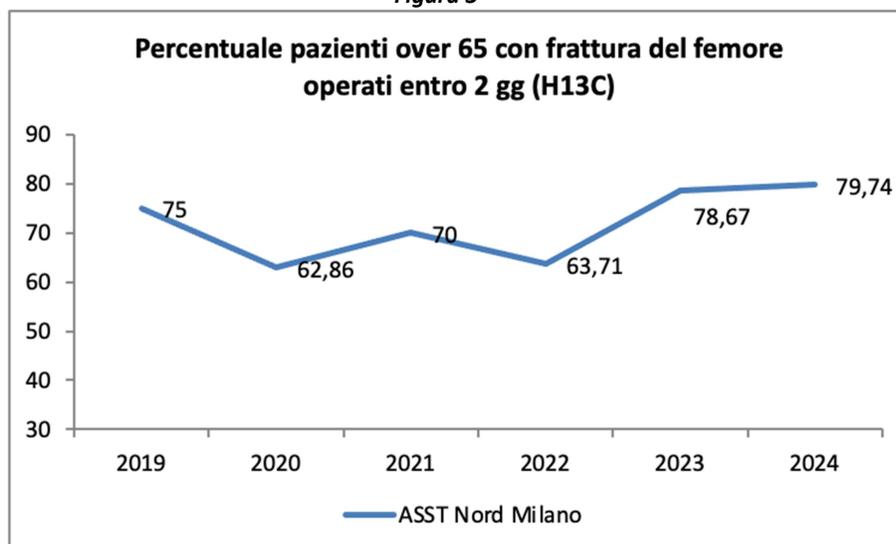
Indicatore: Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.

Target: $\geq 80\%$

Obiettivo: raggiunto

L'obiettivo risulta raggiunto con l'indicatore che si attesta al 79.74%. Questo dato risulta positivo sia in termini di confronto con la media regionale (71,93%), sia per il trend di evidente miglioramento rispetto agli anni precedenti (figura 3). Il trattamento tempestivo delle fratture del femore è reso possibile grazie alla collaborazione tra i reparti coinvolti che consente di ridurre il rischio di complicanze post-operatorie nei pazienti anziani, favorendo nello stesso tempo un recupero funzionale più rapido ed efficace.

Figura 3



Fonte dati: Elaborazione su dati Tableau (estrazione 24/03/2025)

Obiettivo: abbattimento delle liste di attesa 2024

Di seguito si presentano le azioni intraprese dalla ASST Nord Milano per il raggiungimento dei target assegnati in merito alla riduzione delle liste di attesa, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'accessibilità dei servizi erogati.

1.3 Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle liste di attesa

Indicatore: Rapporto tra il numero di appuntamenti prenotati e vs volume target

Target 117.656 prenotazioni

Obiettivo: non valutabile

Nel corso del 2024 sono state rilevate delle criticità di natura informatica, tuttora in corso di approfondimento, che hanno inciso considerevolmente sulla capacità della ASST di notificare correttamente alla rete regionale gli appuntamenti prenotati. Nonostante ripetuti solleciti indirizzati al fornitore per ottenere una risoluzione tempestiva delle criticità, la mancanza di immediata analisi della problematica ha comportato una importante e significativa sottostima dei dati da parte degli applicativi di monitoraggio utilizzati da Regione Lombardia (portale Tableau) rispetto alle effettive prenotazioni prese in carico da parte dell'ASST Nord-Milano.

Le prenotazioni rilevate su Tableau risultano infatti inferiori del 38,2% rispetto a quelle rilevate dall'applicativo aziendale, tenendo conto dei criteri di inclusione previsti dall'indicatore. Guardando alle prenotazioni estratte dall'applicativo aziendale (coerenti con quanto erogato e riportato nel flusso ex-28 San) l'azienda supera il volume complessivo di prenotazioni del 4,3%, attestandosi a 122.622 prenotazioni gestite nel periodo aprile – dicembre 2024

1.4 Raggiungimento del 60% degli slot dei primi accessi delle agende prenotabili per le prestazioni di cui all.1, prenotati dai canali esterni dell'RRP

Indicatore: Rapporto tra prenotazioni effettuate da canali esterni vs totale prenotazioni effettuate dall'RRP (canali esterni ed interni)

Target: 60%

Obiettivo: raggiunto

Nell'annualità 2024 l'ASST Nord-Milano ha visto prenotati dalla Rete Regionale di Prenotazione il 63,9% delle prenotazioni totali effettuate sulle agende aziendali, a fronte di un obiettivo fissato per il 60%. L'ASST Nord-Milano ha quindi raggiunto l'obiettivo.

	TARGET	ASST NORD MILANO
Prenotazioni da canali esterni	60%	63,9%

1.5 Raggiungimento obiettivo DEM

Indicatore: Prescrizione DEM in stato di blocco maggiore del 98% in cui in stato erogato maggiore dell'80%

Target:

DEM in stato di blocco maggiore del 98%

DEM in stato erogato maggiore del 80%

Obiettivo: non valutabile

Il raggiungimento dell'obiettivo è influenzato dalle criticità informatiche evidenziate al punto 1.3

Periodo	Obiettivi	
	% NRE Erogato Chiuso	% NRE Bloccato
Anno 2024	45,20%	88,70%

1.6 Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata

Indicatore: prescrizioni effettuate in DEM vs prescrizioni prescrivibili in DEM

Target: 90%

Obiettivo: raggiunto

Nel corso del 2024 l'Asst Nord Milano ha realizzato iniziative per sensibilizzare tutti gli specialisti ospedalieri all'uso della ricetta dematerializzata DEM. Sono stati effettuati monitoraggi bimestrali e realizzati corsi di formazione mirati, con il coinvolgimento della SC Sistemi Informativi, la quale ha fornito supporto tecnico e operativo, in modo da consentire a tutti gli specialisti ospedalieri di acquisire le competenze per utilizzare correttamente a DEM. Grazie alle azioni intraprese, l'ASST Nord Milano, nel corso dell'anno, ha registrato un significativo incremento dell'uso della DEM, dimostrando l'efficacia delle misure adottate.

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. L'attuale modello organizzativo della ASST Nord Milano prevede la copertura dei turni di Pronto Soccorso da parte di internisti e chirurghi in risposta alle necessità emergenziali.

Per il raggiungimento dell'obiettivo, nel 2024 la Direzione Strategica di ASST Nord Milano è dovuta intervenire, modificandola, sull'organizzazione preesistente; ha proposto, pertanto, l'integrazione al proprio POAS e richiesto la costituzione di un nuovo Dipartimento di Emergenza-Urgenza e di una nuova Struttura Complessa di Pronto Soccorso alla quale far afferire le due Strutture Semplici di Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Cinisello Balsamo e del Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni. Il modello di ASST Nord Milano, in entrambi i Presidi Ospedalieri, era caratterizzato da due Strutture Semplici di Pronto Soccorso inserite nel contesto delle due Strutture Complesse di Medicina Generale, afferenti al Dipartimento di Area Medica. Tale modello organizzativo prevedeva quindi la rotazione in Pronto Soccorso di Medici Internisti e di Medici della Chirurgia Generale. Non era presente una dotazione organica propria di Pronto Soccorso con Medici Urgentisti dedicati ai quali poter proporre un completamento delle proprie attività con quelle territoriali della AAT di riferimento, bensì solo internisti dedicati anche alle attività di PS in aggiunta alle attività prevalentemente esercitate nel Dipartimento di Area Medica.

A seguito dell'approvazione da parte di DG Welfare del POAS proposto, è stata ottenuta l'autorizzazione a bandire la Struttura Complessa di Pronto Soccorso e il concorso è attualmente in corso di svolgimento.

Nel corso del 2024, in linea con le indicazioni regionali, sono stati attivati gli ambulatori "codici minori" nei Pronto Soccorso dei presidi aziendali Ospedale Bassini e Ospedale di SSG, considerata l'elevata percentuale di pazienti che si presentano con problematiche a minore complessità (i codici 4-5 rappresentano l'83% degli accessi di PS). Le modalità organizzativa è stata differente nei due presidi ospedalieri.

PRESIDIO OSPEDALIERO "E. BASSINI" Cinisello Balsamo

Presso l'ospedale Bassini è stata implementata la presenza di un medico che opera dalle ore 10 alle ore 17 in aggiunta al medico internista titolare del turno, dapprima diurno e successivamente pomeridiano, con il compito di dedicarsi prevalentemente ai codici minori. Attualmente l'ambulatorio codici minori è quindi garantito dal lunedì al venerdì, mentre per i fine settimana sono stati reclutati medici libero professionisti dalla graduatoria AREU e si è provveduto a istituire l'ambulatorio dalle 10-16 nel maggior numero di fine settimana e festivi in base alle disponibilità dei medici reclutati.

PRESIDIO OSPEDALIERO "OSPEDALE CITTA' DI SESTO SAN GIOVANNI"

Presso l'Ospedale di SSG il percorso di integrazione di nuove figure professionali reclutate dal bando AREU come libero professionisti dedicati è iniziato nel secondo semestre del 2024.

Nell'anno 2025 è garantita una copertura della turnistica con personale libero professionista per un minimo di 4 ore diurne nella maggior parte delle giornate, raggiungendo circa l'80% dei turni necessari.

Negli ultimi mesi, un'analisi approfondita degli accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale Bassini ha rivelato un miglioramento nei tempi di attesa per i codici minori. Questo dato rappresenta un passo avanti importante nella gestione dei flussi di pazienti e nella qualità del servizio offerto.

Tab.1 Codici bianchi – Tempo medio – PO Bassini

Anno	Accessi totali	Tempo medio transito(H)
2023	1.580	2,9
2024	2.857	2,0

I codici minori sono storicamente soggetti a lunghe attese. Grazie all'implementazione di questa nuova strategia organizzativa, l'ospedale è riuscito a ridurre i tempi di attesa, garantendo una risposta più rapida ed efficace. Tra le misure adottate, si segnalano, oltre all'attivazione dell'ambulatorio "codici minori", anche l'ottimizzazione del triage, che consente di classificare i pazienti più rapidamente in base alla gravità delle condizioni di presentazione. Questo allevia il carico di lavoro del personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso, permettendo loro di concentrarsi maggiormente sui pazienti che richiedono attenzione immediata. Inoltre presso le sale di attesa dei PS è attivo il servizio di caring nurse. La presenza di un infermiere garantisce il collegamento con le aree di cura, orientando e agevolando la relazione e la comunicazione con pazienti e familiari. La continua valutazione e revisione dei processi interni rimane essenziale per mantenere questo trend positivo e garantire che tutti i pazienti ricevano il trattamento adeguato nel minor tempo possibile.

In sintesi, il 2024 ha rappresentato un anno di transizione e sviluppo per entrambi gli ospedali, con modelli organizzativi leggermente diversi ma complementari.

Sarà impegno della ASST Nord Milano monitorare i progressi di entrambe le strutture nel corso del 2025 per garantire un'assistenza ottimale ai pazienti che accedono ai Pronto Soccorso.

Obiettivo: Attività di donazione di organi e tessuti

I dati relativi all'anno 2024, suddivisi per trimestre, sono riportati di seguito:

OBIETTIVI	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE	4° TRIMESTRE	NOTE
Rapporto CAM/n° totale decessi neuro >15%	1 su 3 decessi = 33%	1 su 2 decessi = 50%	0 su 2 decessi = 0%	1 su 2 decessi = 50%	dato medio annuale: 3/9 33%
Rapporto CAM/totale decessi neuro TI>40%	1 soggetto sottoposto ad accertamento su 1 decesso= 100%	1 soggetto sottoposto ad accertamento su 1 decesso= 100%	non si sono verificati decessi per lesioni cerebrali nei reparti	1 soggetto sottoposto ad accertamento su 1 decesso= 100%	dato medio annuale: 3/3 100%
Rapporto donazioni multitessuto/totale decessi <65 anni >2%	3 donazione su 4 decessi= 75%	2 donazione su 6 decessi =33%	2 donazione su 6 decessi =33%	2 donazioni su 17 decessi = 0%	dato medio annuale: 7/33 21%
Rapporto donazioni cornee/totale decessi>10%	29 donatori su 97 decessi = 30%	37 donatori su 95 decessi = 39%	25 donatori su 92 decessi = 26%	36 donatori su 120 decessi = 30%	dato medio annuale: 127/404 31%

Come si evince dai dati raccolti, l'obiettivo – articolato nei diversi indicatori previsti – risulta raggiunto

Obiettivo: Prevenzione-screening

L'ASST ha attivato una serie di azioni mirate al raggiungimento degli obiettivi specifici nella sfera della prevenzione. Queste azioni si articolano in vari livelli di intervento, ciascuno finalizzato a ottimizzare i risultati in termini di salute pubblica. Di seguito sono riportati i livelli di raggiungimento per ciascun obiettivo.

Attuazione PNRR – CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE

Obiettivo – raggiunto

In merito alla Missione 6 componente 2 Sub investimento 2.2. B - Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario - Corso di Formazione in Infezioni Ospedaliere, sono state messe in atto tutte le attività per garantire l'effettuazione del Corso FAD MODULO A (PNRR - M6C2 2.2 B) - Regione Lombardia. Si è concluso il primo step relativo al Progetto ICA- PNRR. Per il Corso FAD Modulo A, ASST Nord Milano ha raggiunto l'obiettivo rimodulato, assegnato da Regione Lombardia ed ha superato in modo significativo il numero dei partecipanti che hanno superato positivamente il test finale.

I corsi relativi ai moduli B e C sono stati regolarmente accreditati. In data 19 febbraio 2025, è stata trasmessa una nota a Regione Lombardia contenente l'aggiornamento richiesto secondo modalità e tempi definiti da Regione.

Il personale che ha completato i corsi a fine febbraio è così suddiviso:

- 277 dipendenti hanno completato 4 Corsi;
- 396 dipendenti hanno completato 3 Corsi;
- 287 dipendenti hanno completato 2 Corsi;
- 516 dipendenti hanno completato 1 Corso.

Entro la fine del 2025, nel rispetto delle indicazioni regionali, la formazione del personale (900 dipendenti) troverà completa realizzazione.

Screening HCV

Obiettivo – raggiunto

	ASST NORD MILANO	Media regionale
Copertura TEST HCV	15,7	21,6
Adesione TEST HCV	37,3	38,4

L'obiettivo è stato raggiunto in quanto, come da indicazioni regionali, la percentuale di copertura risulta essere superiore alla metà della media regionale.

Screening Oncologici

Obiettivo – parzialmente raggiunto

	ASST NORD MILANO	target	estensione inviti ASST NORD MILANO	target estensioni
Mammella copertura (età 50-69)	38%	>= 60%	92%	95%
Colon retto copertura (età 50-69)	33%	>=50%	93%	95%
Cervice uterina (età 25-29) estensioni			93%	95%
Cervice uterina (età 46-64) estensioni			54%	95%

I livelli di copertura raggiunti nel corso del 2024 sono in miglioramento rispetto all'anno precedente.

In particolare si evidenzia, sull'estensione inviti, un livello di raggiungimento superiore al 90% per quasi tutte le tipologie di screening.

Vaccinazioni – Coperture vaccinali LEA

Obiettivo – parzialmente raggiunto

Si riportano di seguito le coperture vaccinali LEA.

Nati nel 2022	Esavalente dose 3	Menc dose 1	MPR dose 1	PC dose 3
ASST NORD MILANO	97,5	95,8	97,6	95,3

Per la coorte del 2022 è stato raggiunto e superato il target del 95%. Per le coorti del 2008, 2017,2012 si evidenzia che la copertura raggiunta nel 2024 risulta essere superiore sia alla media regionale sia a quanto realizzato nell'anno precedente.

Nati nel 2008	Menacwy	Pol dose 5
ASST NORD MILANO	91,0	90,4
media regionale	88,2	88,5
anno precedente	87,8	87,5

Nati nel 2017	MPR dose 2	Polio/DT Pa dose 4
ASST NORD MILANO	95,3	94,3
anno precedente		91,1

Nati nel 2012	HPV dose 2	MEN ACWY
ASST NORD MILANO	78,9	88,4
media regionale	77,6	85,8
anno precedente	72,5	88,0

L'ASST Nord Milano nell'ambito della campagna vaccinale promossa nel mese di Novembre da Regione Lombardia, con la collaborazione della Protezione Civile regionale, ha gestito direttamente l'iniziativa somministrando alla popolazione vaccini antinfluenzali nella tenda allestita in Piazza Duca D'Aosta nelle date del 5 e 21 novembre. I risultati relativi agli over 65 sono confortanti rispetto alla media regionale che supera di poco il 52%. L'ASST Nord Milano inoltre sta lavorando per sensibilizzare e quindi incrementare la percentuale dei dipendenti sanitari che non hanno effettuato la vaccinazione.

	ottobre- febbraio	target
Influenza over 65	53,58	75%
Media regionale	52,26	

	platea	vaccinati	% raggiungi mento	target
Vaccinazione antinfluenzale sanitari	2461	555	23%	50%

Flusso EVVAI ricoveri e EVVAI PS

Obiettivo – raggiunto

L'ASST Nord Milano nel mese di ottobre raggiunge l'obiettivo FLUSSO EVVAI RICOVERI con una percentuale pari al 98%, mentre nel mese di novembre il raggiungimento dell'obiettivo Flusso EVVAI PS è pari al 94%.

Flusso MICROBIO

Obiettivo - raggiunto

Viene trasmesso regolarmente e quotidianamente il flusso MICROBIO, come da indicazioni regionali.

PANFLU esercitazioni

Obiettivo – raggiunto

In data 10 dicembre 2024 è **stata effettuata presso la ASST nord Milano una esercitazione** a cui hanno partecipato ATS della Città Metropolitana di Milano e la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

La finalità dell'esercizio di simulazione è stata quella di valutare la preparazione e i meccanismi in risposta a una minaccia emergente alla salute pubblica sul territorio. L'esercizio ha offerto l'opportunità di testare le azioni messe in atto dagli Enti coinvolti durante un peggioramento della situazione epidemiologica all'interno di una fase di allerta, la comunicazione intra e inter aziendale e identificare aree di miglioramento.

PANFLU compilazione SASHA

Obiettivo – raggiunto

Il portale viene alimentato come da indicazioni regionali

MEDICINA LEGALE

Obiettivo – raggiunto

Relativamente alle 353 procedure urgenti trattate nel IV trimestre 2024 i tempi di attesa, dal momento di presentazione della domanda all'invio ad INPS, **risultano di 11 giorni**, rispettando il limite massimo stabilito a 15 giorni richiesto per le pratiche L.80 urgenti.

PROMOZIONE DELLA SALUTE WHP

Obiettivo – raggiunto

I Presidi Ospedalieri e i Distretti della ASST Nord Milano **hanno aderito alla rete WHP**, confermando il raggiungimento dell'obiettivo. (100% poli ospedalieri e 50% distretti).

Obiettivo: Trasparenza

Nel corso dell'anno 2024, in merito alla trasparenza, ai sensi di quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2023, fortemente orientato ad una maggiore semplificazione e digitalizzazione in materia di contratti pubblici, sono state implementate a livello aziendale le 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.

Nell'anno 2024 è stato inoltre effettuato il monitoraggio circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione a carico delle strutture aziendali.

Il monitoraggio, consistito anche in un contraddittorio con le Strutture interessate, è stato funzionale pure all'attività di certificazione del Nucleo di Valutazione, alla luce della deliberazione ANAC 23 aprile 2024, n. 213. Al riguardo, si rappresenta che a seguito delle sedute del 1 luglio 2024 e del 9 ottobre 2024, il Nucleo ha

attestato il conforme totale rispetto degli obblighi di pubblicazione da parte dell'Azienda, con particolare riferimento al disposto della predetta deliberazione ANAC n. 213/2024.

Il RPCT, come previsto nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024/2026, ha effettuato il monitoraggio in punto 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 costituito dal registro degli accessi, pubblicato sul sito.

Obiettivo: Tempi di pagamento

Obiettivo – raggiunto

L'indicatore di tempestività dei pagamenti riferito all'anno 2024 è pari a -31,15, mentre il numero dei giorni di pagamento medio si attesta a 29.

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

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso 2024	Anno 2024	% di raggiungimento	
PERFORMANCE DELL'UTENTE	Piano per le liste di attesa 2024	rispetto indicazioni di RL	SI	FATTO	100%	
	Attività ambulatoriale: valore di produzione secondo le indicazioni di RL	fatturato ambulatoriale	100%	FATTO	100%	
	Attività di ricovero: valore di produzione secondo le indicazioni di RL	fatturato ricoveri	100%	FATTO	100%	
	Gestione paziente in Pronto Soccorso: il tempo di permanenza 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%	95%	100%	
	Gestione pazienti in dimissione protetta da reparto e Pronto Soccorso	n° richieste prese in carico/n° totale richieste appropriate	30%	100%	100%	
	Riduzione ricoveri ad alto rischio di inapproprietezza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	<0,15	0,17	98%	
	Rispetto tempi di degenza per colecistectomie laparoscopiche	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3 gg	>=90%	84%	93%	
	Rispetto tempo di intervento per paziente con età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore	% di pz di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario	>80%	80%	100%	
	Rispetto dei tempi di attesa per il counselling e le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali	rispetto indicazioni di RL	15gg		100%	
	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	ODC Cologno Monzese-avvio lavori Cormano	FATTO	100%	
	Nuovo sitoweb	Utilizzo nuovo sito	messa a regime	FATTO	100%	
	Attività di screening	Rispetto indicazioni di RL/ATS	SI	FATTO	100%	
	Rispetto delle coperture vaccinali LEA		Esavalente dose 3 (2021): >=95% a 24 mesi dalla nascita	>=95%	97%	100%
			Men C dose 1 (2021): >=95%	>=95%	97%	100%
			MPR dose 1 (2021): >=95%	>=95%	97%	100%
			PC dose 3 (2021): >=95%	>=95%	95%	100%
	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	3 3	6 6	100%	
	Messa a regime progetto DAMA	n° pazienti presi in carico su n° pazienti segnalati	80%	100%	100%	
	Adozione nuovo flusso informativo sui consultori familiari	Rispetto indicazioni di RL	SI	FATTO	100%	
	Distretti: mappare le richieste del territorio e riorientare i servizi all'interno del proprio distretto	Relazione	entro il 31/07/2024 entro il 31/01/2025	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	>=40%	26%	65%	
	Area Assistenza domiciliare: Aumento tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti, >= 65 anni	n° pz assistiti a domicilio (età>=65 anni)/1000 residenti	5%	33%	100%	
	Promozione della salute: realizzazione azioni WHP	n° azioni	almeno 8 azioni	10	100%	

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso 2024	Anno 2024	% di raggiungimento
PERFORMANCE DEI PROCESSI INTERNI	Attivazione Cartella Clinica Elettronica	n° reparti con cartella elettronica/n° reparti	30%	100%	100%
	Aggiornamento delle procedure PAC in relazione al contesto normativo e gestionale: - area disponibilità liquide	pubblicazione	entro il 31/12/2024	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%	SI 79,91%	100%
	Attivazione nuovo nomenclatore tariffario	rispetto indicazioni di RL	SI	FATTO	100%
	Risclassificazione dei laboratori clinici aziendali	rispetto requisiti	entro il 31/08/2024 requisiti minimi specifici organizzativi	FATTO	100%
	Corsi di formazione correlati all'assistenza in ambito ospedaliero e alla prevenzione	rispetto indicazioni regionali	SI	FATTO	100%
	Area vaccini: Aumento del n° di vaccini antinfluenzali su operatori sanitari	N° operatori sanitari vaccinati/n° operatori sanitari	↑	23%	100%
	Aggiornamento autorizzazioni sanitarie conseguenti a modifiche organizzative: Istanza di trasferimento dell'UTIC	elaborazione documenti	entro il 31/05/2024	FATTO	100%
	Predisposizione documentazione per l'attivazione della degenza ordinaria della NPI	elaborazione documenti	entro il 31/05/2024	FATTO	100%
	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%	88%	100%
	Partecipazione a corsi di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per le area a rischio	n° partecipanti /n° totale operatori di struttura	10%	83%	100%
	Attivazione corsi in materia di codice di comportamento	n° corsi	almeno due edizioni	3	100%
	Adempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n.33/2013	documenti pubblicati	100%	100%	100%
	Implementazione 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 nuovo Codice degli Appalti e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2023, fortemente orientato ad una maggiore semplificazione e digitalizzazione in materia di contratti pubblici	attivazione della nuova modalità di pubblicazione	85%	processo avviato	NV
	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	80%	100%	100%
	Accreditamento case di comunità	Rispetto richieste regionali	SI	FATTO	100%
Adozione della metodologia di analisi dei rischi ai sensi dell'all. 1 PNA ANAC 2019	analisi valutazione rischi misure di trattamento	entro il 30/09/2024 entro il 31/12/2024	FATTO	100%	
PERFORMANCE DELLA SOSTENIBILITA'	PNC ospedale sicuro: messa in sicurezza antincendio e sismica per il PO Bassini	rispetto cronoprogramma	31/12/2024	FATTO	100%
	Rispetto del vincolo di bilancio programmato	Bilancio di Assestamento	0%	FATTO	100%
	PNRR ammodernamento del parco tecnologico: acquisizione attrezzature previste da programma	attuazione piano	adesione al 100% delle gare espletate	FATTO	100%
	Rispetto dei tempi di pagamento	Rispetto richieste regionali	SI	FATTO	100%
Programmazione ed esecuzione di investimenti per lavori e rispetto tempistiche dei cronoprogrammi (PNRR)	Aggiornamento semestrale elenco investimenti	entro il 30/6/2024 entro il 31/12/2024	FATTO	100%	

4. Obiettivi di Performance organizzativa

Gli obiettivi di performance organizzativa 2024 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.

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento di tutti gli obiettivi contenuti nelle schede budget. Questa fase si avvia nell'anno successivo a quello di riferimento, non appena risultano disponibili i dati consolidati. A quel punto, viene effettuata la verifica finale dei risultati conseguiti da ciascuna struttura.

In particolare, per ogni struttura vengono calcolati tutti gli indicatori relativi all'anno di riferimento, inseriti nelle rispettive schede di budget. Successivamente, si procede al confronto tra i valori effettivi e quelli attesi,

determinando lo scostamento rispetto ai target prefissati, i punti assegnati per ciascun indicatore e il grado complessivo di raggiungimento degli obiettivi da parte di ciascuna unità operativa

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 e per il **99%** dal comparto e hanno coinvolto tutto il personale:

LA DIRIGENZA SOTTO IL 60% NON PRENDE IL F.DO PRODUTTIVITA'		IL COMPARTO SOTTO IL 50% NON PRENDE IL F.DO PRODUTTIVITA'	
% RAGGIUNGIMENTO	Q.TA CORRISPOSTA	% RAGGIUNGIMENTO	Q.TA CORRISPOSTA
da 0% a al 59%	0	da 0% a al 49%	0
da 60% a al 69%	60%	da 50% a al 69%	60%
da 70% a al 79%	70%	da 70% a al 85%	80%
da 80% a al 100%	in %	da 86% a al 100%	100%
APT			
% RAGGIUNGIMENTO	Q.TA CORRISPOSTA		
da 0% a al 59%	0		
da 60% a al 69%	65%		
da 70% a al 79%	75%		
da 80% a al 100%	in %		

5. Valutazione di Performance individuale

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2024 ha sottoposto a valutazione tutto il personale dirigente ed il personale del comparto. La valutazione individuale 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	91,51
Area Dirigenti PTA	96,33
Area Dirigenza Sanitaria Medica	93,06
Area Dirigenza Sanitaria non Medica	91,83
Totale complessivo	93,18

6. Rischi corruttivi e trasparenza

Analisi, valutazione e trattamento dei rischi

È stato proseguito, nell'anno 2024, 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 gestione del rischio corruttivo.

In ottemperanza all'obiettivo fissato, si è estesa l'applicazione della metodologia di gestione dei rischi corruttivi, fondata sull'approccio qualitativo, ai processi afferenti alle strutture territoriali operanti nel settore

socio sanitario ricompresi nell'area di rischio generale Anac *“Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con e senza effetti economici sui destinatari”*.

Nel 2024 si è provveduto pertanto ad estendere la metodologia qualitativa a gran parte dei processi afferenti alle Strutture territoriali operanti nel settore socio sanitario, qui di seguito rappresentate:

- S.C. Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive
- S.S. Medicina Legale
- S.C. Coordinamento attività consultoriale
- S.C. Cure Primarie
- S.S. Protesica e Integrativa
- S.S. Coordinamento fragilità e disabilità
- Distretti Socio Sanitari
- Servizi di scelta e revoca

Il processo di gestione del rischio corruttivo si è articolato nelle seguenti fasi:

- identificazione del rischio corruttivo;
- analisi e valutazione del rischio;
- trattamento del rischio.

Il RPCT, di concerto con i responsabili delle strutture coinvolte, ha elaborato il Registro Generale dei Rischi nel quale è rappresentata l'analisi e la valutazione dei rischi dei processi aziendali realizzata in conformità alla nuova metodologia Anac. È stato 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 sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027.

Formazione

Nel 2024 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, espletato in modalità e-learning con piattaforma aziendale FAD e fruibile dal 4 marzo al 22 dicembre 2024, si sono iscritti n. 421 dipendenti, dei quali n. 362 hanno superato il test finale.

Oltre alla formazione di base sono state organizzate due iniziative formative di livello specifico in materia di anticorruzione quali:

- evento formativo in materia di whistleblowing *“Le novità in materia di whistleblowing - Presentazione del nuovo regolamento aziendale che disciplina la gestione delle segnalazioni dei fatti illeciti e la tutela del whistleblowing”*, tenutosi il 29 maggio 2024 presso il P.O. Bassini. L'evento ha registrato la presenza di n. 40 discenti afferenti all'area area sanitaria, tecnico sanitaria e amministrativa ed ha riscosso nel suo complesso un alto livello di gradimento e di interesse. L'argomento del corso ha

rappresentato una novità, in quanto mai trattato sinora a livello aziendale, e per molti discenti è stata pertanto l'occasione per approfondire una tematica poco conosciuta, stimolando un dibattito e un proficuo confronto tra docenti e discenti. L'evento formativo, della durata di n. 2 ore, è stato tenuto direttamente dal RPCT e dal suo collaboratore;

- un corso di formazione specifica dedicato alla presentazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024/2026, tenuto in due edizioni (27 giugno e 15 ottobre 2024), nel quale il RPCT con il proprio collaboratore, ha illustrato e condiviso la metodologia qualitativa di analisi del rischio corruttivo. Il corso, dedicato soprattutto al personale afferente al Territorio, ha visto l'attiva partecipazione, complessivamente, di n. 88 dipendenti, operatori del comparto e della Dirigenza soprattutto amministrativa e sanitaria, che hanno espresso un buon indice di gradimento circa l'iniziativa.

In via ulteriore, in coerenza con il dettato del D.L. 30 aprile 2022, n. 36, convertito in Legge 29 giugno 2022, n. 79, 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 ex-traistituzionali", alle quali hanno partecipato complessivamente n. 62 dipendenti.

Codice di comportamento

Nel corso del 2024, in ottemperanza peraltro ad uno specifico obiettivo di budget assegnato al RPCT, ed in coerenza con il D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 "Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e con la DGR n. XII/2211 del 22 aprile 2024, con cui Regione Lombardia ha approvato l'aggiornamento del Codice di comportamento per il personale della Giunta Regionale, è stato approvato l'aggiornamento al Codice di comportamento dell'ASST Nord Milano (deliberazione 15 ottobre 2024, n. 979).

Trasparenza

In merito alla trasparenza, nel corso dell'anno 2024, ai sensi di quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti e dal Piano Nazionale Anticorruzione 2023, fortemente orientato ad una maggiore semplificazione e digitalizzazione in materia di contratti pubblici, sono state avviate a livello aziendale le attività per adeguarsi alle 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.

Nel corso dell'anno 2024, è stato inoltre effettuato il monitoraggio circa l'adempimento degli obblighi di pubblicazione a carico delle strutture aziendali. Il monitoraggio, consistito anche in un contraddittorio con le Strutture interessate, è stato funzionale pure all'attività di certificazione del Nucleo di Valutazione, alla luce della deliberazione ANAC 23 aprile 2024, n. 213.

Il RPCT, come previsto nella sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024/2026, ha effettuato il monitoraggio in punto 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 costituito dal registro degli accessi, pubblicato sul sito aziendale.

Monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza di cui alla sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024/2026.

Nel corso del 2024, il monitoraggio, da parte del RPCT, delle misure generali di prevenzione della corruzione e per la trasparenza è consistito nella richiesta e nell'acquisizione della relazione finale a cura delle Strutture soggette a controllo circa lo stato di attuazione delle misure riportate nella sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del PIAO.

Il monitoraggio delle misure specifiche è stato effettuato dal RPCT di norma a cadenza semestrale mediante acquisizione dai Responsabili delle strutture dei dati previsti dagli indicatori del Piano Trattamento Rischi, nonché mediante lo svolgimento di periodici incontri di audit in condivisione con l'Internal Auditing aziendale.

Nel complesso, i Dirigenti responsabili dei processi monitorati afferenti alle aree di rischio generali e specifiche hanno fornito una buona collaborazione trasmettendo i casi i dati richiesti dal RPCT.

In esito all'attività di monitoraggio non sono emerse particolari criticità.

Infine, si dà atto che anche nel 2024, tra le misure previste era contemplata l'acquisizione della dichiarazione pubblica di interessi sottoscritta dalle figure professionali coinvolte nei processi di acquisizione farmaci, dispositivi, altre tecnologie e sponsorizzazioni; tale misura risulta essere stata applicata per l'80%, in quanto la dichiarazione risulta resa da 13 su 16 professionisti individuati.

7. Organizzazione e capitale umano

Organizzazione del lavoro agile

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.

L'ASST si impegna a sviluppare l'utilizzo del lavoro agile, in modo che sia compatibile con le potenzialità organizzative, con le qualità e l'effettività dei servizi erogati, nonché con le condizioni di salute dei 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.

La modalità di lavoro agile ordinaria adottata a livello aziendale focalizza l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance, funzionali ad un'adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile. L'approccio 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 svolto dai Direttori delle Strutture della ASST, 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.

E' stato chiesto ai responsabili di U.O. di individuare i percorsi di attività che possono essere svolti nel lavoro agile, rivedendo i processi, incentivando la diffusione dell'utilizzo di strumenti informatici e favorendo l'ampliamento della dotazione aziendale di strumentazioni tecnologiche che consentano di lavorare da remoto.

Sulla base delle proposte e analisi dei processi raccolti, l'Azienda consente ai propri dipendenti di ricorrere/usufruire del lavoro agile, attraverso il Regolamento Aziendale per la disciplina del lavoro agile, approvato con Deliberazione n.780 del 27/09/2023.

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) Numero di accordi individuali stipulati anno 2024: 142.

Condizioni abilitanti del lavoro agile

2) Valutare il benessere organizzativo

la valutazione del benessere organizzativo è per ora valutata da ogni singolo Dirigente di SC/SSD/SS, sulla base di quanto riferito dai propri dipendenti. E' in corso la predisposizione di una indagine sul benessere aziendale.

3) Corso di formazione per Dirigenti e incarichi di funzione

4) Corso di formazione sull'utilizzo degli strumenti digitali

5) Potenziare/migliorare la qualità di consultazione dei sistemi gestionali aziendali da remoto:

I punti 4,5 saranno sottoposti all'attenzione del nuovo Responsabile SIA.

Attuazione del lavoro agile

6) Incrementare l'applicazione del lavoro agile alle figure amministrative, professionali e tecniche del settore amministrativo: il numero dei dipendenti che nell'anno 2024 ha utilizzato l'istituto dello smart working corrisponde a 127 dipendenti/400 totali e di 15 dipendenti del comparto per la parte sanitaria (totale aziendale 142).

7) I dipendenti sono stati soddisfatti dell'aver potuto utilizzare lo smart working?: SI

Performance organizzativa

8) Diminuzione delle assenze: alcuni aspetti di gestione familiare e/o della propria abitazione/organizzazione personale, hanno consentito al dipendente di garantire l'attività di servizio. Verranno esaminati i dati estratti dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

9) Riduzione dei costi di straordinario: Verranno esaminati i dati estratti dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

10) Misurare la customer degli utenti serviti da personale in lavoro agile: non è stato per ora individuato uno strumento specifico di valutazione per la rilevazione del dato.

Impatti

11) riduzione ore per commuting casa-lavoro: la riduzione del duplice spostamento quotidiano da casa al lavoro per i dipendenti che usufruiscono dello smart working viene ridotto quattro volte nel mese e quarantotto volte nell'anno. Per alcuni dipendenti questo dato può essere incrementato, ad esempio nel caso di figli minori (come da Regolamento aziendale) ed a seguito di prescrizioni da parte del Medico Competente.

12) riduzione consumo risme di carta: il dato è stato valutato nell'anno 2023.

13) riduzione costi legati al trasferimento casa-lavoro: oggettivamente la fruizione dello smart working riduce i costi di trasferimento. Tale fatto non è attualmente misurabile in modo oggettivo.

14) Miglioramento della salute organizzativa e di clima: è in corso di approvazione un questionario per la valutazione del benessere organizzativo a livello aziendale.

dimensioni	obiettivi	Indicatori	target 2023	target 2024	target 2025
		1- Deliberazione entro il 31.12.2022	100%		
	Integrazione regolamento Smart working:	2- Numero accordi individuali stipulati	N. Accordi individuali	N. Accordi individuali >anno 2022	N. Accordi individuali >anno 2023
Condizioni abilitanti del lavoro agile	Valutare il benessere organizzativo	Somministrazione questionario	rilevazione dati	analisi dei dati	rilevazione dati
	Censimento delle postazioni di lavoro per attivazione co-working	Elaborazione report di analisi	report	ampliamento postazioni co-working	messa a regime
	Corso di formazione per dirigenti e posizioni organizzative di lavoro agile	n. partecipanti	10	10	10
	Corso di formazione sull'utilizzo degli strumenti digitali	n. corsi	1	1	1
	Potenziare/migliorare la qualità di consultazione dei sistemi gestionali aziendali da remoto	% di applicativi consultabili da remoto/totale applicativi presenti	0,9	1	1
Attuazione lavoro agile	Incrementare l'applicazione del lavoro agile alle figure amministrative, professionali e tecniche del settore amministrativo	% di lavoratori agli effettivi/totali lavoratori agili potenziali	65%	65%	65%
	Misurare la customer dei dipendenti	% dipendenti in lavoro agile soddisfatti	100%	100%	100%
Performance organizzativa	Diminuzione delle assenze	GG assenza/gg lavorativi	-1,5%	-1,5%	-1,5%
	Riduzione dei costi di straordinario	Numero ore di straordinario	-10,0%	-5,0%	-5,0%
	Misurare la customer degli utenti serviti da personale in lavoro agile	n. questionari somministrati	85,0%	95,0%	95,0%
Impatti	Riduzione ore per commuting casa-lavoro	n.ore di trasferimento casa lavoro	-3,0%	0,0%	0,0%
	Riduzione consumo risme di carta	n. richieste di risme	-1,0%	0,0%	0,0%
	Riduzione costi legati al trasferimento casa lavoro	% costi risparmiati per il viaggio	-1,0%	0,0%	0,0%
	Miglioramento della salute organizzativa e di clima	% di risposte positive/totale domande presenti nel questionario di benessere organizzativo	10,0%	5,0%	5,0%

Agiti aggressivi

Raccolta e analisi dei dati

All'inizio dell'anno 2024, la funzione RM ha sviluppato un nuovo applicativo aziendale, accessibile dalla pagina principale della intranet aziendale. Questo nuovo sistema ha separato la gestione delle segnalazioni dal precedente sistema informatizzato IR, che fino a quel momento veniva utilizzato anche per la registrazione degli episodi di agiti aggressivi. L'applicativo aggiornato consente agli operatori di inserire le segnalazioni, raccogliendo tutti i dati specifici necessari per la successiva compilazione dei questionari periodici richiesti sia dall'ACSS (Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo) che dall'ONSEPS (Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie). Si prevede che questo strumento venga sostituito nel corso del 2025 dal sistema di segnalazioni regionale HERM LOMB.

Sensibilizzazione e comunicazione

In occasione della "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari", e in continuità con le attività svolte negli anni precedenti, è stata organizzata una campagna di sensibilizzazione sul tema. La campagna ha incluso la produzione e l'esposizione di poster negli ingressi dei due ospedali e nelle Case di Comunità, oltre alla pubblicazione di contenuti video sui canali social aziendali. I poster prodotti sono attualmente stati esposti nelle aree di maggiore afflusso di pazienti e visitatori in tutta la ASST.

Formazione

Sono proseguite le attività di formazione specifica agli operatori mediante l'erogazione di:



N.1 edizione del corso FAD "Prevenzione e gestione delle aggressioni ai danni del personale sanitario rimasto attivo dal 14/02/24 al 22/12/24, che ha visto **368** partecipanti completare il corso.

N.4 edizioni del corso in presenza "Strategie per la gestione assertiva dell'utente aggressivo", partecipato da 76 operatori di cui 18 partecipanti delle cosiddette "Aree Critiche" (PS, DSM-D, CUP, Sportello scelta e revoca, Portineria, URP).

Programma di prevenzione agiti aggressivi

Anche quest'anno sono proseguite le attività del gruppo di lavoro aziendale dedicate alla prevenzione e gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line dell'ASST Nord Milano. Il gruppo si è riunito in tre occasioni (29/02/2024, 16/06/2024, 24/10/2024), durante le quali è stato esaminato l'andamento delle azioni previste dal "programma di prevenzione agiti aggressivi", con particolare attenzione alle seguenti aree:

- Misure tecnologiche e strutturali
- Misure organizzative, inclusa la campagna di comunicazione

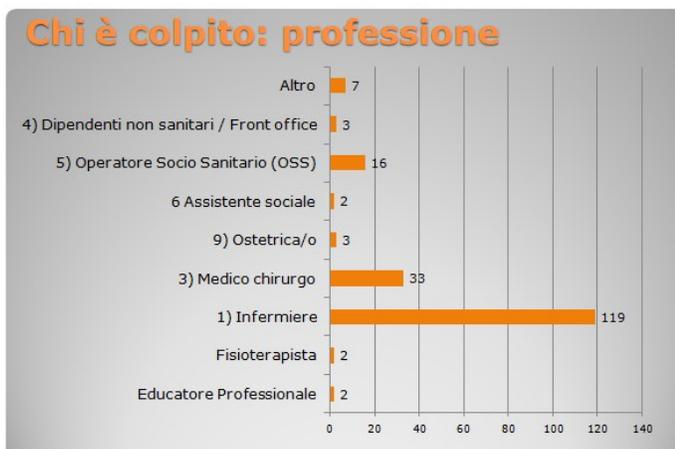
STRATEGIE PER LA GESTIONE ASSERTIVA DELL'UTENTE AGGRESSIVO		
Responsabile Scientifico Dott.ssa Chiara Riboldi Corso per tutte le professioni delle strutture/servizi PS, DSM-D, CUP, Sportello scelta e revoca, Portineria, URP I° Ed. 5/5-19/5 Aula C Bassini II° Ed. 31/5 - 07/06 Aula Magna SSG III° Ed. 05/10 - 19/10 Aula C e Didattica Bassini		
Orario	Contenuti/Attività	Docente
14.15 - 14.30	Registrazione dei partecipanti • Il ciclo dell'aggressività; • I comportamenti aggressivi: azioni assertive; • La comunicazione non verbale, verbale e paraverbale; • Gli utenti aggressivi e le critiche manifestative; • La tecnica assertiva di de-escalation e di difesa: l'ascolto empatico, la negoziazione, il blocco verbale, l'arrendimento, l'invocazione dell'aiuto, la dissuasione assertiva, il diameo dell'aggressività.	Dott.ssa Chiara Riboldi Piemonte, Piemonte asst
14.30 - 18.00	Lezione ed esercitazioni.	
Orario	Contenuti/Attività	Docente
14.15 - 14.30	Registrazione dei partecipanti	
14.30 - 18.00	• La tecnica di de-escalation e il diameo nella gestione dell'utente aggressivo - Nota Riboldi • Tecniche terapeutiche per il diameo dell'aggressività - Nota Riboldi	Dott.ssa Chiara Riboldi Piemonte, Piemonte asst

- Formazione del personale
- Gestione degli episodi di violenza

Si riportano di seguito le segnalazioni pervenute dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024:

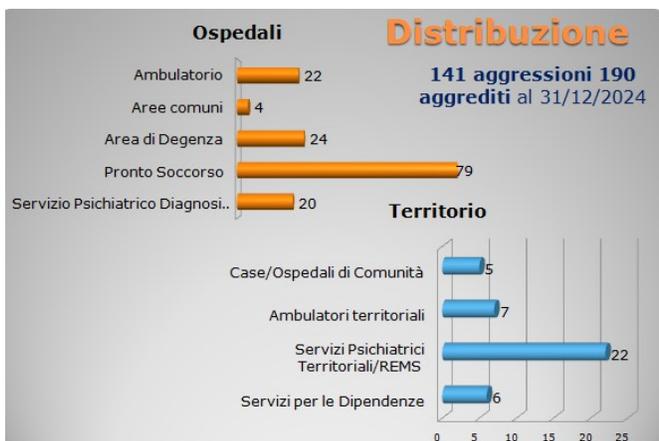
Il trend in costante aumento riflette non solo l'espansione del fenomeno, ma anche una crescente sensibilità da parte degli operatori nel segnalare gli episodi aggressivi. Questo risultato

deriva da un continuo processo di sensibilizzazione rivolto ai dipendenti della ASST sull'importanza di raccogliere dati sul fenomeno. Un ulteriore fattore che ha contribuito all'incremento delle segnalazioni è stata la creazione di strumenti, per la registrazione degli eventi, semplici da utilizzare e facilmente accessibili a tutti gli operatori.



Nel periodo preso in esame, si sono registrati 141 episodi aggressivi che hanno coinvolto 190 operatori. La distribuzione degli eventi evidenzia che le aree maggiormente colpite, sia negli ospedali che sul territorio, sono i Pronto Soccorso (PS) e i Servizi Psichiatrici.

I professionisti più colpiti sono gli infermieri 63% dei casi ed i medici 17% dei casi.



Per quanto riguarda la tipologia di aggressione, l'82% dei casi è di natura verbale, mentre le aggressioni fisiche (34 episodi) costituiscono il 18% del totale. Le minacce e intimidazioni rappresentano il 15% degli eventi segnalati.

I dati confermano che le aggressioni fisiche

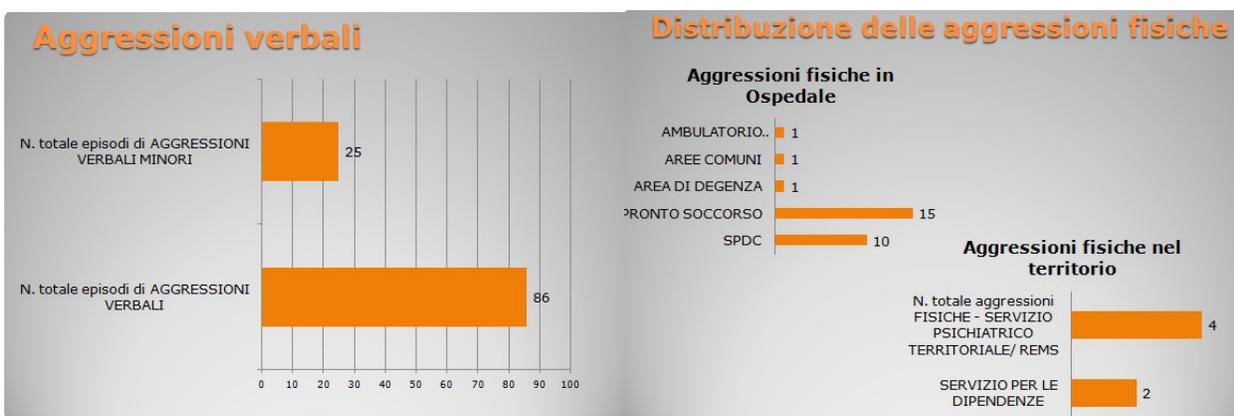
avvengono principalmente nei PS e nei Servizi Psichiatrici Dipartimentali, in particolare nelle Degenze (SPDC) all'interno degli ospedali, nonché negli ambulatori psichiatrici e nei Servizi per le dipendenze sul territorio. L'analisi relativa alle aggressioni fisiche, nel periodo preso in esame, rileva un solo episodio al di fuori di questi contesti.

Piano Triennale delle Azioni Positive anno 2024

AZIONE n.1 FORMAZIONE

- **Primo obiettivo:** favorire la partecipazione dei dipendenti agli eventi formativi aziendali riguardanti tematiche 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 2024. Target da raggiungere 300 dipendenti.

Al corso FAD 2024 dal titolo: "Prevenzione e gestione delle Aggressioni ai danni del personale sanitario"- Responsabile Scientifico, Presidente CUG ASST Nord Milano, hanno completato e superato il corso 368 partecipanti dell'area sanitaria ed alcuni amministrativi, prevalentemente personale delle aree a rischio di aggressioni.



Sono state erogate N.4 edizioni del corso in presenza "Strategie per la gestione assertiva dell'utente aggressivo", hanno partecipato 76 operatori di cui 18 partecipanti delle cosiddette "Aree Critiche" (PS, DSM-D, CUP, Sportello scelta e revoca, Portineria, URP).

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.

- **Secondo obiettivo:** monitorare e verificare le iniziative adottate da parte dai Gruppi di Lavoro Aziendali: Agiti aggressivi, Smart Working, ecc.
- **Azioni:** monitorare la progettualità in essere e di sviluppo 2024.
- **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 2024.
- **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.

1. **Gruppo di Lavoro “Prevenzione e gestione degli Agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line”.** E’ stata recepito quanto effettuato dal Gruppo di Lavoro “Prevenzione e gestione degli agiti aggressivi nei confronti del personale sanitario e di front-line”. Il Gruppo di Lavoro ha effettuato tre incontri nel 2024. E’ stato predisposto dalla Risk Manager aziendale e dalla funzione Risk management il Report 2024 relativo alla applicazione della Raccomandazione n.8 che nel punto 1.2 illustra le azioni messe in atto per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori. I dati sono stati estratti dalla rendicontazione del Piano Annuale di Risk Management 2024.
2. **Gruppo di Lavoro “Smart Working”,** coordinato dalla Presidente CUG, ha effettuato un incontro in presenza nel 2024, 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.
3. Il personale che ha usufruito del lavoro agile nell’anno 2024 è di 142 dipendenti, il numero rispetto all’anno precedente si è incrementato di 45 unità.
4. Nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ASST Nord Milano anno 2024-2026, 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 per la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra-lavorativa.
- **Azioni:** mappare le buone pratiche adottate a livello aziendale per favorire la conciliazione tra vita lavorativa e vita extra-lavorativa.

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.

Anche nel 2024, 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.

E' stata effettuata una giornata rivolta alle dipendenti dal titolo OPEN DAY menopausa, iniziativa promossa da 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.