

ATTI DEL DIRETTORE GENERALE
DELIBERAZIONE N. 573 del 30/06/2023

OGGETTO:

RELAZIONE ANNUALE PIANO PERFORMANCE ANNO 2022

PROPONENTE: 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 pubblicino 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 29/06/2023 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, come da verbale agli atti, ha validato la relazione sulla Performance anno 2022;

RITENUTO di approvare la relazione annuale sul Piano della Performance di questa ASST quale sezione contenuta nel PIAO, denominato " *Relazione Annuale sulla performance anno 2022*", 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 COMMISSARIO STRAORDINARIO

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 2022", allegato parte integrante al presente provvedimento;
- di disporre la pubblicazione della "Relazione annuale della Performance anno 2022" 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, incumbenti 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 COMMISSARIO STRAORDINARIO
dott. Tommaso Russo

Nominato con DGR n. XII/492 del 22/06/2023

Proposta n° 581 del 30/06/2023

OGGETTO: RELAZIONE ANNUALE PIANO PERFORMANCE ANNO 2022

Parere Contabile

Parere: Favorevole

Data: 30/06/2023

Note:

Direttore U.O.C. Bilancio e Risorse Finanziarie
Dott.ssa Domenica Luppino

Mastro	Conto	Descrizione	Sez.	Importo	Anno	Da	A

RELATA DI PUBBLICAZIONE

DELIBERAZIONE N. 573 / 2023 DEL 30/06/2023

OGGETTO: Relazione annuale Piano performance anno 2022

La presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio sul sito aziendale, come previsto dalle norme vigenti, dal giorno 30/06/2023 al giorno 18/07/2023.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Nord Milano

RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2022

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
NORD MILANO

Indice

1. Premessa _____	3
2. L'Azienda _____	4
3. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato _____	6
4. Obiettivi di Performance organizzativa _____	21
5. Valutazione di Performance individuale _____	22

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
- Appropriatelyzza 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 socio-sanitaria attraverso:

Strutture ospedaliere

- 2 Presidi Ospedalieri per acuti: P.O. E. Bassini e P.O. Città di Sesto San Giovanni con n. 477 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

- 18 poliambulatori territoriali dislocati in tutta l'area metropolitana che offrono tutte le discipline specialistiche, di cui 11 ceduti nell'ultimo trimestre 2022 all'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Fatebenefratelli - Sacco.
- 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)
- 2 Centri diurni per pazienti con disturbi psichiatrici (CD Sesto San Giovanni e CD Cinisello Balsamo)
- 3 Ambulatori U.O.N.P.I.A (Sesto San Giovanni, Cologno monzese, Cinisello Balsamo)
- 1 Centro diurno U.O.N.P.I.A (di Cusano)
- 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 socio-sanitarie sul territorio

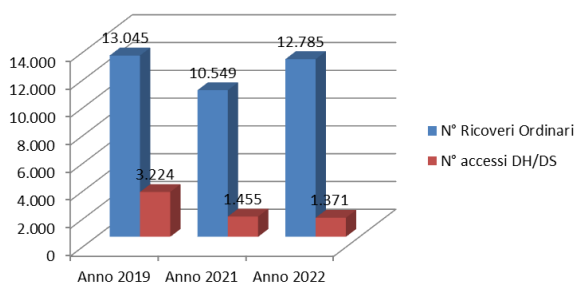
- 2 Consultori principali con 7 sedi distaccate (dislocate nei comuni di Cinisello Balsamo, Bresso, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni)
- 6 centri vaccinali (Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino e Sesto San Giovanni)
- 6 centri di Medicina Legale e Certificazioni (Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino e Sesto San Giovanni)
- 1 Casa di Comunità Rugabella.

Dati di produzione e risorse umane

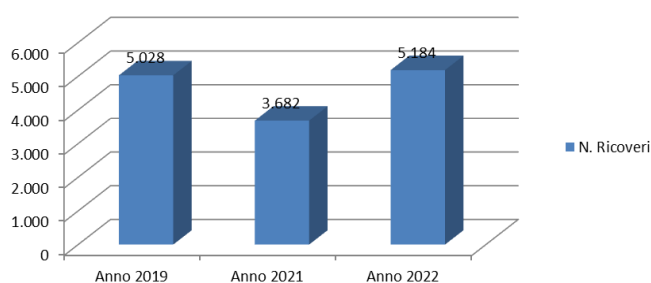
Di seguito si riportano i dati di attività dell'azienda in termini di ricoveri, attività chirurgica, attività di pronto soccorso, attività ambulatoriale e di psichiatria periodo 2019-2021-2022. Analizzando i dati degli anni presi in considerazione si rileva un graduale miglioramento di tutte le attività ad eccezione dell'attività di psichiatria che presenta una lenta ripresa.

DATI DI ATTIVITA'					DATI RISORSE UMANE			
Tipologia di attività	Indicatori	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022	Personale Aziendale	Anno 2019	Anno 2021	Anno 2022
Ricoveri Ordinari	n° posti letto	396	336	351	Dirigenti Medici	332	314	333,5
	N° Ricoveri Ordinari	13.045	10.549	12.785	Dirigenti Sanitari	42	47	49,0
	Degenza Media	7,7	7,6	6,7	Dirigenti amm.vi/professionali	17	18	19,5
	DRG medio	3.387	3.402	3.275	Infermieri/Ostetriche	818	849	886
	Peso Medio	1,1	1,1	1,1	Tecnici Sanitari	205	221	215
	% drg medici	64,9%	63,0%	54,5%	Personale di assistenza e supporto	345	334	345
	% drg chirurgici	35,1%	37,0%	45,5%	Amministrativi	368	355	366
Day Hospital/Day surgery	n° posti letto	35	35	35	Sumaisti (n. teste)	225	231	232
	N° accessi DH/DS	3.224	1.455	1.371	Interinali	48	54	54
	DRG medio	1.242	916	735	Consulenti	25	82	81
Ambulatoriale	N° prestazioni	842.909	858.718	917.368	Universitari	1	1	1,5
	di cui MAC	9.101	10.180	10.360	TOTALE	2.426	2.506	2.582
	di cui BIC	1.739	1.911	2.274				
	N° prestazioni 46 San	81.179	73.234	76.320				
Pronto Soccorso	n° accessi	70.772	47.668	61.305				

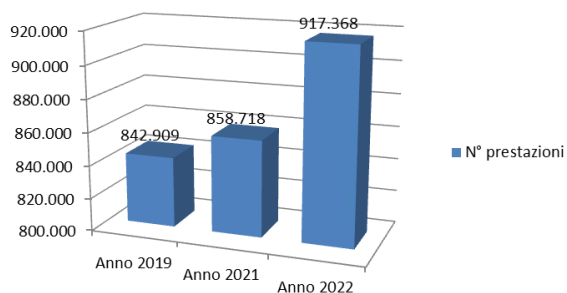
Attività di ricovero



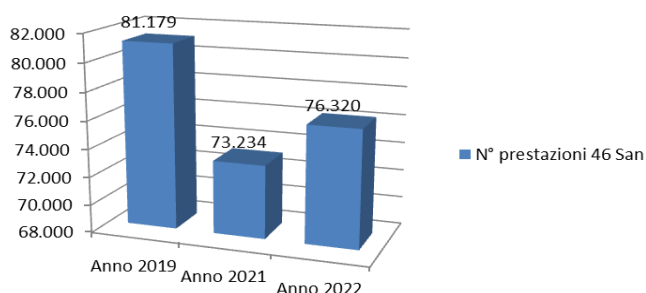
Attività Chirurgica Programmata



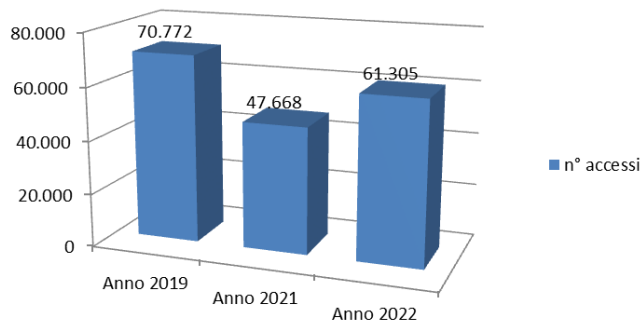
Attività ambulatoriale 28 San



Attività Psichiatria



Attività PS



3. La misurazione delle performance: gli indicatori di risultato

L'Azienda, quale soggetto integrato nel sistema regionale si è impegnata nel corso dell'anno 2022 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

CONTO ECONOMICO			
Cod.	Voce	ANNO 2019	ANNO 2022
	RICAVI		
AOIR01	DRG	50.172.526	44.490.537
AOIR02	Funzioni non tariffate	22.273.209	21.203.794
AOIR03	Ambulatoriale	35.810.828	34.752.663
AOIR04	Neuropsichiatria	721.780	870.016
AOIR05	Screening	406.968	453.891
AOIR06	Entrate proprie	17.386.033	14.206.841
AOIR07	Libera professione (art. 55 CCNL)	1.942.307	1.747.483
AOIR08	Psichiatria	6.707.011	6.525.306
AOIR09	File F	4.360.461	5.891.220
AOIR10	Utilizzi contributi esercizi precedenti	136.028	4.787.463
AOIR11	Altri contributi da Regione (al netto rettifiche)	24.494.385	29.935.771
AOIR12	Altri contributi (al netto rettifiche)	150.240	1.033.163
AOIR13	Proventi finanziari e straordinari	691.521	5.476.321
AOIR15	Prestazioni sanitarie	6.966.575	8.936.564
	Totale Ricavi (al netto capitalizzati)	172.219.872	180.311.033
	COSTI		
AOIC01	Personale	110.204.080	112.484.707
AOIC02	IRAP personale dipendente	7.312.218	7.456.095
AOIC03	Libera professione (art. 55 CCNL) + IRAP	1.597.660	1.455.163
AOIC04	Beni e Servizi (netti)	63.642.118	78.702.542
AOIC05	Ammortamenti (al netto dei capitalizzati)	303.397	282.119
AOIC06	Altri costi	19.049.910	18.835.955
AOIC07	Accantonamenti dell'esercizio	5.251.477	6.269.095
AOIC08	Oneri finanziari e straordinari	1.286.814	1.295.882
AOIC17	Integrativa e protesica	810.580	892.865
	Totale Costi (al netto capitalizzati)	209.458.254	227.674.423
AOIR14	Contributo da destinare al finanziamento del PSSR, progetti obiettivo, miglioramento qualità offerta e realizzazione piani di sviluppo regionali (FSR indistinto)	37.238.382	47.363.390
	Risultato economico	-	-

In riferimento all'attività dei ricavi, la produzione dei ricoveri nella prima parte dell'anno è stata condizionata dall'emergenza sanitaria che ha comportato sia una riduzione dei letti chirurgici presso il Presidio Bassini sia, per far fronte alla richiesta di AREU (invio di personale sia di comparto che di dirigenza della terapia intensiva presso Ospedale Fiera Milano), una chiusura dei letti di terapia intensiva del Presidio di Sesto San Giovanni. A partire dal mese di aprile i letti di terapia intensiva sono stati riaperti e l'attività di chirurgia generale del Presidio Bassini è stata trasferita presso il presidio di Sesto San Giovanni, a seguito dell'avvio dei lavori di ristrutturazione dei due reparti di chirurgia e dei lavori di ristrutturazione delle sale di blocco operatorio. Di conseguenza il numero dei posti letto di chirurgia generale è variato da 67 posti letto

dell'anno 2019 a 49 posti letto. Per quanto concerne la gestione dei posti letto delle medicine, anche se sono stati assegnati un numero maggiore di posti letto (n° 113 posti letti medi anno 2022 – n° 104 posti letto medi anno 2019), a causa del distanziamento, dei letti dedicati ai pazienti COVID e della presenza di cluster si è registrato un tasso di occupazione del 83% contro il 95% del 2019 e di conseguenza una minore produzione. Come già previsto nell'anno precedente, anche per il 2022 nelle aree del Pronto Soccorso dei due presidi ospedalieri è stato attivato uno sportello di pre-triage nella fase di accoglienza dei pazienti all'ingresso, in modo da avere un percorso differenziato e un'area dedicata per il triage e la presa in carico dei pazienti con sintomi respiratori al fine di evitare il contatto con gli altri pazienti in attesa.

La produzione ambulatoriale dell'anno 2022 rispetto all'anno 2019 risulta essere inferiore del 3%. La minore produzione è dovuta principalmente all'attività erogata sul territorio in quanto nel corso dell'anno le ore degli specialisti ambulatoriali si sono ridotte di 30.400 ore, si è rilevato un numero maggiore di ore di assenza (malattie, 104, ecc.) rispetto all'anno 2019, su indicazione dei rappresentanti di branca, per alcune prestazioni la tempistica di erogazione delle prestazioni è stata più alta rispetto al 2019 con particolare riferimento alle discipline di dermatologia, oculistica, geriatria, ORL, diabetologia e le prestazioni di ecocardio, che rappresentano il 45% delle ore e infine gli specialisti ambulatoriali nel corso dell'anno non hanno accettato la possibilità di inserire prestazioni in overbooking. Inoltre nel corso dell'ultimo trimestre su indicazione di Regione Lombardia 11 poliambulatori sono stati ceduti ad altre ASST.

Nonostante la minor produzione, durante tutto l'anno 2022 sono state messe in atto una serie di azioni propedeutiche al raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati da Regione Lombardia per l'anno 2022, azioni miranti all'abbattimento delle liste di attesa.

In relazione al territorio, l'offerta territoriale è stata rivolta agli assistiti "più fragili": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche o con problemi di dipendenze o di salute mentale. Essa trova espressione in numerose strutture (sociali e socio-sanitarie) adeguatamente dotate per far fronte alle esigenze delle diverse tipologie di pazienti. Nell'ambito della "prevenzione", l'offerta territoriale ha garantito l'attività vaccinale, anche per contrastare la pandemia da coronavirus covid-19.

Come da indicazioni di Regione e ATS, visto il mandato di attivare il 40% delle Case di Comunità assegnate entro il 2022, al dicembre 2022 sono state attivate le Case di Comunità di Cologno Monzese (Via Boccaccio, 17) e Cusano Milanino (Via Ginestra, 1), che si aggiungono a quella della Città di Bresso (Via Centurelli, 46), attivata in data 1 ottobre 2022 e a quella di Via Rugabella a Milano, inaugurata nel Dicembre 2021, ora ceduta ai sensi della DGR n. XI/6607/2022 all'ASST Sacco/BBF. Per le Case di Comunità di Cologno Monzese e Cusano Milanino sono previsti interventi strutturali di adeguamento e riqualificazione, che si protrarranno anche nel corso del 2023. Alla fine del 2022 è stato avviato il percorso volto a definire la progettualità inerente le strutture presenti sull'area territoriale di competenza e identificate in future Case/Ospedali di Comunità.

In risposta all'emergenza dettata dall'arrivo dei profughi Ucraini, si è reso necessario attivare degli sportelli informativi a carattere socio-sanitario, tali da concentrare le varie attività, come da note informative pervenute da Ministeri e Regione.

Sono stati quindi identificati due spazi (nel Pad. 5 presso il P.O. di Sesto e presso la sede territoriale di Via Terenghi a Cinisello), in cui i cittadini ucraini sono stati sottoposti a iscrizione al SSR/rilascio STP, valutazione sanitaria (anche finalizzata ad un eventuale secondo livello diagnostico/terapeutico), tampone per COVID, vaccinazione anti-COVID, e rilevazione dei bisogni psico-sociali. L'attività pro-migranti è stata coordinata dalla Direzione Sociosanitaria in accordo con le altre strutture aziendali, oltre che con tutti gli altri attori istituzionali e del territorio coinvolti nella prima fase migratoria. Le attività sociosanitarie dell'Azienda hanno sostenuto anche quelle svolte presso il CAS di Bresso, identificato dalla Prefettura ed ATS quale sede di prima ricezione dei flussi migratori. Dopo la prima ondata migratoria, è rimasto attivo solo l'hotspot di

Sesto, sufficiente ad assorbire le richieste pervenute. Le equipe che hanno preso in carico i migranti sono stati di tipo multi-professionale, potendo contare su personale sanitario, amministrativo, assistenti sociali e opera anche col sostegno di mediatori linguistico-culturali.

Sul lato costi si registra un notevole incremento per la macro-voce “ Beni & Servizi” dovuta principalmente ad un aumento dei costi delle utenze, del materiale diagnostico (approvvigionamento tamponi), del materiale protesico dovuto ad un aumento dei ricoveri chirurgici di ortopedia e del costo delle cooperative a causa della mancanza di dirigenti di anestesia e rianimazione e ginecologia.

	Assestamento 2022	Anno 2022	Assestamento 2022	Anno 2022
Costi del personale/ ricavi della gestione caratteristica	102.573.936 162.435.278	105.693.657 158.367.981	63,2%	66,7%
Costi per beni e servizi/ ricavi della gestione caratteristica	99.264.685 162.435.278	92.710.141 158.367.981	61,1%	58,5%
Costi caratteristici/ ricavi della gestione caratteristica	221.320.169 162.435.278	218.508.312 158.367.981	136,3%	138,0%

Valutando i tre indicatori si rileva un non raggiungimento dell’obiettivo costi del personale sui ricavi della gestione caratteristica, ma se si procede con lo scorporo sia dei costi del personale dei poliambulatori ceduti ad altre ASST (circa € 1.500.731) sia dei costi legati al rinnovo contrattuale del comparto (circa € 2.351.000) il rapporto dei costi sui ricavi risulta quasi in linea con l’assestamento 64,3%. I costi beni e servizi sui ricavi della gestione caratteristica risultano pienamente raggiunti, come risulta raggiunto l’obiettivo costi caratteristici sui ricavi della gestione caratteristica se considerato al netto dei costi del personale dei poliambulatori ceduti ad altre ASST e dei costi legati al rinnovo contrattuale del comparto 135,5%

Obiettivo: Tempi di pagamento

L’indicatore di tempestività dei pagamenti riferito all’anno 2022 è pari a -26,09, nonché il numero dei giorni di pagamento medio si attesta a n. 34, in netto miglioramento rispetto all’anno 2019 con indicatore di tempestività pari a -16,56 e con giorni di pagamento medio pari a n. 46.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Ricette dematerializzate

Obiettivo non valutabile in quanto lo strumento di estrazione dei dati di Regione Lombardia è stato sostituito con un altro per cui non è stato possibile all’estrazione dei dati antecedenti all’anno 2022. Si stima che la percentuale del numero delle ricette dematerializzate è stata nell’anno 2022 del 50%.

Obiettivo non valutabile

Obiettivo: Piano di contrasto al Covid-19

La ASST ha rispetto i target numerici e temporali indicati dall’Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari:

CAMPAGNA VACCINALE ANTI-COVID19 2022									
Nome CV	Apertura	Totale	di cui	1 dosi	2 dosi	3 dosi	4 dosi	5 dosi	ANTIFLU
Eseguite a domicilio	01/01/2022 al 31/12/2022	2.907		81	121	821	1.688	43	153
CV ASST NORD (Ospedale SSG)	01/01/2022 al 31/12/2022	63.854		8.952	10.925	39.079	4.663	235	
CDC Vaccinale Cinisello B.	dal 03/01 al 15/03 e dal 27/10 al 31/12	24.918		4286	4.795	15.519	308	66	
CDC Vaccinale Cologno M.	dal 03/01 al 04/03 e dal 27/10 al 19/12	10.087		197	292	9.352	230	16	
CDC Vaccinale Cusano M.	dal 03/01 al 03/03 e dal 18/10 al 16/12	15.012		213	302	14.048	392	57	
CV Territoriale - Bresso	dal 03/01 al 28/02 e dal 24/10 al 16/12	7.406		144	193	6.580	435	54	
CV Da Vinci - Cormano	dal 05/01 al 02/03 e dal 25/10 al 02/12	4.298		75	92	3.824	286	21	
TOTALE COVID ESEGUITE		128.482							

La ASST ha rispetto le indicazioni della Task Force Tamponi: sono stati rispettati tutte le indicazioni pervenute da ATS. Di seguito la rendicontazione dei tamponi suddivisi tra molecolare e antigenico erogati nell'anno 2022

	Esterni	Scuola	Totale
MOLECOLARE	44.190	30	44.220
ANTIGENICO	2.916	2.300	5.216
TOTALE	47.106	2.330	49.436

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Potenziamento rete territoriale

In merito al potenziamento della rete territoriale, l'ASST Nord Milano, nel rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità (note prot. G1.2022.0010394 del 18 febbraio 2022, prot. G1.2022.0013910 del 14 marzo 2022), ha attivato nel 2022 tre case di comunità di Bresso, Cologno, Cusano e progettato le due Case di Comunità di Cinisello e Sesto San Giovanni nonché l'Ospedale di Comunità di Cologno Monzese in apertura nel 2023.

Nelle nuove articolazioni territoriali aperte nel 2022 sono state implementate le azioni previste dalla Direzione Generale Welfare, secondo la programmazione, riportate sinotticamente nella Tabella 1.

Sono stati ipotizzati alcuni spostamenti di servizi all'interno di altre strutture per permettere il mantenimento delle funzioni durante l'esecuzione dei lavori in strutture della stessa area.

TABELLA_1 SERVIZI PREVISTI DM77	CDC BRESSO, Via <u>Centurelli, 46</u> Pop. 26.118 SPOKE: APERTURA 6 GG SU 7	CDC CUSANO, Via <u>Ginestra,1</u> Pop. 18.860 SPOKE: APERTURA 6 GG SU 7	CDC COLOGNO MONZESE, via <u>Boccaccio,17</u> Pop. 46.790 HUB: APERTURA 7 GG SU 7
P.U.A.	lunedì - sabato 8,00 -20,00	lunedì - sabato 8,00 -20,00	lunedì - domenica 8,00 -20,00
A.D.I.	Attività prestazionali: Lunedì - sabato 8,00 -20,00 previa programmazione PUA	Attività prestazionali: Lunedì - sabato 8,00 -20,00 previa programmazione PUA	Attività prestazionali: Lunedì - sabato 8,00 -20,00 previa programmazione PUA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Geriatrics, ortopedia, pneumologia. 2023: cardiologia, diabetologia, oculistica.	Cardiologia, pneumologia, oculistica, diabetologia, ortopedia, ginecologia, urologia, otorinolaringoiatria. 2023: geriatria.	Cardiologia, pneumologia, oculistica, diabetologia, ortopedia, ginecologia, geriatria, urologia, otorinolaringoiatria.2023: fisiatria.
SERVIZI INFERMIERISTICI <u>IFeC</u>	lunedì - sabato 8,00 -20,00	lunedì - sabato 8,00 -20,00	lunedì - domenica 8,00 -20,00
SISTEMA INTEGRATO PRENOTAZIONE C.U.P.	SPORTELLI POLIFUNZIONALI lunedì - venerdì: 7,30 -15,00 sabato: 7,30-11,00	SPORTELLI POLIFUNZIONALI lunedì - venerdì: 7,30 -17,30 sabato: 7,30-11,00	SPORTELLI POLIFUNZIONALI lunedì - venerdì: 7,30 -17,30 sabato: 7,30-11,00
INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIALI	Presente 3 gg/sett assistente sociale comunale e dell'ASST.	Connessione funzionale con assistente sociale del comune e dell' ASST.	Connessione funzionale con assistente sociale del comune e dell' ASST.
CO PRODUZIONE	Sono in corso tavoli di co progettazione attraverso la consulta del terzo		
SERVIZI CURE PRIMARIE	2 MMG hanno aderito al bando di ATS. In procinto contratto.	Nessun MMG/PLS ha aderito al bando di ATS, attivata interlocuzione con referente AFT.	6 MMG hanno aderito al bando di ATS, si stanno definendo i percorsi.
PUNTO PRELIEVI	lunedì - sabato 7,30-10,00	lunedì - sabato 7,30-10,00	lunedì - sabato 7,30-10,00
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	lunedì - venerdì 20,00 - 24,00 sabato - domenica 9,00 - 21,00	lunedì - venerdì 20,00 - 24,00 sabato - domenica 9,00 - 21,00	lunedì - venerdì 20,00 - 24,00 sabato - domenica 9,00 - 21,00
DIAGNOSTICA DI BASE	Elettrocardiografo. 2023: spirometro, ecografo.		
SERVIZI SALUTE MENTALE	Non prevista	Neuro Psichiatria Infantile (da febbraio 2023)	Centro <u>Psico Sociale</u>
ATTIVITA' CONSULTORIALE	Connessioni funzionali con il Consultorio in via Dante ed il Centro Anti Violenza.	Presente all'interno della <u>CdC</u> il consultorio.	Connessione funzionale con il Consultorio in via Boccaccion.12- ed i Centri Anti Violenza.
VACCINAZIONI	Attiva la parte vaccinale, previa prenotazione		

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Attuazione legge regionale n.22/2021

Con la delibera n. 279 del 25/03/2022 sono stati istituiti i distretti dell'ASST Nord Milano (Distretto Parco Nord e Distretto del Parco della Valle Media del Lambro) e la delibera n. 294 del 29/03/2022, rettificata da n.894 del 18/10/ sono state attribuite le funzioni al dott. Antonio Manfredi per Parco della Media Valle del Lambro e dott.ssa Barbara Mangiacavalli per Parco Nord - ad interim-. Con delibera n. 663 del 29/07/2022 è stata proposta a Regione Lombardia il nuovo POAS e con DGR 6921 del 12/09/2022 Regione Lombardia lo approva e con delibera n. 758 del 20/09/2022 la ASST Nord Milano prende atto.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Piano di ripresa 2022 e programmi di screening

-Ricoveri chirurgici programmati

In merito alla produzione del 110% dei ricoveri chirurgici programmati viene di seguito riportato l'andamento trimestrale a partire dal secondo trimestre:

	2019	2022	%
2° trimestre	3.572.123	4.133.367	116%
3° trimestre	2.847.663	2.944.859	103%
4° trimestre	3.780.966	4.262.185	113%
TOTALE	10.200.752	11.340.411	111%

Analizzando i dati si evidenzia che la produzione del terzo trimestre è del 103% in quanto nel mese di agosto:

- L'attività di sala operatoria presso il Presidio Ospedaliero Bassini è stata sospesa per due settimane a causa dei lavori di ristrutturazione del blocco operatorio.
- L'attività di cardiologia, a causa della sostituzione dell'angiografo e relativi lavori, ha subito una forte contrazione. Nel tentativo di limitare la riduzione dell'attività la ASST ha stipulato una convenzione con la ASST di Monza che, purtroppo, non ha consentito di erogare gli stessi volumi dei mesi precedenti.

Si segnala inoltre che nei mesi di luglio –agosto numerosi interventi programmati sono stati sospesi a causa della positività dei pazienti registrati al momento del ricovero.

Ad ogni buon fine si evidenzia comunque che, nonostante le criticità segnalate, nel mese di settembre si è raggiunto un livello di attività pari al 113% di quanto realizzato nel settembre del 2019: tale recupero non è tuttavia stato sufficiente a compensare le criticità dei mesi precedenti.

Infine se si considera la produzione degli ultimi tre trimestri pari al 110% l'obiettivo risulta raggiunto.

Obiettivo raggiunto al 100%

- Area Specialistica Ambulatoriale

In merito alla produzione del 110% dell'attività ambulatoriale rispetto all'anno 2019 si registra un produzione pari all'82%

ASST

	2019	2022	%
2° trimestre	7.268.789	6.692.445	92%
3° trimestre	5.784.519	5.114.397	88%
4° trimestre	7.233.567	4.775.940	66%
TOTALE	20.286.875	16.582.782	82%

Presidi Ospedalieri

	2019	2022	%
2° trimestre	3.265.027	3.342.172	102%
3° trimestre	2.448.179	2.503.087	102%
4° trimestre	3.220.582	3.399.791	106%
TOTALE	8.933.788	9.245.051	103%

Poliambulatori Territorio

	2019	2022	%
2° trimestre	4.003.762	3.350.273	84%
3° trimestre	3.336.340	2.611.310	78%
4° trimestre	4.012.985	1.376.149	34%
TOTALE	11.353.087	7.337.732	65%

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo è principalmente legato ad una minore produzione dei poliambulatori territoriali (specialistica ambulatoriale convenzionata). Questa minor produzione è stata causata da una molteplicità di fattori, tra cui una riduzione delle ore di specialistica ambulatoriale (circa 30.400 ore). Inoltre, nei poliambulatori territoriali si è registrato un tasso di no show particolarmente elevato pari a circa al 12% sull'anno. Per il raggiungimento dell'obiettivo, l'ASST ha provveduto ad ampliare, presso i due presidi ospedalieri, l'offerta di prestazioni sanitarie ampliando l'orario di attività fino alle ore 20 dal lunedì al venerdì e prevedendo l'esecuzione di alcune prestazioni il sabato mattina. Le

specialità prevalentemente coinvolte in questa attività sono state: radiologia, chirurgia generale, endoscopia, endocrinologia, otorinolaringoiatria, oculistica, pneumologia, urologia, gastroenterologia, ortopedia, neurologia, cardiologia, fisiatria e ginecologia. Inoltre, come previsto dalla DGR XI/6279 dell'11 aprile 2022, per quanto riguarda l'erogazione di alcune prestazioni di diagnostica (TAC, RMN e mammografie) sono stati previsti almeno tre turni settimanali da 4 ore, di cui uno nella fascia oraria 20-24 dal lunedì al venerdì, uno nella fascia oraria 8-20 di un giorno festivo e uno nella fascia oraria 14-18 di un giorno prefestivo e successivamente, come previsto con nota protocollo n. G1.2022.0028840 dell' 11 luglio 2022, la fascia serale è stata estesa anche alla fascia oraria dalle 16:00 alle 20:00.

Inoltre rispetto a quanto documentato sul rispetto dei tempi di attesa la ASST è riuscita a rispettare i tempi di attesa sia per le prime visite con classe di priorità B sia per le prestazioni diagnostiche.

Obiettivo raggiunto al 93,6% a livello aziendale al 100% al netto del territorio

-Ricoveri chirurgici oncologici in classe A

La ASST Nord Milano è riuscita a erogare entro i termini gli interventi chirurgici oncologici in Classe A svolti in elezione, a fronte di un obiettivo dell'80% primo trimestre, dell'85% secondo e terzo trimestre e 90% nel quarto trimestre. Nei trimestri del 2022 l'ASST ha garantito un rispetto degli interventi chirurgici oncologici in Classe A con percentuali di raggiungimento pari al 85% nel primo trimestre, al 95% nel secondo trimestre, 100% nel terzo trimestre e nel quarto trimestre (tabella 2)

Per garantire il raggiungimento di tale obiettivo l'ASST Nord Milano ha intrapreso, un progetto di riorganizzazione e monitoraggio costante del processo chirurgico. Nello specifico l'attività di re-ingegnerizzazione dei processi è stata finalizzata a eliminare i colli di bottiglia nell'attività e a ridurre il tempo di attraversamento dei pazienti, dal momento di inserimento in lista d'attesa all'uscita dalla sala operatoria. Il gruppo di lavoro dedicato si è riunito a cadenza settimanale per analizzare i dati della settimana precedente e implementare eventuali soluzioni correttive.

Tabella 1: Interventi Oncologici Classe A anno 2022

Interventi oncologici in Classe A	IN	OUT	Totale Interventi	% IN
I trimestre	81	14	95	85%
II trimestre	81	4	85	95%
III trimestre	64	0	64	100%
IV trimestre	56	0	56	100%

Obiettivo raggiunto al 100%

-Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le classi, solo nuovi casi)

Regione Lombardia ha posto come obiettivo per il rispetto dei tempi d'attesa degli interventi chirurgici inseriti in liste d'attesa da gennaio 2022 (nuovi inserimenti) il 75% nel secondo trimestre, l'80% nel terzo trimestre e l'85% nel quarto trimestre. La ASST Nord Milano è riuscita a raggiungere una percentuale di rispetto dei tempi d'attesa sui nuovi interventi svolti in elezione pari al 94,3% nel secondo trimestre, il 98,2% nel terzo trimestre e il 98,4% nel quarto trimestre. Il dettaglio annuale relativo alle singole classi di priorità è riportato nella tabella sottostante.

Tabella 2: "Nuovi" Interventi in elezione svolti nel 2022

"Nuovi" interventi	IN	OUT	Totale complessivo	% Rispetto TA
II trimestre	950	36	986	96,3%
III trimestre	936	17	953	98,2%
IV trimestre	1378	23	1401	98,4%
Totale complessivo	3313	100	3413	97.1%

Per garantire questo risultato la ASST Nord Milano ha intrapreso un'azione di monitoraggio settimanale in cui sono stati coinvolti tutti i responsabili del dipartimento chirurgico e i relativi coordinatori infermieristici. L'obiettivo di questi incontri settimanali è stato quello monitorare collegialmente i dati, individuare eventuali soluzioni correttive e aumentare il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti.

Obiettivo raggiunto al 100%

-Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi)

La ASST Nord Milano è riuscita a raggiungere le percentuali di rispetto dei tempi d'attesa sulle prestazioni di diagnostica come riportato nella tabella sottostante, a fronte di un obiettivo dell'80% nel terzo trimestre e 90% nel quarto trimestre.

Tabella 3: rispetto tempi di attesa prestazioni di diagnostica per immagini Anno 2022 - ASST Nord Milano (presidi ospedalieri e Poliambulatori Territoriali)

	III Trimestre	IV Trimestre
Diagnostica per immagini (classi B,D,P)	98,5%	98,1%

Obiettivo raggiunto al 100%

-Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite)

L'ASST Nord-Milano è riuscita a raggiungere le percentuali di rispetto dei tempi d'attesa sulle prime visite con classe di priorità B come riportato nella tabella sottostante, a fronte di un obiettivo dell'80% nel secondo trimestre, 85% nel terzo trimestre e 90% nel quarto trimestre.

Tabella 5: rispetto tempi di attesa prime visite con classe di priorità B Anno 2022 - ASST Nord Milano (presidi ospedalieri e Poliambulatori Territoriali)

	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre
Prime Visite (classe B)	68%	93%	94%

Per raggiungere entrambi i risultati di rispetto delle prestazioni ambulatoriali, le azioni messe in atto nell'anno 2022 da parte della ASST Nord-Milano sono sintetizzabili nei seguenti punti:

- 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 quarto trimestre del 2022. Le prestazioni aggiuntive sono state pianificate attraverso l'attivazione di ambulatori in fasce orarie pomeridiane e il sabato mattina nei due presidi ospedalieri di SSG e Bassini.
- Progetto prestazioni radiologiche serali, festive e prefestive: programmazione ed erogazione delle prestazioni radiologiche di cui alla DGR 6279/2022 (TAC, Mammografia e RMN) nella fascia serale dalle 20:00 alle 24:00, nel pomeriggio dei giorni prefestivi e nei giorni festivi e nella fascia serale dalle 16:00 alle 20:00 come previsto con nota protocollo n. G1.2022.0028840 dell'11 luglio 2022. La programmazione dell'offerta è stata effettuata analizzando i tempi di attesa aziendali, così da garantire un numero di slot adeguati alle liste d'attesa esistenti.
- Presa in carico della prenotazione: per quanto riguarda il servizio di presa in carico della prenotazione della prestazione sanitaria, di cui alla DGR XI/5747/2021 sono state uniformate tutte le note di preparazione contenute all'interno delle agende coinvolgendo gli specialisti interessati. Sono stati, inoltre, organizzati degli incontri di formazione con il personale di Front Office e Back Office e si è costituito un gruppo di lavoro dedicato a questo servizio. ASST Nord Milano ha aderito

alla fase sperimentale, avviando il sistema dal 26/05/2022 per le prestazioni di radiologia e per tutte le visite (primi accessi e controlli) evadendo le richieste nel rispetto dei termini previsti.

- Piano per le liste di attesa 2022: l'azienda ha continuato anche nel quarto trimestre 2022 il processo di monitoraggio periodico della produzione aziendale e della saturazione delle agende della specialistica ambulatoriale al fine di rispondere all'obiettivo previsto (garantire almeno il 110% della produzione del medesimo periodo dell'anno 2019). In base ai risultati ottenuti dai monitoraggi l'Azienda ha apportato dei correttivi alle agende della specialistica ambulatoriale, ad esempio sono state predisposte delle agende per le prestazioni critiche per classi di priorità con particolare riferimento alle prestazioni con priorità U/B. Infine, per garantire la trasparenza delle liste di attesa, le agende di prenotazione sono costantemente esposte alla Rete Regionale di Prenotazione (RRP), ai sensi della DGR XI/6297 del 26 aprile 2022.
Obiettivo raggiunto al 95%

-Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV

Screening mammografico

Le prestazioni erogate nell'anno 2022 sono di seguito riportate:

SCREENING	disponibilità settimanale	target anno	n° prestazioni erogate	% copertura anno 2022
mammografie di I° livello	200	10.000	7.265	73%
mammografie di II° livello	16	1.800	1.503	84%

L'obiettivo si ritiene raggiunto in quanto sono stati presi in carico tutti i pazienti inviati da ATS Milano Città Metropolitana.

Indicatori:

Tempo di refertazione (N° di giorni tra esecuzione della mammografia di screening ed inserimento dell'esito negativo nel software gestionale di screening): 90% dei casi entro 15 giorni di calendario.

Al 31 dicembre l'ASST Nord Milano rispetta il tempo di refertazione entro i 15 giorni per il 93% dei casi entro i 21 giorni per il 99% dei casi.

Tempo di attesa per approfondimento (numero di giorni tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'approfondimento): 90% dei casi entro 28 giorni di calendario.

Al 31 dicembre l'ASST Nord Milano rispetta il tempo di attesa per approfondimento entro i 28 giorni per il 98.4% dei casi

Partecipazione all'analisi dei cancri di intervallo relativi allo screening mammografico mettendo a disposizione le proprie professionalità (90% dei lettori) e la documentazione clinica ed iconografica.

I radiologi della UOC Diagnostica per immagini hanno partecipato all'evento regionale del 20 settembre organizzato da ATS Valpadana per Regione, ad una successiva revisione e approfondimento nel mese di dicembre e alla valutazione conclusiva del 20 gennaio 2023 organizzato da ATS Milano Città Metropolitana.

Screening del colon-retto

Le prestazioni erogate nell'anno 2022 sono di seguito riportate

SCREENING	disponibilità settimanale	target anno	n° prestazioni erogate	% copertura gen-ago
colonscopie e prestazioni di II livello	15	500	543	109%

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo la ASST ha garantito l'apertura del servizio anche nel mese di agosto, come da richiesta di ATS Milano Città Metropolitana.

Indicatori:

Tempo d'attesa per colonscopia (numero di giorni che intercorrono tra la data del referto del test di screening e la prima data resa disponibile per la colonscopia) \leq 30 giorni di calendario in almeno il 90% dei casi. Vengono esclusi i cambi di appuntamento o i ritardi nell'individuazione della data da parte del paziente.

La DGR 6370/2022 ha rimodulato il target al 50%. Al 31 dicembre l'ASST Nord Milano rispetta il tempo di attesa per colonscopie entro i 30 giorni per il 58,3% dei casi. Proporzioni di colonscopie complete > 85% accettabile, 90% desiderabile. Al 31 dicembre la proporzione di colonscopie complete è pari all'85,2%

Screening HCV

Nel corso del 1° quadrimestre 2022, presso ASST NORD MILANO è stato costituito un Gruppo di Lavoro per l'attuazione del programma di screening ed è stato nominato il Referente Aziendale (dr. Stefano Pastori). ASST NORD MILANO ha confermato a Regione e ad ATS la candidatura come centro di 1° Livello. L'attività ha avuto avvio il 13 giugno. E' stato predisposto un percorso informativo e formativo che coinvolge tutti gli operatori CUP, gli operatori dei Centri Prelievo e dei reparti di degenza.

Nel periodo giugno - 12 dicembre, il numero di prestazioni per esterni erogate per l'eliminazione del virus HCV è stato di 4.240.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Attività di donazione di organi e tessuti

I dati relativi all'anno 2022, suddivisi per trimestri, sono riportati di seguito:

OBIETTIVI	1° TRIMESTRE	2° TRIMESTRE	3° TRIMESTRE	4° TRIMESTRE	NOTE
Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali in terapia Intensiva >40%	non si sono verificati decessi con lesioni cerebrali in terapia Intensiva	non si sono verificati decessi con lesioni cerebrali in terapia Intensiva	non si sono verificati decessi con lesioni cerebrali in terapia Intensiva	un soggetto sottoposto ad accertamento/una decesso= 100%	
Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni	zero soggetti sottoposto ad accertamento/una decesso= 0%	zero soggetti sottoposto ad accertamento/duo decesso= 0%	non si sono verificati decessi per lesioni cerebrali nei reparti	un soggetto sottoposto ad accertamento/quattro decesso= 25%	La procedura di prelievo multi tessuto è stata

cerebrali in tutti i reparti >15%					attivata, in collaborazione con ASST GOM Niguarda nel mese di luglio
Rapporto tra donazione multi tessuto con esito positivo /N° di decessi candidabili alla donazione >2%	zero donazione/sei decessi=0%	zero donazione/quattro decessi=0%	una donazione/sei decessi=16,67%	zero donazione/sette decessi=0%	
Rapporto tra n° donatori cornee/n° totale decessi >10%	5 donatori/180 decessi=2,78%	23 donatori/209 decessi=11,00%	33 donatori/210 decessi=15,71%	50 donatori/215 decessi=23,25%	

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

- Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali in terapia Intensiva >40%: 100%
- Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali in tutti i reparti >15%: 14,29% se calcolato sull'anno, 25% se calcolato da luglio a seguito dell'elaborazione della procedura effettuata in collaborazione con l'ASST GOM Niguarda.
- Rapporto tra donazione multi tessuto con esito positivo /N° di decessi candidabili alla donazione >2%: 4.35%
- Rapporto tra n° donatori cornee/n° totale decessi >10%: 13,64%

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Realizzazione del Percorso Attuativo Certificabilità (PAC)

Sono stati fatti nel corso del periodo giugno-settembre degli incontri/confronti con gli uffici competenti al fine di revisionare le procedure PAC area Immobilizzazioni.

La revisione si è conclusa in data 1 settembre. Le stesse sono state trasmesse all'Ufficio Qualità per la pubblicazione sul sistema gestionale.

Durante la revisione si è proceduto anche a verificare l'effettiva applicazione da parte degli operatori di alcuni aspetti delle procedure in esame.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Rispetto dei cronogrammi degli investimenti finanziati nei programmi di investimento

In riferimento al rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico previsti nel PNRR e PNC (M6.C2 1.2. e M6.C2 – 1.1.2.) per l'anno 2022 si rendiconta che per quanto riguarda il finanziamento PNC:

(“Adeguamento sismico e antincendio dell'ospedale Bassini” per 1,905 mln di euro):

- è stata inoltrata – alla scadenze prefissata – la scheda intervento AGENAS;
- è stato predisposto il DIP (Documento di Indirizzo alla Progettazione), preliminare all'avvio della procedura di affidamento della progettazione. Con deliberazione n. 608 del 12.7.2022.

- È stato affidato, nell’ambito di AQ di ARIA, lo studio di vulnerabilità sismica, prodromico alla progettazione delle opere antisismiche.
- È stata affidata con deliberazione n.910 del 08.11.2022 la progettazione delle opere di completamento antincendio attraverso adesione ad AQ di ARIA.
- È stato affidato, con deliberazione n. 785 del 28.09.2022, il servizio di indagini strutturali finalizzate allo studio di vulnerabilità sismica necessarie per lo sviluppo dello studio di vulnerabilità. Per l’esecuzione delle indagini, stante la difficoltà di poter operare entro la struttura ospedaliera con attività in corso, è stata concessa proroga all’impresa esecutrice delle indagini. Tale proroga, è stata estesa anche allo studio incaricato della redazione della vulnerabilità, trattandosi di attività tra loro correlate.

Le indagini strutturali sono in fase di conclusione. Nel mese di dicembre sono state consegnate le prime risultanze (relazione + risultati da laboratorio).

Per quanto riguarda il finanziamento PNRR (“CdC/OdC/COT” per presunti 14,9 mln di euro [limitatamente alle strutture ASST NM]):

- sono state inoltrate – alla scadenza prefissata – le schede intervento AGENAS relative alle strutture individuate sia di ASST NM che della città di Milano. Sono ultimati gli adempimenti necessari per la cessione alle ASST competenti ad esclusione della sede di Via Farini per la risoluzione del contenzioso aperto tra il Comune di Milano e ATS.
- Sono ultimati i lavori presso l’immobile di Via Centurelli a Bresso entro i tempi definiti (settembre 2022) consentendo l’attivazione e l’accreditamento della CdC.
- Sono stati inoltre affidati, attraverso AQ di ARIA rispettivamente con dlb. n. 562, 563 e 564 del 30.6.2022, gli incarichi di progettazione delle CdC/COT di Via Boccaccio 17 a Cologno, Via Ginestra a Cusano M.no e Via Terenghi a Cinisello B.mo. I progetti sono stati consegnati nella prima metà del mese di ottobre 2022.
- È stata avviata indagine di manifestazione di interesse per l’affidamento dei lavori di realizzazione di CdC/COT per le strutture in Via Boccaccio 17 a Cologno M., Via Ginestra a Cusano M.no e Via Terenghi a Cinisello B.mo.
- È stata espletata indizione di gara per l’affidamento dei lavori di:
- CdC in Via Boccaccio 17 a Cologno M. con deliberazione n. 979 del 01/12/2022;
- CdC+COT in via Terenghi,1 in Cinisello B. con deliberazione n. 1004 del 09/12/2022;
- Per la CdC in Via Ginestra,1 si sta procedendo all’indizione della gara dopo aver definito con la Direzione le risorse economiche aggiuntive occorrenti a seguito dell’aumento dell’importo dei lavori rispetto a quanto preventivato.
- Per OdC+COT in Via Arosio in Cologno Monzese è stata affidata (deliberazione n. 675 del 03.08.2022) ed avviata la progettazione pur non disponendo ancora di ufficializzazione dell’ulteriore area da dedicare all’ospedale al 31.12.2022. L’affidamento dei lavori avverrà tramite procedura di gara espletata da Invitalia (deliberazione n.494 del 09/06/2022) al 31.12.2022 non ancora disponibile.
- Per CdC+COT in Via Oslavia, 1 in Sesto San Giovanni è stata avviata la progettazione (deliberazione n.676 del 03.08.2022). Sono stati effettuati incontri con il Comune ed ATS Città Metropolitana di Milano per definire la titolarità del contratto di comodato. Al 31.12.2022 si è ancora in attesa di riscontro da parte del Comune di SSG.
- OdC + CdC in Via Buonarroti in Cormano. Affidata la progettazione (deliberazione n. 675 del 03.08.2022).

In data 16/12/2022 Prot. 36756 (ASST NM) ATS Città Metropolitana di Milano, fornisce riscontro al Comune di Cormano in merito alla richiesta, dello stesso, datata 04.10.2022, di modifica del suolo su cui edificare dell’OdC. Inoltre, al 31.12.2022 si è in attesa del progetto “guida” dell’OdC indicato da ATS e Regione Lombardia quale riferimento per l’elaborazione di nuovi OdC.

- ❖ (“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature Sanitarie) M6.C2 – 1.1.2.) sono state inviate – alla scadenza prefissata – le schede intervento AGENAS. Nell’ultimo trimestre sono stati consegnati e collaudati n. 3 ecotomografi destinati alla SC Cardiologia, SC Radiologia e SC Ginecologia.

- ❖ (“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Sistemi informativi sanitari) M6.C2 – 1.1.1.) sono state inviate – alla scadenze prefissata – le schede intervento AGENAS. Sono state aggiornate le schede progetto ICT PNRR al 30/06/2022 e condivise con RL. Si è provveduto all’adesione alla convenzione CONSIP RETI LOCALI 7 - LOTTO2 - per l’acquisto di dispositivi (switch, access point, firewall) per l’evoluzione del Data Center propedeutici all’installazione della cartella clinica. Nel ultimo trimestre 2022 è stato consegnato e installato il materiale relativo a uno dei due ordini emessi (identificativo 2000000162-163-164-165-CRX).

Per quanto attiene al rispetto del cronogramma degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico ammessi a finanziamento nei piani di investimento regionali approvati dalla G.R. nell’anno 2021 o rimodulati nell’anno 2021, si rendiconta che:

- ❖ per la DGR 4928 del 21/06/2021 - Completamento opere di adeguamento antincendio Presidio Ospedaliero Bassini compresa verifica di vulnerabilità sismica (1,5 mln di euro). Visto che tale stanziamento è un cofinanziamento del PNC menzionato nel precedente obiettivo, la rendicontazione è la medesima.
- ❖ Per la DGR 5161 del 02/08/2021 - Riqualficazione del reparto di psichiatria PO Sesto S.Giovanni (1 mln di euro), si rendiconta che con delibera n. 201 dell’01/03/2022, in adesione all’Accordo Quadro ARIA - è stato affidato l’incarico della progettazione che è stata avviata in data 28 marzo 2022. Il progetto è stato consegnato entro la prima metà di settembre e validato in data 20/09/2022. Inoltre con delibera n. 847 del 04/10/2022 è stata indetta una procedura negoziata per l’affidamento dei lavori di riqualficazione del reparto di psichiatria, preceduta da procedura di manifestazione di interesse. È stato affidato, attraverso AQ di ARIA, il servizio di Direzione Lavori dell’intervento di ristrutturazione del reparto di psichiatria con delibera n. 870 del 267/10/2022. In svolgimento i lavori di allestimento del reparto al 7° piano del pad.2, necessari per ospitare la degenza di psichiatria, ora collocata al piano 1° Pad.1, durante i lavori di ristrutturazione.

Obiettivo raggiunto al 100%

Obiettivo: Anticorruzione e trasparenza

In merito all’anticorruzione l’Azienda ha previsto per l’anno 2022 la revisione delle procedure di analisi e valutazione del rischio corruttivo conformemente a quanto riportato nell’allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019, che promuove un approccio di tipo qualitativo rispetto ad un approccio quantitativo fondato su analisi matematiche e statistiche.

Tale metodologia è stata compiutamente applicata ai processi afferenti alle seguenti aree di rischio:

- a) area di rischio Contratti Pubblici = Strutture coinvolte SC Gestione Acquisiti - SC Gestione Tecnico Patrimoniale.
- b) Area di Rischio Acquisizione e Gestione Risorse Umane = Struttura coinvolta SC Risorse Umane e Organizzazione.
- c) Area di rischio Liste di Attesa e Libera professione = Strutture coinvolte - SC Controllo di Gestione SC Gestione Operativa – SC Accoglienza e Cup aziendali.

Per la condivisione e la corretta applicazione di tale metodologia, nel corso del 2022 sono stati organizzati plurimi incontri promossi dal RPCT e diretti a tutte le strutture interessate, a seguito dei quali è stato possibile procedere alla revisione del processo di analisi e valutazione del rischio ed elaborare il nuovo Piano trattamento dei rischi recante le misure di prevenzione della corruzione più appropriate a fronte dei rischi corruttivi in precedenza identificati e valutati.

L’esito dell’attività svolta costituisce parte integrante della Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023/2025, approvato con delibera n. 152 del 15 febbraio 2023 ed è rappresentata dai seguenti allegati:

Allegato n. 1 “Registro Rischi aree Contratti Pubblici – Acquisizione e Gestione Risorse Umane - Libera professione e Liste di Attesa”;

Allegato n. 2: “Piano Trattamento rischi aree Contratti Pubblici – Acquisizione e Gestione Risorse Umane Libera professione e Liste di Attesa”.

Altre attività espletate in materia di anticorruzione nel 2022 in esecuzione del Piano possono sintetizzarsi come segue:

1. Monitoraggio applicazione delle misure di prevenzione della corruzione generali e specifiche

Il monitoraggio, da parte del RPCT, delle misure generali si è concretizzato con la richiesta e l’acquisizione della Relazione finale a cura delle Strutture soggette a controllo circa lo stato di attuazione delle misure riportate nel Piano Anticorruzione.

Il monitoraggio delle misure specifiche è stato effettuato dal RPCT a cadenza semestrale mediante acquisizione degli indicatori previsti dal PTPCT ai Responsabili delle strutture aziendali competenti, nonché mediante la partecipazione del RPCT agli incontri programmati dal Referente aziendale Internal Audit relativi ai processi afferenti alla libera professione e alla gestione delle donazioni e dei comodati d’uso.

2. Formazione generale e specifica in materia di anticorruzione

Per quanto riguarda la formazione generale destinata al personale neo assunto è stato organizzato il Corso Webinar dal titolo *“Anticorruzione nelle P.A.: le novità in tema di semplificazione pubblicità e trasparenza”* avvalendosi della piattaforma messa a disposizione da provider esterno, sotto la direzione scientifica del RPCT. Per quanto attiene alla formazione specifica riservata al personale delle strutture afferenti alle aree considerate a maggior rischio, sono state organizzate a livello aziendale tre iniziative formative aziendali in presenza, avvalendosi dei contenuti di alcuni corsi webinar organizzati ed espletati da ANCI e Regione Lombardia in materia di conflitto di interesse e identificazione degli eventi a rischio corruttivo. Sono state altresì organizzate ed espletate nel 2022 due edizioni del Corso *“Principi e doveri del dipendente. Codice di Comportamento aziendale e Regolamento extra istituzionale”*, articolato in due moduli dedicati uno al Codice di Comportamento e l’altro al Regolamento in materia di attività extra istituzionali, entrambi finalizzati alla promozione dell’integrità e dell’etica pubblica.

3. Aggiornamento del Codice di comportamento

Con Deliberazione n. 1040 del 21 dicembre 2022 è stato approvato l’aggiornamento del Codice di Comportamento, al fine di integrarlo in ottemperanza a quanto previsto dal novellato art. 54 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., con una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti. In merito alla trasparenza, nel corso dell’anno 2022 si è regolarmente provveduto all’obiettivo del monitoraggio semestrale circa l’adempimento degli obblighi di pubblicazione a carico delle strutture aziendali con particolare attenzione alle aree della sezione Amministrazione trasparente individuate da Anac per l’anno 2022 con deliberazione 13 aprile 2022 n. 201. Tale monitoraggio è stato funzionale all’attività di certificazione annuale di competenza del Nucleo di Valutazione, il quale ha accertato il corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell’A.S.S.T. Nord Milano nella seduta del 22 giugno 2022. Si è altresì provveduto quale obiettivo 2022 al monitoraggio in punto di tracciabilità della corretta gestione delle istanze di accesso documentale e di accesso civico semplice e generalizzato e alla corretta pubblicazione del Registro Generale degli accessi sulla sezione amministrazione trasparente del sito Aziendale: a tale proposito si è riscontrato un livello di tracciabilità delle istanze di accesso superiore all’80% per tutte le strutture interessate. Un ulteriore obiettivo qualificante in materia di trasparenza per il 2022 è stato rappresentato dalla implementazione delle informazioni riportate nella Carta dei Servizi, pubblicata sulla sezione amministrazione del sito

aziendale, con particolare riguardo alle informazioni relative alle varie tipologie di prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogabili nei presidi e nelle strutture aziendali. L’A.S.S.T. Nord Milano, a tale proposito, ha provveduto alla realizzazione ed alla pubblicazione, a cura della SS Comunicazione, della nuova Carta dei Servizi aziendale, recante informazioni più dettagliate ed organiche circa i servizi erogati in Azienda. Si è altresì provveduto ad integrare le informazioni riportate in alcune Aree della Sezione Amministrazione trasparente mediante:

- a) l’attivazione di un link al sito della Funzione pubblica PERLAPA ai fini della organica pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di consulenza presso la sottosezione Consulenti e Collaboratori del sito aziendale , come peraltro suggerito dall’Organismo Interno di Valutazione nell’anno 2022;
- b) l’attivazione presso la sottosezione Bandi di gara e contratti, di un link di collegamento alla piattaforma di Regione Lombardia T&T (Trasparenza & Tracciabilità), al fine di consentire al cittadino di avere maggiore contezza circa i contratti gestiti dalla specifica Stazione Appaltante.

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

	VALUTAZIONE POSITIVA
	VALUTAZIONE SUFFICIENTE RISPETTO ALLE ATTESE
	VALUTAZIONE NEGATIVA

Dimensione di analisi	Obiettivo	Indicatore	Anno 2019	Risultato Atteso	Anno 2022	% di raggiungimento
efficienza	Mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario	Mantenimento del rapporto tra macroaggregati di costo e di ricavo (costi: personale, beni e servizi, altri costi/valore della produzione da bilancio), in coerenza con le assegnazioni di costo e ricavo		63,15%, 61,1%, 136,3%	64,3%, 58,5%, 135,5%	67%
	Tempi di pagamento	Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente	16,56	mantenimento/miglioramento	26,09	100%
	Ricette dematerializzate	n° ricette dematerializzate +RUR SIS prodotte/n° totale ricette (dematerializzate +RUR SIS prodotte+ rosse)		miglioramento	n.v.	
Processo Organizzativo	Piano di contrasto al Covid-19	Rispetto dei target numerici e temporali indicati dall'Unità di Crisi Vaccinazioni Covid-19 sia per le somministrazioni nei centri vaccinali che per le somministrazioni domiciliari		rispetto	FATTO	100%
		Rispetto delle indicazioni della Task Force Tamponi		rispetto	FATTO	100%
		Garanzia di almeno l'8% del personale medico e infermieristico dedicato alle vaccinazioni e ai tamponi		8%	N.P.	
	Potenziamento rete territoriale	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare		rispetto cronoprogramma	FATTO	100%
	Attuazione legge regionale n. 22/2021	Istituzione dei Distretti entro le tempistiche previste dalla legge regionale e nomina dei Direttori di Distretto		rispetto tempi	FATTO	100%
		Approvazione dei Piani Organizzativi Aziendali Strategici secondo le indicazioni e le tempistiche indicate dalla Direzione Generale Welfare		approvazione piano	FATTO	100%
	Piano di ripresa 2022 e programmi di screening	Almeno il 110% della produzione del medesimo trimestre 2019 dell'area dei ricoveri chirurgici programmati (con particolare riferimento all'area oncologica oltre alle prestazioni previste nel PNGLA): rendicontazione trimestrale a partire da aprile	3.572.123 2.847.663 3.780.966	3.929.335 3.132.429 4.159.063	4.133.367 2.944.859 4.262.185	100%
		Almeno il 110% della produzione del medesimo trimestre 2019 dell'area specialistica ambulatoriale (con priorità alle macroaree di diagnostica strumentale e screening oltre alle prestazioni previste nel PNGLA): rendicontazione trimestrale a partire da aprile	7.268.789 5.784.519 7.233.567	7.995.668 6.362.971 7.956.924	6.692.445 5.114.397 4.775.940	82%
		Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare sulle attività di screening, compresa l'adesione al programma regionale di screening per l'eliminazione del virus HCV.		rispetto target	FATTO	100%
	Attività di donazione di organi e tessuti	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare in merito alla percentuale di casi di donazione di organi e tessuti sul totale dei decessi.		rispetto target	FATTO	100%
Realizzazione del Percorso Attuativo Certificabilità (PAC)	Revisione/applicazione procedure PAC		applicazione	FATTO	100%	
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Liste d'attesa	Rispetto del tempo massimo di attesa: Ricoveri chirurgici oncologici in classe A		1° trimestre: 80%; 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%	85%, 95%, 100%, 100%	100%
		Ricoveri chirurgici non oncologici (tutte le solo nuovi casi)		2° trimestre 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85%	98,2%, 98,4%	100%
		Prestazioni di specialistica ambulatoriale (solo prestazioni di diagnostica per immagini, nuovi casi)		3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%	98,5%, 98,1%	100%
		- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (classe B – 10 gg, solo prime visite)		2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%	68%, 93%, 94%	95%
Sviluppo	Investimenti	Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziati nei programmi di investimento		rispetto cronoprogramma	FATTO	100%
Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Trasparenza	Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza		Rispetto	FATTO	100%
	Anticorruzione	Adozione della metodologia di analisi e valutazione del rischio ai sensi dell'all. 1 PNA ANAC 2019		adozione metodologia su tre aree	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 2022 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 97% dal comparto come da tabelle di seguito riportate e hanno coinvolto tutto il personale della dirigenza e del comparto:

DIRIGENZA SANITARIA E NON			
% di raggiungimento	quota corrisposta	n° U.O./S.S.D	n° f.te
da 0% al 59%	0		
dal 60% al 69%	60%		
dal 70% al 79%	70%		
dall'80% al 100%	in %	56	436
COMPARTO			
% di raggiungimento	Quota corrisposta	n° CdR	n° f.te
da 0 al 49%	0		
dal 50% al 69%	60%		
dal 70% al 90%	80%		
dal 91% al 100%	100%	84	1.822

5. Valutazione di Performance individuale

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2022 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. Essa è relativa alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi.

VERBALE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE AZIENDALE

In data 29 giugno 2023 con la Direzione Generale in Via Gorky di Cinisello Balsamo sono presenti:

- Prof. Mario DEL VECCHIO- Presidente
- Dott.ssa Marina CANCELLIERI
- Dott. Mauro AGNELLO

nominati componenti del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni della ASST Nord Milano con deliberazione n° 667 del 30/07/2021.

Per l'Amministrazione della ASST Nord Milano sono presenti:

- Dott.ssa Teresa Marilena LEGGIERI – SC Controllo di gestione
- Avv.to Anna Bricchi – SS Affari Legali e Responsabile RPCT

Si riportano gli argomenti all'ODG:

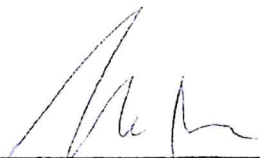
- Certificazione obiettivi dirigenza e comparto - Anno 2022
- Relazione Piano performance anno 2022
- Presentazione obiettivi anno 2023 della dirigenza e comparto

Relazione Piano performance anno 2022

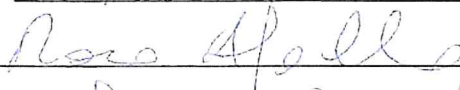
Con riferimento alla relazione del Piano Performance il nucleo ne approva i contenuti.

Letto, confermato, sottoscritto

Prof. Mario DEL VECCHIO



Dott. Mauro AGNELLO



Dott.ssa Marina CANCELLIERI

