



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 693/2026/DG

Il giorno 26/06/2026

Il Direttore Generale

Marco Bosio

ha adottato la seguente Deliberazione:

OGGETTO:

**APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE PER L'ANNO 2024,
AI SENSI DELL'ART. 10, COMMA 1, LETT.B) DEL D.LGS. DEL 27 OTTOBRE 2009,
N. 150 E S.M.I.**

Nessun onere previsto

Fascicolo Generale n°: **1.1.2 – 27/2026**

SC Controllo di Gestione

Il Responsabile del Procedimento: **Annalisa Mascheroni**

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO:

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ad oggetto "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e s.m.i.;
- il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i. ad oggetto "*Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle pubbliche amministrazioni*";
- il D.Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*";
- il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 "*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 in Legge 6 agosto 2021, n. 113 e, in particolare, l'articolo 6 che ha introdotto nell'ordinamento, quale nuovo strumento programmatico, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), il quale assorbe, tra l'altro, il Piano della Performance, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, il Piano triennale del Fabbisogno del Personale e il Piano triennale delle Azioni Positive;

VISTA la Legge Regionale 11 agosto 2015 - n. 23 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" e s.m.i.;

PREMESSO che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- con deliberazione del 30 gennaio 2025, n. 69 è stato approvato l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASST Rhodense (PIAO) triennio 2025-2027, che assorbe e sostituisce il Piano della Performance, documento programmatico e descrittivo degli obiettivi, delle azioni e dei risultati da perseguire in coerenza con il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio;
- entro il 30 giugno di ciascun anno le amministrazioni redigono la relazione annuale sulla performance avente ad oggetto i risultati degli obiettivi aziendali conseguiti con riferimento all'anno precedente e la stessa viene pubblicata sul proprio sito istituzionale, nella sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 10, comma 1, lett. b) e 14, comma 4, lett. c) del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;

EVIDENZIATO che la relazione sopra citata deve essere approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo dell'Ente e validata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 10, comma 1, lett. b) e 14, comma 4, lett. c) del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.;

ATTESO che questa SC ha provveduto ad effettuare il monitoraggio delle attività previste nel piano della performance e conseguentemente ha redatto, con il supporto delle competenti Strutture aziendali interessate, la relazione finale nella quale si è dato atto dell'effettivo stato di attuazione di quanto pianificato nonché del raggiungimento degli obiettivi previsti;

DATO ATTO che:

- con nota 16 giugno 2026, conservata in atti di ufficio, è stata trasmessa la bozza del documento - contenente la relazione annuale sulla Performance relativa all'anno 2025 - al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- in data 24 giugno 2026 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, all'unanimità, ha espresso parere favorevole in ordine al contenuto e al metodo di redazione del documento provvedendo a validare la relazione in parola, ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D. Lgs 150/2009, così come modificato dal D. Lgs. 74/2017;
- a seguito dell'adozione della relazione in argomento, la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale di ASST Rhodense, nella sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D. Lgs 150/2009, così come modificato dal D. Lgs. 74/2017;

PRESO ATTO che il Direttore della SC Controllo di Gestione con la sottoscrizione della proposta di deliberazione di che trattasi ne attesta la legittimità e la regolarità tecnica, formale e sostanziale;

RITENUTO di far proprie le proposte del Responsabile del procedimento in relazione a quanto sopra riferito;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e, per quanto di propria competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. e della L.R. n. 23/2015, il parere del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

- 1. di approvare** la Relazione sulla Performance dell'ASST Rhodense relativa all'anno 2025, allegata quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 1), così come validata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in seno all'incontro del 24 giugno 2026;
- 2. di dare atto** che la relazione in argomento sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale di ASST Rhodense, nella sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi dell'art. 14, comma 4, del D. Lgs 150/2009, così come modificato dal D. Lgs. N. 74/2017;
- 3. di dare atto** che l'esecuzione del presente provvedimento è affidata al Responsabile del procedimento, il quale ne comunicherà l'avvenuta approvazione alle Strutture interessate per l'adempimento delle rispettive competenze, così come individuate nel POAS aziendale;

- 4. di dare atto**, altresì, che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio dell'azienda.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (*)

(Paola Bianco)

IL DIRETTORE SANITARIO (*)

(Giorgia Saporetti)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO (*)

(Emiliano Gaffuri)

IL DIRETTORE GENERALE (*)

(Marco Bosio)

**Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e del D.Lgs. 7 MARZO 2005 n. 82 e norme
collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa*



Relazione Annuale sulla Performance - Anno 2025

Redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1 lett. b) del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i.



INDICE

1.PREMESSA.....	3
2.LA MISSION E I VALORI DI RIFERIMENTO.....	3
3.L'AZIENDA IN NUMERI.....	4
4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	11
5. LA PERFORMANCE.....	12
5.1 Obiettivi strategici dell'Azienda	12
5.2 Valutazione della Performance.....	13
5.3 Linee di Programmazione.....	17
6. LAVORO AGILE.....	38
7. CUSTOMER SATISFACTION.....	39
8. COLLEGAMENTO CON IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	39

1. PREMESSA

L'ASST Rhodense, ai sensi dell'art. 1 del D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81, ha adottato con deliberazione n. 69 del 30/01/2025, l'aggiornamento del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (di seguito PIAO) relativo al triennio 2025-2027, documento unico di programmazione e governance che assorbe e sostituisce il Piano della Performance, in un'ottica di semplificazione dei procedimenti e di miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese.

La Relazione annuale vuole rappresentare ai cittadini e agli Stakeholders una sintesi dei risultati organizzativi ed individuali ottenuti nel trascorso anno 2025 per quanto riguarda gli obiettivi strategici, consentendo agli stessi, allo stesso tempo, di approfondire ed entrare nel merito di quanto esposto nella relazione, consultando il sito intranet dell'Azienda - <https://www.asst-rhodense.it/AmministrazioneTrasparente/performance.html> - in particolare, la sezione "Amministrazione Trasparente" dove si trova, anche, il Piano della Performance.

La Relazione in parola è, altresì, il documento attraverso il quale l'Azienda rendiconta i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi programmati e inseriti nel Piano della Performance relativo al triennio 2025-2027, approvato all'interno del PIAO 2025-2027, sopra indicato.

Nella Relazione alla Performance sono evidenziate le risorse utilizzate e gli eventuali scostamenti registrati a consuntivo rispetto a quanto programmato.

La Relazione rappresenta uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'Azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti durante l'esercizio precedente, di fatto andando a migliorare in modo progressivo il funzionamento del ciclo della performance. In base alla normativa di riferimento, la presente Relazione sarà sottoposta alla validazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e successivamente pubblicata sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale.

L'obiettivo primario della Relazione, nonché del PIAO è la trasparenza e la comprensibilità dei dati, dei risultati e delle criticità incontrate nel periodo esaminato.

La Relazione è il risultato di un lavoro congiunto tra la Direzione Strategica e gli Uffici in Staff e Linea della stessa, che hanno analizzato gli obiettivi, misurato gli scostamenti, valutato le criticità e, soprattutto, resa visibile all'esterno la performance dell'Azienda.

2. LA MISSION E I VALORI DI RIFERIMENTO

L'ASST Rhodense è stata costituita a decorrere dal 01 giugno 2016, con DGR X/4477 del 10 dicembre 2015 in attuazione della Legge Regionale 11 agosto 2015 - n. 23 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

L'Azienda contribuisce attivamente al perseguimento degli obiettivi nonché al continuo miglioramento della qualità del Sistema Socio Sanitario Lombardo attraverso l'offerta di servizi sanitari e socio sanitari finalizzati alla tutela e alla promozione della salute fisica e mentale delle persone, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.



L'obiettivo principale e prioritario della ASST – Rhodense è quello di prendersi cura della persona in risposta ai suoi bisogni di salute, assumendo sempre più un ruolo pro-attivo nel processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della popolazione e assicurando la disponibilità e l'accesso all'assistenza ospedaliera, ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio contemplati dai livelli essenziali di assistenza, mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate.

I valori di riferimento per il perseguimento della mission sono:

- il rispetto e la centralità del paziente nel percorso assistenziale;
- la sicurezza e la tutela della salute;
- la valorizzazione delle risorse umane come patrimonio culturale e professionale;
- l'innovazione e lo sviluppo tecnologico, professionale e formativo;
- l'attenzione alla cronicità e alla fragilità, all'interezza della persona e della famiglia nell'ambito dell'utilizzo appropriato ed equilibrato delle risorse.

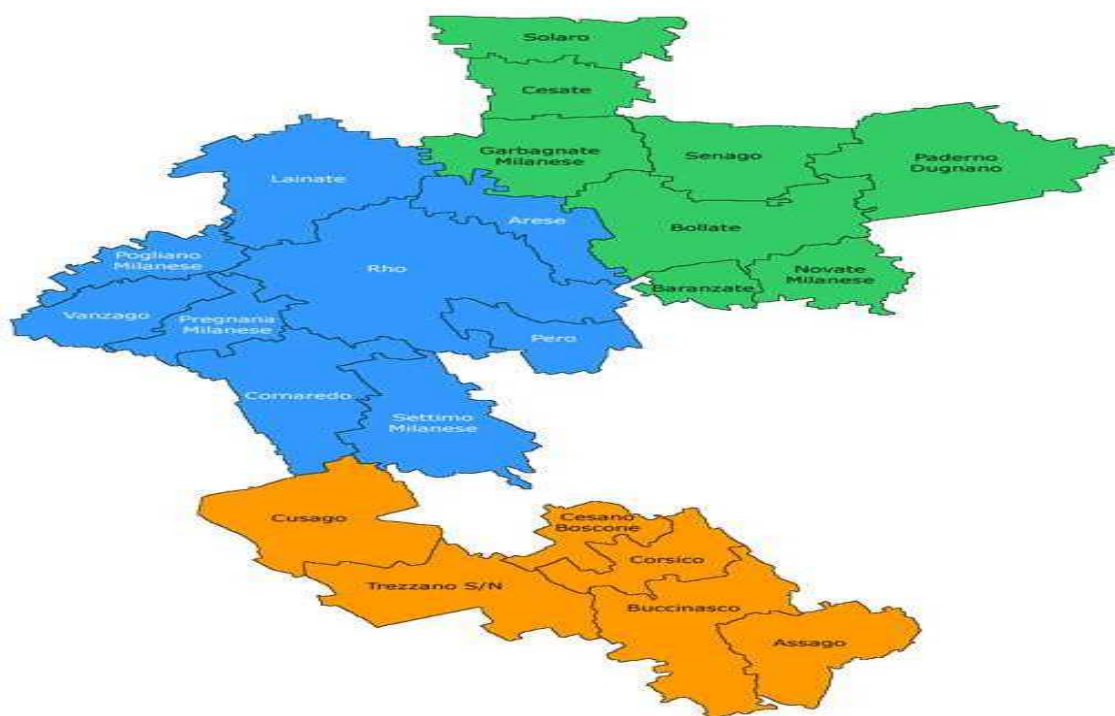
L'organizzazione dei servizi aziendali è strutturata per garantire la centralità del cittadino nel sistema aziendale ed assicurare l'informazione completa, accurata e tempestiva.

3.L'AZIENDA IN NUMERI

Generalità del territorio, della struttura e dell'organizzazione dei servizi

L'ASST Rhodense comprende il territorio e le strutture sanitarie e sociosanitarie dei sotto indicati Distretti della disciolta ASL Milano 1, nonché le strutture Ospedaliere dell'ex Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" con un bacino di utenza di circa 487.600 abitanti riferito all'anno 2025.

Distribuzione delle strutture sul territorio



Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

- Distretto Garbagnatese: Baranzate, Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese, Novate Milanese, Paderno Dugnano, Senago, Solaro.
- Distretto Rhodense: Arese, Cornaredo, Lainate, Pero, Pogliano Milanese, Pregnana Milanese, Rho, Settimo Milanese, Vanzago.
- Distretto Corsichese: Assago, Buccinasco, Cesano Boscone, Corsico, Cusago, Trezzano sul Naviglio.

Offerta Sanitaria

L'azienda si articola in due settori definiti:

- Polo ospedaliero, prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta e sede di offerta sanitaria specialistica.
- Rete territoriale, dedicata all'erogazione delle prestazioni socio sanitarie distrettuali e prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità.

Il Polo Ospedaliero è costituito dai tre Presidi Ospedalieri (PO) di seguito elencati:

- ● Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese ad alta intensità di cura;
- ● Presidio Ospedaliero di Rho ad alta intensità di cura;
- ● Presidio Ospedaliero di Passirana di Rho con finalità riabilitativa e di attivazione del percorso di presa in carico del paziente nella fase post acuta, con un regime di ricovero adeguato; lo stesso è anche sede di uno dei due Ospedali di Comunità presenti sul territorio.

Gli Ospedali dell'Azienda hanno acquisito nel corso degli anni un ruolo di specializzazione della propria attività al fine di rispondere alle moderne indicazioni di organizzazione sanitaria, che prevede di integrare l'organizzazione di attività affini, diversificando l'indirizzo delle strutture sanitarie per intensità di cura.

La Rete Territoriale è formata dall'organizzazione distrettuale a cui è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché le cure intermedie; garantisce le funzioni e le prestazioni medico legali.

Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità.

Al settore Polo Territoriale afferiscono le seguenti strutture per i cui dettagli, riferiti alla distribuzione sul territorio, si rimanda al contenuto del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (di seguito POAS) al sito seguente:

<https://www.asst-rhodense.it/AmministrazioneTrasparente/PrevenzioneCorruzione/2025/30.1.25%20DELIBERAZIONE%20N.%2069%20PIAO%202025-2027.pdf>

- ● Presidio Territoriale di Bollate;
- ● ● Ospedali di Comunità (OdC) previsti dal PNRR;
- ● ● ● Case di Comunità (CdC) previste dal PNRR;
- ● ● ● Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal PNRR.

Modello organizzativo

Il modello organizzativo dell'Azienda, ai sensi delle vigenti disposizioni regionali, è quello delineato nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (di seguito POAS):

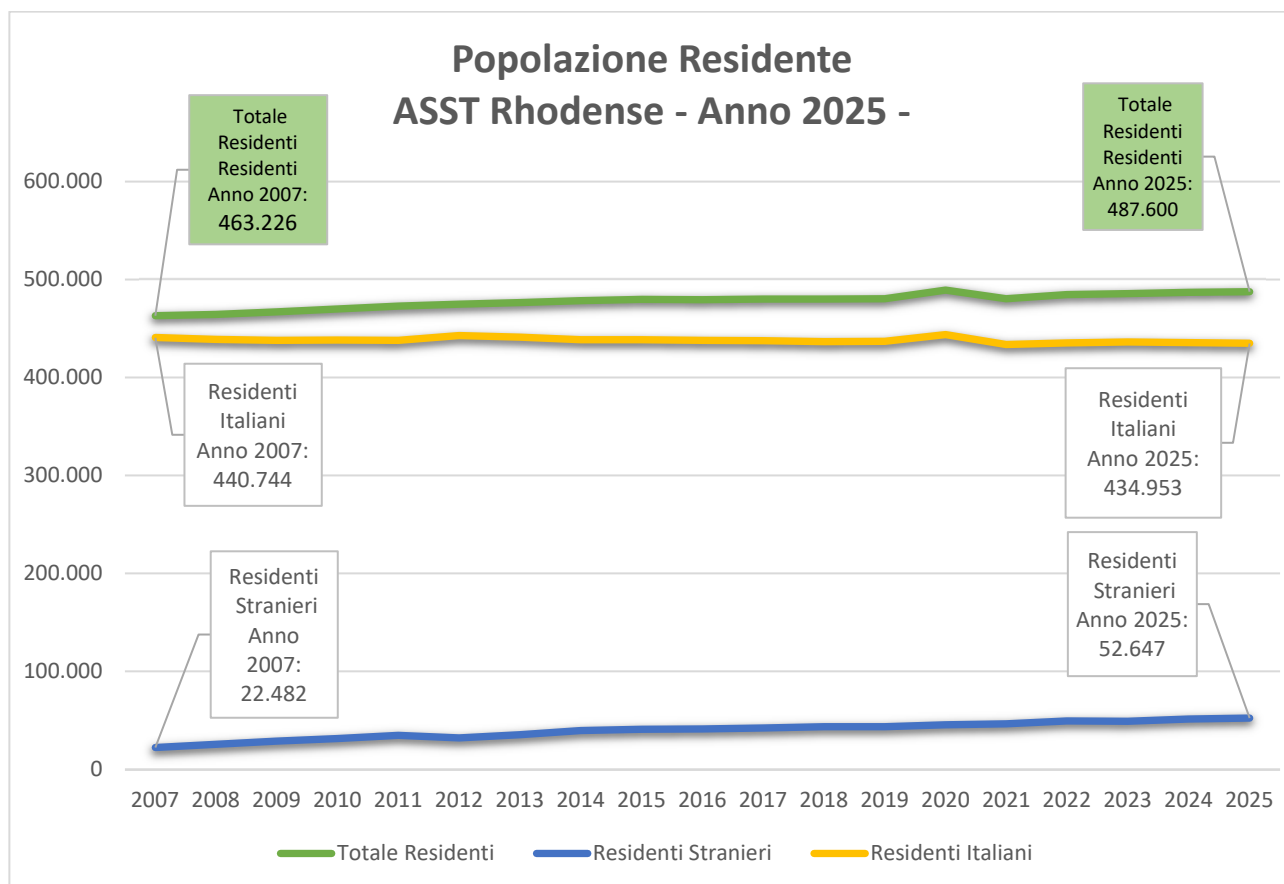
- che è stato formalizzato con deliberazione n. 612 del 09 giugno 2022 ed approvato da Regione con DGR n. XI/6959 del 19 settembre 2022 di cui si è preso atto con deliberazione n. 909 del 23 settembre 2022;
- che è stato modificato mediante proposta a Regione Lombardia con deliberazione n. 666 del 02 agosto 2024 ed approvato da Regione con DGR n. XII/3413 del 18 novembre 2024 di cui si è preso atto con deliberazione n. 1073 del 22 novembre 2024.

È possibile visionare l'organigramma completo dell'Azienda al seguente link:

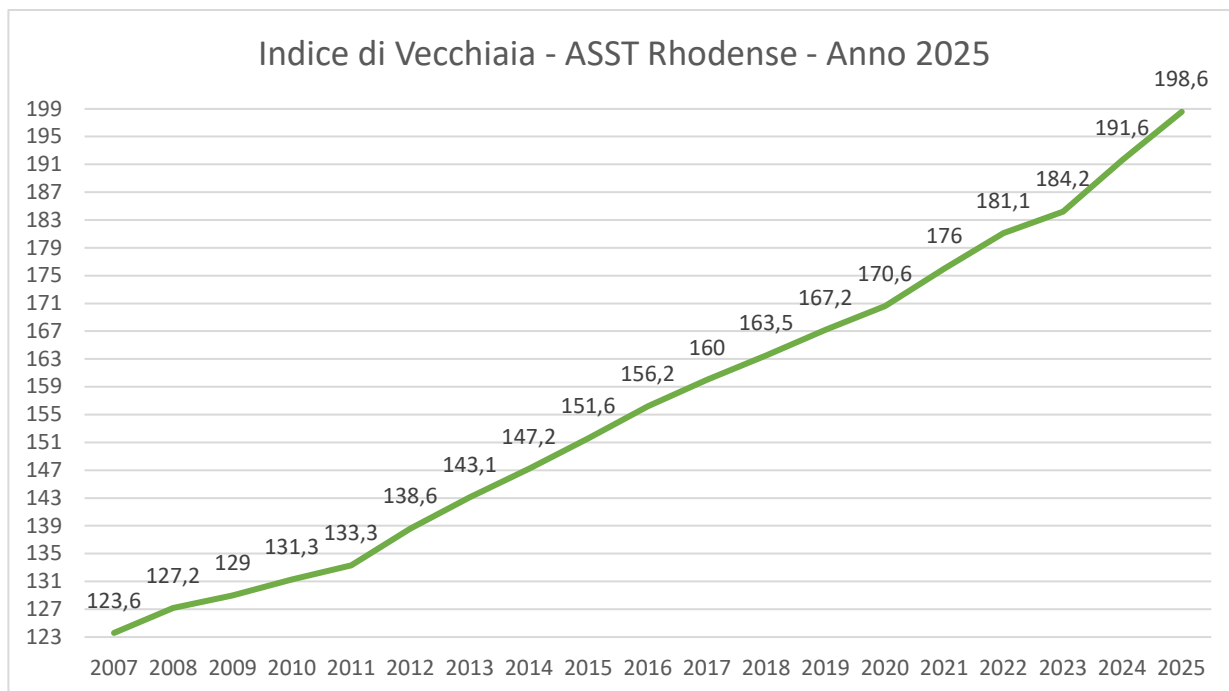
<https://www.asst-rhodense.it/AmministrazioneTrasparente/ArticolazioneUffici.html>

Situazione territoriale e demografica

L'area servita dalla ASST Rhodense è situata a nord-ovest di Milano, in una delle aree più urbanizzate ed industrializzate dell'hinterland. Il bacino complessivo di popolazione residente nel 2025 era di 487.600 abitanti.



*Grafico n. 1



*Grafico n. 2

*Fonte ATS Milano Città Metropolitana: https://portalestatosalute.ats-milano.it/salute/stato_salute.php?stato_salute

Il quadro epidemiologico delle 3 Aree territoriali identificate dal Distretto Garbagnatese, Distretto Rhodense e Distretto Corsichese attesta il progressivo invecchiamento e allungamento della vita media della popolazione con aumento delle patologie croniche degenerative.

Posti letto

L'azienda opera mediante 4 presidi, incluso il Presidio territoriale di Bollate. I posti letto in esercizio - anno 2025 - sono di seguito riportati:

	REGIME 1	REGIME 2		REGIME 7	
ANNO 2025	RO	DH/DS	Hospice-Cure Palliative	Subacuti / OdC	Nido
OSP. "G. SALVINI" – GARBAGNATE	417,00	21,00	15,00		15,00
OSP. "DI CIRCOLO" – RHO	192,00	12,00			20,00
OSP. "G. CASATI" – PASSIRANA	60,00			37,00	
PRESIDIO TERRITORIALE– BOLLATE				24,00	

*Tabella n. 1

Attività di ricovero

Di seguito si riporta – in termini di volumi – l'attività di ricovero ospedaliero relativo all'anno 2025:

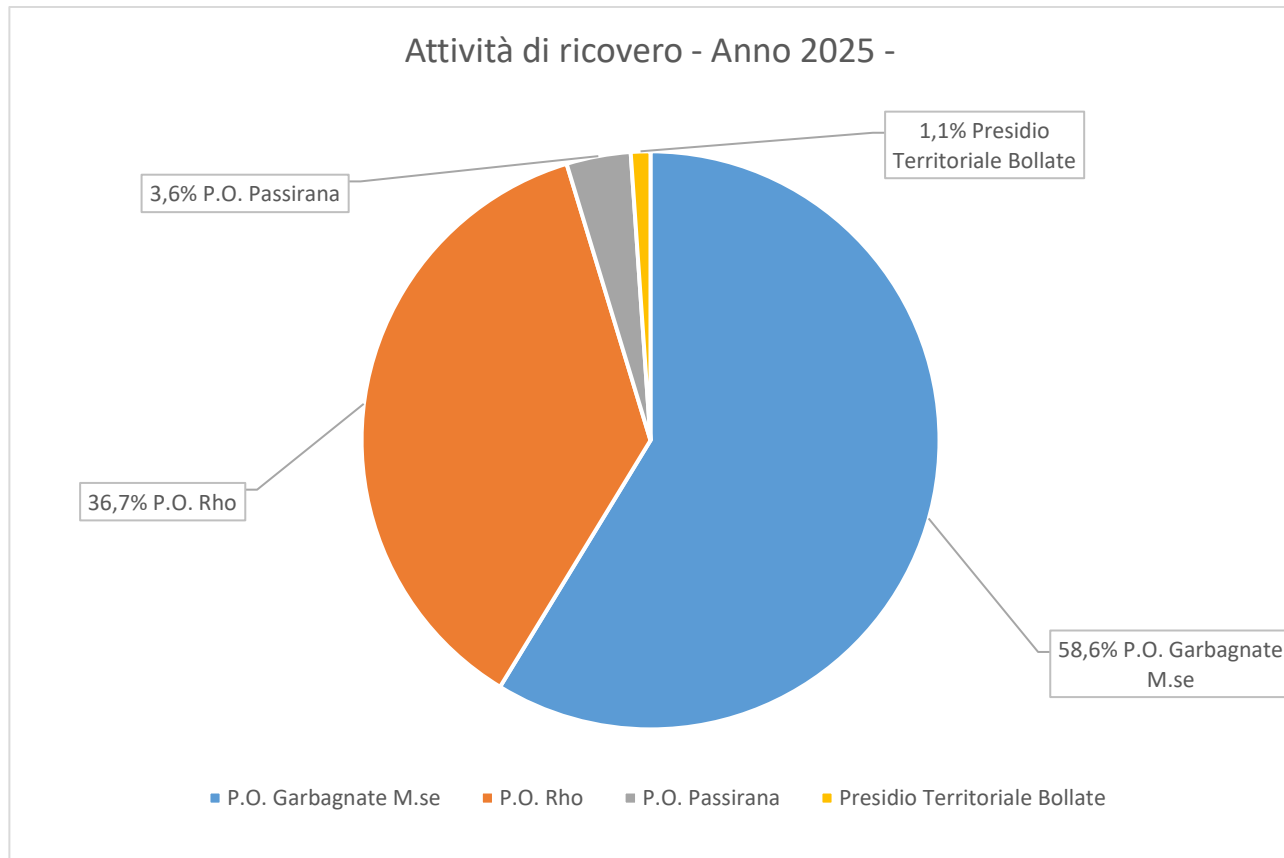
	A	B	C	D
ANNO 2025	Ricoveri ordinari	Day Hospital/Day Surgery	Ricoveri sub acuti	Totale ricoveri (A+B+C)
PRESIDIO OSPEDALIERO DI GARBAGNATE M.SE	12.116	1.700		13.816
PRESIDIO OSPEDALIERO DI RHO	7.491	1.166		8.657
PRESIDIO OSPEDALIERO DI PASSIRANA	299		552	851



Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

PRESIDIO TERRITORIALE– BOLLATE			257	257
Totale complessivo ricoveri			23.581	

*Tabella n. 2



*Grafico n. 3

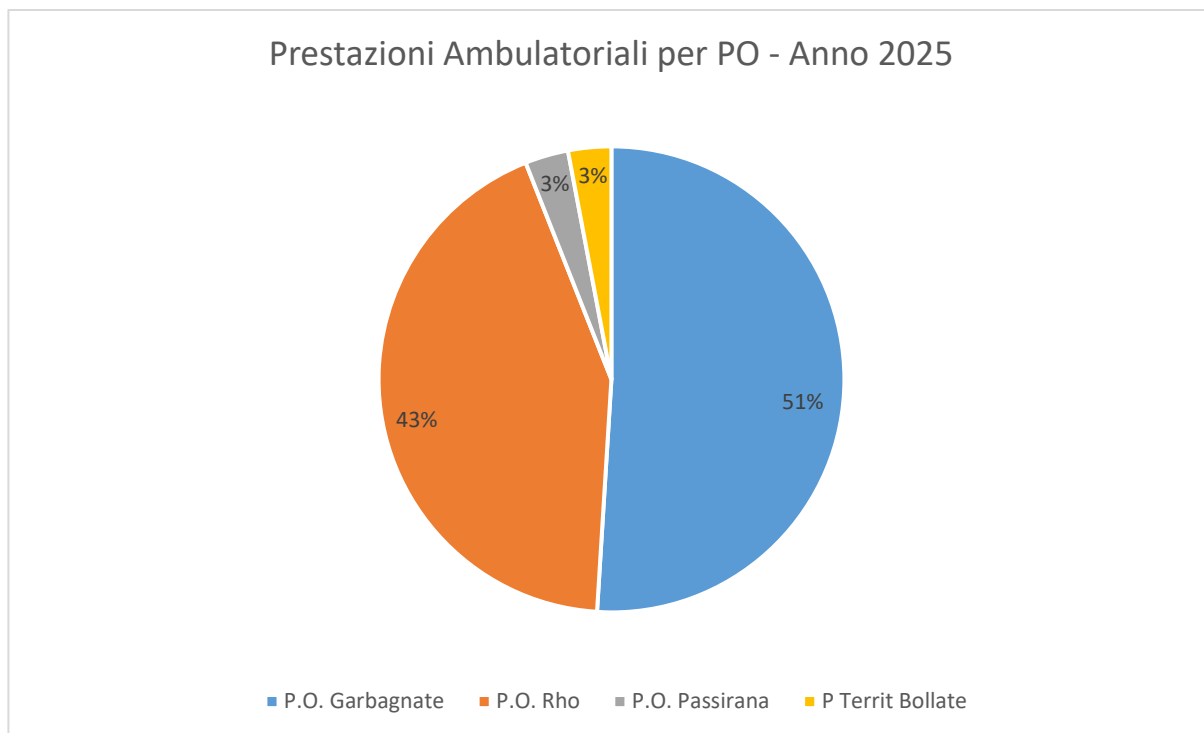
Tenuto conto dei criteri di accessibilità ai servizi, la loro distribuzione sul territorio, la completezza e la qualità dell'offerta, valutata la domanda emersa dai consumi della popolazione residente, si prevede un potenziamento dell'area medica ed una rimodulazione a favore dello sviluppo dei servizi di medicina territoriale alla luce anche del quadro epidemiologico futuro.

Attività ambulatoriale

Di seguito si riporta – in termini di volumi - l'attività ambulatoriale relativa all'anno 2025:

	A	B	C	D	E
ANNO 2025	Prestazioni BIC (Bassa Intensità chirurgica)	Prestazioni MAC (Macro-Attività Ambulatoriale Complessa)	Attività Ambulatoriale (escluso prestazioni BIC e MAC)	Prestazioni di Pronto Soccorso	Totale prestazioni ambulatoriali (A+B+C+D)
PRESIDIO OSPEDALIERO DI GARBAGNATE M.SE	3.265	5.961	916.998	472.945	1.399.169
PRESIDIO OSPEDALIERO DI RHO	194	10.280	782.750	378.853	1.172.077
PRESIDIO OSPEDALIERO DI PASSIRANA		795	87.322		88.117
PRESIDIO TERRITORIALE– BOLLATE		321	89.848		90.169
Totale complessivo prestazioni ambulatoriali					2.749.532

*Tabella n. 3



*Grafico n. 4

* Fonte: Datawarehouse aziendale

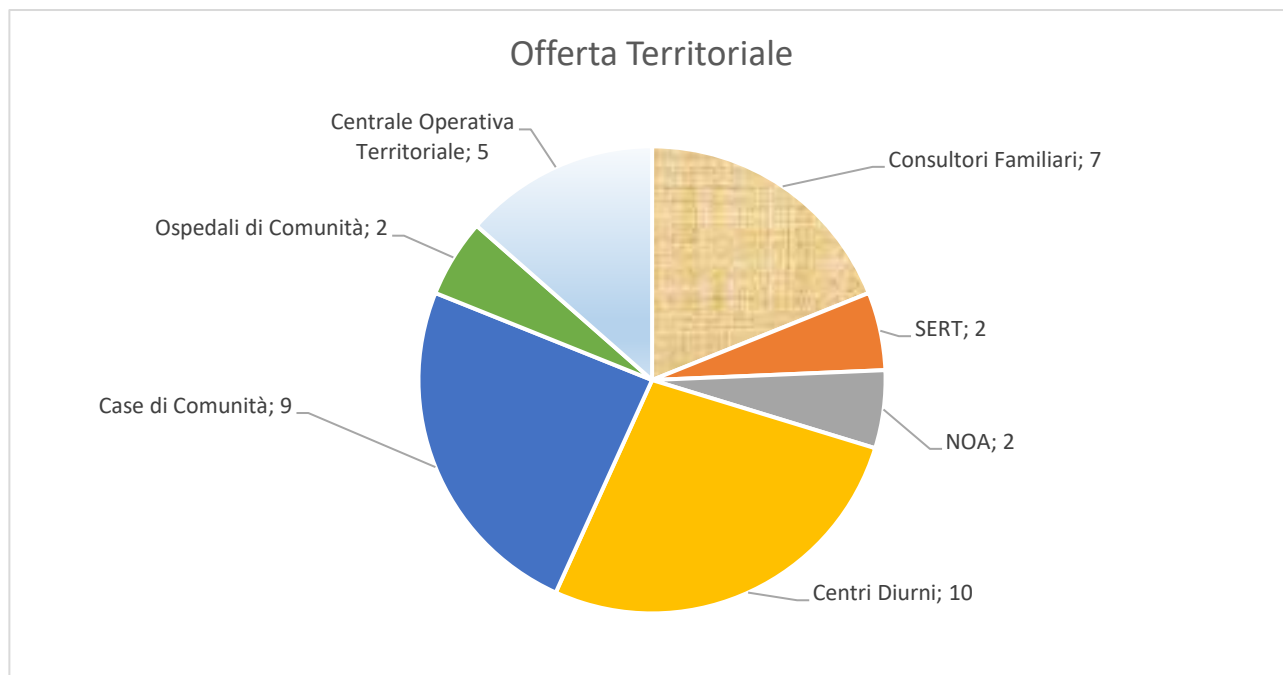
Offerta Territoriale

La rete territoriale della ASST Rhodense, secondo quanto disposto dalla L.R. n. 33/2009 e s.m.i. art. 7, comma 12, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e prestazioni medico-legali.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 bis, comma 1 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i. l'ASST si articola nei distretti succitati il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona; la ASST, in ragione di quanto disposto dalla L.R. n.22/2021, art. 36 "Disposizioni finali e disciplina transitoria", ha provveduto, con atto deliberativo n. 307 del 23 marzo 2022, ad istituire i Distretti come sopra rappresentati.

I Distretti costituiscono le articolazioni organizzativo-gestionali del polo territoriale Aziendale, in afferenza alla Direzione Sociosanitaria e svolgono un ruolo strategico per garantire il coordinamento per l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale, ivi inclusa l'assistenza domiciliare.

La rete socio sanitaria dell'ASST Rhodense eroga i propri servizi sanitari e socio sanitari attraverso le strutture dislocate nel proprio territorio (Consultori Familiari, Ser.T, NOA, Centri Diurni, Case di Comunità (CDC), Ospedali di Comunità (ODC) e Centrali Operative Territoriali (COT)).



*Grafico n. 5

* Offerta Territoriale come da POAS di cui alla DGR n. XII/3413 del 18/11/2024

Risorse Umane

Il fabbisogno di personale, approvato da Regione Lombardia con cadenza triennale, ha previsto presenze costanti coerentemente con la realizzazione dei piani d'assunzione annuale, predisposti in considerazione del turn over, così come autorizzati dalla Regione, ed in attuazione delle regole di sistema vigenti nel tempo.

Al 31 dicembre 2025, l'ASST impiegava n. 3.701 dipendenti (numero complessivo tra tempi indeterminati e determinati) così suddivisi:

PERSONALE AL 31 dicembre 2025	INDET.	DET.	TOT.
Personale Infermieristico	1.355	-----	1.355
Personale Tecnico Sanitario	157	2	159
Personale della Riabilitazione	197	1	198
Personale della Prevenzione	14	-----	14
Assistenti Sociali	43	-----	43
ASSISTENTE RELIGIOSO	2	-----	2
Personale Amministrativo	411	25	436
OTA/OSS	610	-----	610



Personale Ruolo Tecnico (compresi ausiliari)	266	9	275
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	3.055	37	3.092
Dirigenza Medica (compresi universitari)	485	27	512
Dirigenza Sanitaria/ Dirig.delle Prof. Sanitarie	77	1	78
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA	562	28	590
Dirigenza Professionale Tecnica	4	0	4
Dirigenza Amministrativa	14	1	15
TOTALE AREA DIRIGENZA PTA	18	1	19
TOTALE COMPLESSIVO	3.635	66	3.701

Tabella n. 4

4. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

L'obiettivo dell'implementazione del ciclo delle performance e del relativo sistema di misurazione e valutazione è quello di innescare un processo di miglioramento della performance dell'Azienda a livello organizzativo ed individuale.

Il ciclo della performance prevede il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, individuate come centro di responsabilità, nelle fasi di negoziazione e assegnazione degli obiettivi; lo stato di avanzamento nel raggiungimento dei risultati viene valutato con un sistema di monitoraggio che prevede la puntuale misurazione degli indicatori.

Infatti, il processo di budget rappresenta una parte fondamentale per l'attuazione di quanto previsto nel Piano delle Performance e, quindi, non può essere scollegato rispetto al ciclo della performance. La correlazione tra valutazione della performance, retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale è stata definita, nel corso degli anni, negli accordi decentrati sottoscritti con le OO.SS. delle due Aree Dirigenziali, dell'Area del Comparto e la RSU. Questa ASST annualmente provvede alla sottoscrizione con la parte sindacale degli accordi annuali, previsti dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, di distribuzione delle parti variabili.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance è applicato nei diversi livelli (aziendale, organizzativo, individuale) secondo direttrici comuni, integrate e coerenti.

Nell'ASST la performance viene misurata ai seguenti livelli:

1. **Livello aziendale:** la performance complessiva aziendale è misurata rispetto al raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - a) Regole di sistema di cui alla D.G.R. n. XII/3720 del 30/12/2024 avente a oggetto: *"Determinazione in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l'anno 2025"*;
 - b) obiettivi aziendali di interesse regionale, annualmente assegnati dalla Regione ai Direttori Generali delle ASST;
 - c) obiettivi strategici, definiti annualmente dalla Direzione Strategica in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali e con le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati. Il grado di raggiungimento di tali obiettivi definisce la performance aziendale.



2. **Livello di Unità Operativa:** la performance organizzativa di Dipartimento gestionale e Unità Operativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice e Struttura Semplice Dipartimentale), individuata come autonomo Centro di Responsabilità di budget (di seguito CdR), è misurata sugli obiettivi di budget annualmente assegnati dalla Direzione Strategica. Gli obiettivi sono articolati per ambiti di valutazione come meglio specificato nei paragrafi successivi. Il grado di raggiungimento di tali obiettivi definisce la performance organizzativa di Unità Operativa.
3. **Livello individuale:** ogni singolo dipendente dell'Azienda afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto viene valutato annualmente, in relazione al livello di responsabilità, rispetto al raggiungimento di obiettivi individuali, ai comportamenti organizzativi e individuali, ai risultati professionali, alla performance organizzativa delle strutture di appartenenza e allo specifico apporto al loro raggiungimento. Il grado di raggiungimento di tali obiettivi definisce la performance individuale.

5. LA PERFORMANCE

5.1 Obiettivi strategici dell'Azienda

Il contesto di sistema entro cui l'Azienda ha operato nell'anno 2025 è stato determinato da quanto contenuto nei seguenti provvedimenti oltre ad ulteriori obiettivi stabiliti dalla Direzione Strategica:

- D.G.R. n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 avente a oggetto: "*Determinazione in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l'anno 2025*";
- D.G.R. n. XII/4434 del 26 maggio 2025 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – Anno 2025";
- Decreto n. 8619 del 18 giugno 2025 avente ad oggetto: "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ASST Rhodense – Anno 2025";
- D.G.R. n. 4938 del 04 agosto 2025 avente ad oggetto: "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025";
- D.G.R. n. XII/5057 del 29 settembre 2025 avente ad oggetto: "Ulteriori determinazioni del piano operativo regionale anno 2025 per il contenimento dei tempi di attesa approvato con DGR N. XII/4556/2025".

Al fine di garantire il pieno raggiungimento degli obiettivi previsti per l'anno 2025 all'interno del PIAO - richiamato in premessa e i cui obiettivi sono altresì riportati nei successivi paragrafi - la Direzione Generale della ASST Rhodense, in ottemperanza alla normativa nazionale, al Piano Regionale di Sviluppo (PRS), al Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), alle Regole di Sistema e nel rispetto del proprio contesto di riferimento, affianca gli obiettivi strategici Aziendali a quelli istituzionali (obiettivi di mandato) e, attraverso il processo di budget (livello operativo), li declina in piani e obiettivi operativi.

Complessivamente, a livello regionale, si segnala la DGR n. XII/4434 del 26 maggio 2025 che ha stabilito gli obiettivi oggetto di valutazione dei Direttori Generali delle Strutture sanitarie per l'anno 2025, in particolare:

- OBIETTIVI STRATEGICI

- Area Nuovo Sistema di Garanzia: rispetto dei target previsti per gli indicatori NSG dell'area ospedaliera/distrettuale/prevenzione.
- Area tempi di attesa: abbattimento delle liste di attesa/Corretto utilizzo degli strumenti (Ricetta dematerializzata, Rete Regionale di Prenotazione) per favorire abbattimento liste d'attesa.
- Area reti ospedaliere: Rispetto dei target definiti per le reti Stroke, Neuroscienze, Tumore del pancreas, Centri di senologia, favorendo inoltre lo sviluppo di collaborazioni interaziendali.
- Area sangue e pronto soccorso: aumento della raccolta del plasma da aferesi di almeno il +5% rispetto al 2024, riduzione del tempo di boarding a livello di Hub (nei territori di ATS Milano,

Pavia e Varese), delle tempistiche di sbarellamento, dell'abbandono del PS e garanzia delle tempistiche di visita per codici arancioni.

- Area flussi informativi: incremento della coerenza e accuratezza delle informazioni trasmesse/Adeguamento a nuove specifiche/Aumento della tempestività di invio dei flussi.
- Area rete territoriale: attivazione delle CdC e OdC, in ottemperanza al DM77 e al POR/Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili/Misure a sostegno della salute mentale.
- Area prevenzione: miglioramento degli esiti delle campagne di vaccinazione e screening, sensibilizzazione per prevenire l'insorgere di dipendenze (sostanze, alcol, gioco d'azzardo) in particolare nei giovani. Promozione di azioni per ridurre infortuni sul lavoro.
- Area farmaceutica e dispositivi medici: potenziamento della Dispositivo Vigilanza e del controllo sulla spesa farmaceutica per specifiche prescrizioni.
- Area edilizia sanitaria: raggiungimento del target stabilito dello stato di avanzamento lavori.
- Area telemedicina: adozione della Televisita e del Telemonitoraggio per la gestione dei pazienti con patologie croniche, favorire il teleconsulto tra MAP/PLS e specialisti.

- **OBIETTIVI OPERATIVI**

- Rispetto degli indirizzi di Programmazione Anno 2025.
- Rispetto dei tempi di pagamento previsti dal comma 865 dell'art. 1 della L. 145 del 30 dicembre 2018.
- Rispetto delle "Linee di indirizzo" dell'Osservatorio nazionale delle LdA.
- Raggiungimento degli obiettivi minimi in ambito Prevenzione.
- Rispetto della scadenza di invio e protocollazione del Bilancio d'esercizio e dei Conti Economici Trimestrali come da comunicazione regionale.

Gli obiettivi sopra elencati sono stati successivamente dettagliati con ulteriori declinazioni attraverso i seguenti provvedimenti

- Decreto n. 86 del 18 giugno 2025 avente ad oggetto "*Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ASST rhodense – anno 2025*".
- DGR XII/4938 del 04 agosto 2025 avente ad oggetto "*Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025*".

5.2 Valutazione della Performance

Performance Organizzativa

- **Area Dirigenza**

Gli obiettivi correlati alla performance organizzativa, sono annualmente declinati negli obiettivi di struttura organizzativa (CdR Centro di Responsabilità) e discendono altresì dagli obiettivi previsti negli indirizzi programmatori regionali di cui alla D.G.R. n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 avente a oggetto: "*Determinazione in ordine agli indirizzi di Programmazione del SSR per l'anno 2025*".

In particolare la Direzione Strategica, supportata dalla SC Controllo di Gestione, valutati gli obiettivi strategici aziendali, ha individuato i target e gli indicatori da assegnare a ciascun CdR, tenendo conto delle funzioni e competenze, delle risorse assegnate e dei risultati conseguiti negli esercizi precedenti.

Gli obiettivi e gli indicatori di riferimento sono stati esplicitati nelle schede di budget, per la misurazione della performance organizzativa.

Il percorso di budget, nel 2025, è stato avviato a partire dal mese di febbraio ed è proseguito con la definizione e declinazione di obiettivi specifici alle strutture aziendali attraverso la predisposizione

delle schede di budget secondo quanto previsto dalla procedura dedicata al Sistema di valutazione del Personale consultabile nella sezione "Personale" dell'Area Dirigenza del sito intranet aziendale.

La SC Controllo di Gestione, ha effettuato periodici monitoraggi di verifica rispetto all'andamento degli obiettivi aziendali anche attraverso specifici report destinati alla Direzione Strategica per la valutazione di eventuali azioni correttive da mettere in atto.

Le schede di budget sono state anticipate ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa prima degli incontri di Budget in cui gli obiettivi sono stati negoziati e discussi con la Direzione Strategica. La SC Controllo di Gestione ha supportato l'organizzazione degli incontri di cui ha redatto appositi verbali.

Una volta definiti e condivisi gli obiettivi, le schede sono state firmate dai responsabili di CdR per presa visione e illustrate a tutto il personale dipendente dell'Azienda in momenti di formale coinvolgimento attraverso incontri di presentazione, discussione e verifica a cura dei rispettivi responsabili.

Il percorso di budget nel 2025 è stato avviato altresì per le Strutture afferenti alla Direzione Amministrativa ad inizio marzo per poi proseguire declinando gli obiettivi alle altre Strutture aziendali previste dal POAS soprarichiamato. Al momento della predisposizione del presente documento, è in corso il processo di valutazione della performance organizzativa relativa all'anno 2025.

- **Area Comparto**

Il processo di budget per il personale di area Comparto è stato avviato nel mese di marzo 2025; l'Azienda ha individuato un obiettivo aziendale per tutto il personale del comparto legato alla erogazione della quota trimestrale della produttività.

L'obiettivo di area comparto legato alla produttività collettiva è stato monitorato trimestralmente dal Nucleo di Valutazione - nelle sedute del 14 marzo 2025, 14 aprile 2025; 10 luglio 2025; 10 ottobre 2025 e 16 gennaio 2026 – che ne ha attestato il raggiungimento rispetto a quanto programmato.

Performance Individuale

Per quanto riguarda il tema della performance individuale, la norma distingue gli ambiti relativi alla dirigenza e al personale con incarichi di responsabilità, da quelli del restante personale.

Il primo comma dell'art.9 del D.lgs. n. 150/2009, recita: *"la misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata:*

- *agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità, ai quali è attribuito un peso prevalente nella valutazione complessiva;*
- *al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;*
- *alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, nonché ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;*
- *alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi."*

Allo stato attuale, la fase conclusiva del processo di valutazione relativo all'anno 2025, sia per il personale del comparto che per il personale afferente alle due aree dirigenziali è in fase istruttoria.



Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

Monitoraggio da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

L'ASST Rhodense, in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29/06/2021 con Deliberazione n. 758 del 22 agosto 2024 ha nominato i componenti del nuovo Nucleo di Valutazione delle Prestazioni nella seguente composizione:

- Stefania Lorusso in qualità di Presidente;
- Alberto Laguardia in qualità di componente;
- Gianluca Guzzon in qualità di componente Regionale.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, secondo quanto stabilito dal regolamento di funzionamento approvato con provvedimento aziendale n. 997 del 04 novembre 2024, ha il compito:

- valutare la correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance e la loro effettiva applicazione, anche relativamente alla coerenza con la programmazione regionale del servizio sociosanitario lombardo;
- verificare la correttezza della valutazione delle performance del personale, secondo i principi di merito ed equità;
- verificare la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle loro attribuzioni;
- valutare la metodologia e la relativa applicazione delle rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- concorrere a verificare, in raccordo con il responsabile della prevenzione e corruzione della struttura di riferimento, l'attuazione delle disposizioni normative statali in materia di trasparenza/anticorruzione;
- esercitare le ulteriori funzioni previste dall'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 (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), nonché quelle attribuite da altre disposizioni statali agli organismi di valutazione;
- collaborare con la funzione aziendale di Internal Auditing al fine di perseguire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azienda;
- coordinare e scambiare informazioni con l'OIV regionale.

Le attività di verifica e di monitoraggio da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, si sono svolte nelle seguenti date:

n°	Data Seduta	Ordine del giorno
Sedute del NVP nominato con Deliberazione n. 758 del 22/08/2024		
01	09/01/2025	1. DGR 3720 del 30 dicembre 2024, ad oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2025 - QUADRO ECONOMICO PROGRAMMATARIO"; 2. Performance organizzativa Area Comparto – Anno 2024: rendicontazione fase finale – Fase 4 – "Messa a Sistema del Progetto"; 3. Varie ed eventuali.
02	22/01/2025	1. Documento: Piano di Internal Audit – Anno 2025; 2. Documento: Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO 2025 – 2027; 3. Varie ed eventuali.
03	14/02/2025	1. Obiettivi DG – Anno 2024: Investimenti, Bed Manager, Medicina Legale – relazione trasmessa a R.L. - scadenza 31/01/2025; 2. Obiettivo DG – Anno 2024: relazione del RPCT in materia di Trasparenza – scadenza 14/02/2025; 3. Risorse Aggiuntive Regionali – RAR 2024 – Area Dirigenza e Comparto: valutazione esito finale del progetto;



Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

		4. Varie ed eventuali.
04	14/03/2025	1. Performance Organizzativa Area Comparto Anno 2025: presentazione progetto; 2. Obiettivi dipartimenti gestionali 2025 - stato di avanzamento; 3. Varie ed eventuali.
05	14/04/2025	1. Performance Organizzativa Area Comparto Anno 2025: Fase 1 del progetto – Start Up (entro il 31 marzo 2025); 2. Conclusione iter di assegnazione degli obiettivi anno 2025; 3. Varie ed eventuali.
06	15/05/2025	1. Medici Specialisti e Psicologi ambulatoriali: risultati progetti obiettivo anno 2024. 2. Accordo attuativo aziendale per l'approvazione dei "Programmi e progetti finalizzati" da assegnare per l'anno 2025 ai medici specialistici e agli psicologi ambulatoriali in conformità all'accordo approvato dalla RL con Deliberazione n. XI/4277. 3. Adempimenti in materia di trasparenza. 4. Varie ed eventuali (Progetto RAR 2024- Articolo 33 "Movimento è Salute" - ASST Rhodense").
07	12/06/2025	1. Deliberazione ANAC n. 192 del 23 maggio 2025: verifiche del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni. 2. Relazione sulla Performance Anno 2024; 3. Varie ed eventuali.
08	24/06/2025	1. Validazione della Relazione sulla Performance Anno 2024.
09	10/07/2025	1. Attestazione in materia di pubblicazione, di cui alla Deliberazione ANAC n. 192/2025; 2. Performance individuale anno 2024 – Area Comparto – Verifica finale; 3. Performance individuale anno 2024 – Area Dirigenza – Verifica finale DdD e strutture in staff e line; 4. Performance organizzativa comparto Sanità – Anno 2025 – Fase 2 "Implementazione del progetto"; 5. Varie ed eventuali.
10	22/07/2025	1. Performance individuale anno 2024 – Area Dirigenza – Verifica finale DdD e strutture in staff e line; 2. Varie ed eventuali.
11	16/09/2025	1. Performance individuale anno 2024 - Area Dirigenza - Verifica finale; 2. RAR 2025 - Dirigenza e Comparto: presa d'atto dei progetti individuati dall'Azienda, legati alle aree di intervento definite dagli accordi regionali; 3. Varie ed eventuali.
12	10/10/2025	1. Obiettivi Direttore Generale – Anno 2025- (Decreto R.L. n. 8619 del 18/06/2025): monitoraggio; 2. Performance organizzativa Area Comparto - Anno 2025: rendicontazione fase 3; 3. Varie ed eventuali.
13	22/12/2025	1. Predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASST Rhodense 2026- 2028; 2. Aggiornamento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance annuale della dirigenza dell'ASST Rhodense (SMVP): illustrazione della bozza del documento; 3. Suggerimenti per la predisposizione del Piano di Internal Audit per l'anno 2026 nell'ottica di collaborazione con la funzione aziendale di Internal auditing al fine di perseguire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azienda; 4. Varie ed eventuali.

Tabella n. 5

5.3 Linee di Programmazione

Le Linee di Programmazione che l'Azienda ha definito per l'anno 2025 possono essere oggetto di presa visione da parte dell'utenza sul sito internet aziendale.

RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2025

Gli obiettivi strategici sono stati programmati su base triennale, focalizzandosi su un elevato grado di rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese dagli stakeholder. Gli obiettivi sono aggiornati annualmente sulla base delle priorità dettate dalle strategie aziendali e riguardano le seguenti macro aree:

- efficacia esterna: orientamento al paziente, accessibilità, equità, personalizzazione delle cure, comunicazione;
- efficienza organizzativa: gestione della qualità delle cure, reingegnerizzazione dei processi e programmazione sanitaria, formazione del personale;
- economicità: monitoraggio e corretta rendicontazione della gestione risorse.

LE AREE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

La programmazione strategica aziendale trova attuazione nel ciclo della performance che prevede la redistribuzione degli obiettivi aziendali alle articolazioni organizzative attraverso lo strumento del budget.

Il ciclo della performance coinvolge le strutture aziendali, identificate come centri di responsabilità, nelle fasi di negoziazione e assegnazione degli obiettivi; lo stato di avanzamento relativamente al raggiungimento dei risultati viene valutato mediante un costante monitoraggio accompagnato da una puntuale misurazione degli indicatori; in tal modo è possibile, in corso d'opera, evidenziare le eventuali criticità e porre in essere i conseguenti interventi correttivi.

In questa fase gli obiettivi trovano origine dai diversi documenti di programmazione di carattere nazionale e regionale; la maggior parte degli obiettivi hanno una valenza pluriennale. Particolare attenzione è stata assegnata alla D.G.R. XII/3720 del 30 dicembre 2024 ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025.

MATRICE DEGLI OBIETTIVI - RENDICONTAZIONE

Sulla base degli indirizzi di programmazione delle progettualità sopra esposte, vengono di seguito riportati gli obiettivi aziendali 2025-2027 e il loro grado di raggiungimento.

Al fine della rendicontazione in argomento, si rende noto che nel corso dell'anno 2024, ASST Rhodense è stata vittima di un attacco informatico che ha sicuramente influito sui risultati raggiunti.

**AREA DI VALUTAZIONE POLO OSPEDALIERO****Efficacia esterna****Programmi di screening oncologici**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
1. Rispetto dei target di <i>screening mammografico</i> 2. Rispetto dei target di <i>screening del colon retto</i> 3. Rispetto dei target di <i>screening cervice uterina</i> 4. Rispetto dei target di <i>screening per l'eliminazione del virus HCV</i> 5. Avvio screening del tumore del polmone e della prostate 6. Introduzione, presso le Case di Comunità, dell'attività di ingaggio del Cittadino agli screening oncologici	a) Raggiungimento della piena copertura del target individuate da ATS; b) rispetto dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni di II livello ove previsto.	Anno 2025- 2027

ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

Con riferimento ai programmi di screening oncologici è attivo il monitoraggio delle attività con particolare riferimento alle principali patologie oncologiche (tumore del colon retto, tumore della mammella, tumore della cervice uterina, tumore della prostata) mediante la consultazione dell'applicativo gestionale (Tableau) reso disponibile da Regione Lombardia.

- a) Rispetto alla piena copertura dei target delle tipologie di screening si evidenzia quanto segue:
- screening mammografico, colon retto e cervice uterina – rispetto ai volumi definiti nel Contratto ATS 2025, gli stessi sono stati pienamente raggiunti e superati;
 - screening HCV - la percentuale di copertura – Anno 2025 – è stata pari al 17,1%, superiore alla percentuale di copertura di ATS Citta Metropolitana pari al 14,9%. Rispetto all'anno 2024 (14,6%) si è registrato un incremento della percentuale di pazienti che si sono sottoposti al test pari al 2,5%;
 - screening prostata - dal 1° giugno 2025 lo screening per il tumore alla prostata è stato esteso a una fascia d'età più ampia, offrendo a un numero maggiore di uomini lombardi la possibilità di prevenire e individuare precocemente la malattia. La ASST Rhodense a novembre 2025 ha promosso due giornate presso i Presidi di Rho e Garbagnate volti alla diffusione e sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce del tumore alla prostata;
 - screening polmone - nel corso del 2025 si sono svolti numerosi incontri multidisciplinari sul tema; l'ASST Rhodense ha inoltre aderito al progetto della ASST Niguarda al fine di pianificare ed avviare l'attività di screening.



In ragione delle attività e degli esiti sopra illustrati l'obiettivo in parola può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi.

- b) I tempi di attesa dello screening di II livello del carcinoma della mammella e del carcinoma del colon retto sono stati rispettati. Per quanto riguarda lo screening di II livello del carcinoma della cervice uterina permangono lievi criticità attinenti l'erogazione di tali prestazioni.

Per quanto sopra esposto l'obiettivo si può ritenere parzialmente in linea.

Tabella n. 6

Efficacia esterna

Monitoraggio dei Tempi/Liste di Attesa-Ricoveri

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Ricoveri chirurgici programmatici: a) percentuale di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati – classe di priorità A; b) percentuale di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati – tutte le classi di priorità.	a) target 2025 = 88% target 2027 = 90% b) target 2025 = 88% target 2027 = 90%	Anno 2025-2027

ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

- a) Tempi di Attesa ricoveri chirurgici oncologici programmati – classe di priorità A – la percentuale a fine 2025 si è attestata al 78,0%, pertanto inferiore al target previsto.
b) Tempi di Attesa ricoveri chirurgici non oncologici programmati – tutte le classi di priorità - la percentuale a fine 2025 si è attestata al 69,9%, pertanto inferiore al target previsto.

L'ASST ha dovuto affrontare un'importante sfida sulla lista d'attesa cumulata nel corso di questi anni con impatto, quindi, sulla % del rispetto della classe dell'intervento chirurgico sul ricovero programmato. All'inizio del 2024, infatti, erano presenti 4.957 pazienti in lista per gli anni dal 2020 al 2022 che sono diminuiti a 193, come da monitoraggio inviato il 15.1.2026.

Da segnalare che l'attacco informatico subito nel giugno 2024 ha fortemente rallentato la produzione chirurgica degli interventi di complessità minore.

Con riferimento a quanto sopra argomentato l'obiettivo risulta non essere in linea con le richieste di Regione Lombardia, nonostante le azioni messe in atto i cui risultati si vedranno anche nel corso dell'anno 2026.

Tabella n. 7

**Efficacia esterna****Monitoraggio dei Tempi/Liste di Attesa – Ambulatoriale**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Miglioramento del livello di servizio relativo all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.	Piena ed integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni.	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
ASST Rhodense ha raggiunto la piena ed integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni, in ragione della percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento, che per l'anno 2025 è risultato pari al 109,2%. <i>Per quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi pienamente raggiunto.</i>		

Tabella n. 8

Efficacia organizzativa**Ricetta dematerializzata**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Miglioramento continuo dei valori percentuali di utilizzo della ricetta dematerializzata.	Graduale miglioramento della percentuale fino ad arrivare al target del 90% alla fine del triennio	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
Nel corso dell'anno 2025, è stato perseguito un progressivo incremento dell'utilizzo della ricetta dematerializzata, attraverso: sensibilizzazione sistematica degli specialisti, supporto operativo nella gestione delle criticità, monitoraggio delle motivazioni di utilizzo del cartaceo. Si evidenzia comunque un ricorso residuale alla ricetta rossa, principalmente riconducibile a limitazioni tecniche degli applicativi prescrittivi e specifiche tipologie di prestazioni non dematerializzabili. La percentuale di raggiungimento dell'obiettivo in parola risulta pari all'82,2%. <i>Per quanto sopra esposto l'obiettivo si può ritenere in linea.</i>		

Tabella n. 9

**Efficacia esterna****Vaccinazioni**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Garantire le coperture vaccinali così come previsto dal PRPV vigente - Rispetto dei target relativi al numero di vaccinazioni.	a) Monitoraggio del numero di somministrazioni nei centri vaccinali e domiciliari. b) Attivazione del software ARVAX e dismissione entro il 31/12/2025 del software SIAVR	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
a) In tutti i centri vaccinali dell'azienda è stato costantemente monitorato il numero e la tipologia di vaccini somministrati. b) È stato attivato il software ARVAX e contemporaneamente dismesso l'applicativo gestionale SIAVR. <i>In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.</i>		

Tabella n. 10

Efficacia esterna**Attività di donazione di organi e tessuti**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Rispetto degli Obiettivi di procurement assegnati all'ASST, declinati all'interno del Programma regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2025 – 2027 – predisposto dal CoRe ed emanate da DGW con apposito decreto entro febbraio 2025.	Rispetto degli obiettivi assegnati nonché attuazione delle raccomandazioni/rilievi indicate nei verbali di ATS/CRT a seguito di audit effettuati in materia presso l'ASST Rhodense.	Anno 2025-2027



ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

L'attività svolta dall'AST Rhodense nel 2025 nell'ambito dell'attività di Donazione Organi e Tessuti è stata attestata con nota AREU prot. 2580/2026 ad oggetto "Rendicontazione attività di procurement 2025". Tale nota riporta l'attività svolta dal Coordinamento Ospedaliero di Procurement (COP) per le donazioni di organi e tessuti, che di seguito si riporta:

- Cornee: 7,47% (atteso: >10%): obiettivo parzialmente raggiunto in ragione del miglioramento rispetto agli anni precedenti;
- Multitessuto: 4% (atteso: >2%): obiettivo raggiunto;
- Teste di femore: 19% (atteso: >=10%): obiettivo raggiunto.

Si evidenzia inoltre che nel corso dell'anno 2025, come da raccomandazioni emerse in sede di audit con ATS/CRP/CoRE sul tema Procurement, si è provveduto a:

- aggiornare procedure esistenti e redigerne di nuove rispetto alla tematica;
- redigere le seguenti azioni di miglioramento:
 - sensibilizzazione del personale attraverso incontri formativi e di confronto sulle procedure, direttamente presso alcuni reparti aziendali;
 - controllo delle check list di selezione del possibile donatore di cornee, per il monitoraggio della correttezza dei criteri di esclusione e la restituzione di relativo feedback ai medici compilatori a scopo formativo e di confronto;
 - organizzazione dell'evento formativo del 22/09/2025 presso il P.O. di Garbagnate sulla "Comunicazione con la famiglia del potenziale donatore" tenuto dal CRP, con la partecipazione di infermieri e medici di entrambi i presidi.

Tabella n. 11

Efficienza organizzativa

Pronto Soccorso

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Implementazione di una modalità organizzativo-gestionale flessibile per affrontare efficacemente le situazioni di criticità determinate dal sovraffollamento legato all'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso.	a) Rendicontazione dei flussi previsti da Regione Lombardia nel rispetto dei tempi previsti. b) Analisi dei dati forniti da AREU al fine di una migliore Gestione del flusso dei pazienti in Pronto Soccorso. c) Rispetto delle indicazioni regionali riferite alla messa a disposizione di letti di area medica per gestire le situazioni di sovraffollamento.	Anno 2025 -2027

**ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA**

Nel corso del 2025, a fronte di un sensibile aumento degli accessi nei Pronto Soccorso, l'ASST ha istituito un gruppo di lavoro dedicato che si è riunito periodicamente ogni mese per valutare le criticità e trovare le soluzioni organizzative da adottare.

- a);b) La pianificazione si è basata su un monitoraggio costante dei flussi, unito alla puntuale rendicontazione verso Regione Lombardia.
- c) Per ottimizzare l'assistenza e i tempi di presa in carico, nel corso del 2025 è iniziata la stesura di nuovi protocolli di presa in carico infermieristica e sono stati potenziati i turni medici per i codici minori. È stata, inoltre, inserita la figura del caring assistant per supportare i cittadini in attesa, garantendo parallelamente un continuo coordinamento per il rapido reperimento dei posti letto di ricovero attraverso la figura del bed manager.

In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto

Tabella n. 12

Efficienza organizzativa**LEA - Nuovo Sistema di Garanzia – NSG**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Analisi dipartimentale e discussione delle risultanze in sede di comitati di Dipartimento.	Presenza panel e produzione idonei report ai direttori di Dipartimento.	Anno 2025- 2027

ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

Nel corso dell'anno 2025 è stato monitorato l'andamento di tutti gli indicatori NSG individuati da Regione Lombardia alla ASST Rhodense. I risultati dei monitoraggi periodici sono stati condivisi - tramite apposita reportistica – con la Direzione Strategica e i Direttori di Unità Operative interessati. Con questi ultimi, la struttura preposta al monitoraggio degli indicatori NSG, ha effettuato delle specifiche analisi finalizzate all'individuazione e risoluzione di eventuali criticità.

In ragione delle attività e degli esiti riscontrati l'obiettivo in parola può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi.

Tabella n. 13

**Efficienza organizzativa****Efficienza organizzativa CUP unico regionale**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Messa a regime del CUP unico regionale-	a) Rispetto delle tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare; b) Attività propedeutiche, in capo alle singole ASST, volte all'avvio e messa a regime del CUP Unico regionale (es. verifica e bonifica anagrafiche, verifica ed aggiornamento delle codifiche degli esami e prestazioni ambulatoriali con associazione alle codifiche regionali, implementazione delle procedure per la migrazione dei dati - CUP locale/CUP regionale, etc.) secondo le tempistiche stabilite dalla DGW.	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
a) Obiettivo in linea con le tempistiche previste da Regione Lombardia. b) Sono state avviate le attività finalizzate all'avvio nonché, successivamente, alla messa a regime del CUP unico regionale. <i>Obiettivo in linea con le indicazioni regionali.</i>		

Tabella n. 14

Efficienza organizzativa**Piano Pandemico – PANFLU**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Definire le azioni da intraprendere per ridurre gli effetti di una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria sulla salute della popolazione, riducendone la trasmissione, la morbilità e la mortalità.	a) Attivazione di esercitazione all'anno. PERIODO DI RIFERIMENTO un Anno 2025-2027 b) Presenza e gestione delle scorte di magazzino di DPI e DM – almeno un mese di scorte; *utilizzo del gestionale SASHA; *attivazione Hotspot infettivologico.	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
a) Nel mese di dicembre 2025 si è svolta l'esercitazione in argomento con l'ASST Nord Milano.		



- b) La ASST ha puntualmente verificato e messo in atto le indicazioni Regionali riportate nel gestionale SASHA. In tale contesto sono stati messi in atto gli interventi di adeguamento delle azioni di prevenzione in relazione all'andamento epidemiologico garantendo scorte adeguate di DPI secondo le indicazioni regionali.

In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.

Tabella n. 15

AREA DI VALUTAZIONE RETE TERRITORIALE

Efficienza organizzativa

Potenziamento rete territoriale

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Rafforzare il ruolo del Distretto creando al proprio interno: - Ospedale di Comunità - Casa di Comunità-	a) Rispetto del cronoprogramma di realizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare- b) Definizione del processo di continuità di cura tra ospedale e territorio, strutturando il percorso di dimissione protette tramite COT-	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA (FATTO)		
Con riferimento al punto a) si evidenzia lo stato delle n. 9 Case di Comunità afferenti alla ASST Rhodense al 31/12/2025: - n. 5 CdC (Bollate, Paderno Dugnano, Passirana di Rho, Settimo Milanese e Corsico), risultano già attive in regime transitorio e a conclusione degli interventi di ristrutturazione, saranno pienamente operative ragionevolmente entro maggio 2026; - n. 2 CdC (Passirana di Rho e Lainate), edifici di nuova costruzione, saranno pienamente operative ragionevolmente entro maggio 2026. - n. 2 CdC (Senago e Cornaredo) edifici oggetto di importante ristrutturazione edilizia, saranno pienamente operative ragionevolmente entro giugno 2026. <i>In ragione delle attività e di quanto sopra illustrato l'obiettivo in parola può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi (TARGET PNRR 30 giugno 2026).</i> In ordine al punto b) si illustra di seguito il processo di continuità di cura tra ospedale e territorio, attraverso il percorso di dimissione protette tramite COT. La dimissione protetta è la dimissione di un paziente che ha problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi al fine di garantire la continuità delle cure; il		



processo guarda alla complessità della situazione ed è governato e programmato da servizi ospedalieri e territoriali attraverso linee operative che si sviluppano a diversi livelli di integrazione.

Le ammissioni e le dimissioni dei pazienti fragili dai luoghi di cura costituiscono un'evenienza alla quale il sistema sociosanitario e socioassistenziale deve poter rispondere con modalità e tempi appropriati e con l'integrazione degli interventi a garanzia della continuità dell'assistenza adeguata alle necessità del paziente e della famiglia, che preferibilmente non istituzionalizzino il paziente ma si sviluppino il più possibile nel suo usuale ambiente di vita.

In considerazione della complessità assistenziale e organizzativa del percorso di dimissione si è ritenuto di delineare un processo che faciliti il percorso del paziente e della sua famiglia. Il Nucleo di Continuità Assistenziale, quale organo preposto, contribuisce alla valutazione del bisogno assistenziale del paziente e della sua famiglia, con lo scopo di pianificare interventi necessari per il rientro al domicilio o individuare un adeguato setting assistenziale. I percorsi devono essere attivati nel più breve tempo possibile, dopo colloquio conoscitivo con famiglia e caregiver.

Di seguito le componenti oggetto di sviluppo, tutt'ora in fase di perfezionamento, per la definizione del processo in parola:

- Gestione informatizzata della turnistica: componente strategica e organizzativa cruciale in quanto incide direttamente sull'efficienza dei servizi, sull'equità nella distribuzione del lavoro e sulla qualità dell'assistenza erogata.

In un contesto sanitario sempre più complesso, caratterizzato da vincoli normativi, contrattuali e organizzativi, si rende necessaria l'adozione di strumenti digitali evoluti, in grado di supportare i professionisti anche nella pianificazione e nel monitoraggio dei turni lavorativi.

In quest'ottica, è stato inserito il progetto di implementazione dell'applicativo Sigma Planner, integrato con il sistema di rilevazione presenze con l'obiettivo di uniformare e digitalizzare la gestione dei turni del personale afferente alla DAPSS. L'acquisizione dell'applicativo gestionale di riferimento è avvenuta nel mese di novembre 2025 e ciò ha comportato un perfezionamento del cronoprogramma nell'anno 2026.

- Mappatura delle competenze: nel contesto sanitario, i professionisti sanitari non medici rivestono un ruolo cruciale nel garantire un'assistenza sanitaria di qualità. Le competenze di tali professionisti sono determinate da un insieme di conoscenze teoriche, abilità pratiche e attitudini, che si sviluppano attraverso la formazione accademica, l'esperienza professionale e la formazione continua. Queste competenze non solo assicurano l'efficienza del servizio, ma sono anche alla base del miglioramento continuo dell'assistenza, attraverso l'adattamento alle evoluzioni tecnologiche, ai cambiamenti nelle esigenze dei pazienti e alle trasformazioni organizzative dei sistemi sanitari (Rago, 2025).

- Revisione logistica magazzini Farmacia: tale componente ha previsto l'ottimizzazione dei processi logistici di richiesta e distribuzione di farmaci e dispositivi medici in funzione dell'avvio della cartella clinica informatizzata.

L'obiettivo è stato definito in risposta alle criticità rilevate, legate alle frequenti e non programmate richieste provenienti dai reparti verso la Farmacia, che generavano disorganizzazione e difficoltà gestionali.

Il progetto ha previsto l'introduzione di una calendarizzazione delle richieste di farmacia per ciascuna unità operativa, sviluppata in collaborazione con la SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Socio Sanitarie, con avvio progressivo sui presidi aziendali.



A supporto dell'implementazione è stata inoltre istituita una figura temporanea di coordinamento, con il compito di raccogliere e gestire eventuali criticità trasversali emerse durante la fase di avvio del nuovo modello di fornitura farmaci.

- Attività di Customer Satisfaction: tra le componenti prese in considerazione al fine di Definizione del processo di continuità di cura tra ospedale e territorio vi è sicuramente la Rilevazione della soddisfazione dell'utente rispetto ai servizi erogati dall'Azienda.

A tal fine l'azienda:

- a) ha coinvolto i Coordinatori nella distribuzione dei questionari relativi alla Customer Satisfaction secondo il modello regionale;
- b) ha disposto l'invio mensile dei questionari da parte dei reparti/ambulatori;
- c) ha disposto l'analisi dei questionari raccolti e relazione finale.

L'obiettivo è stato perseguito attraverso l'attuazione sistematica delle azioni succitate che hanno consentito di garantire un monitoraggio costante della percezione dell'utenza rispetto ai servizi erogati, in linea con gli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza.

In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi.

Tabella n. 16

Efficienza organizzativa

Attuazione Legge Regionale n. 22/2021

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Articolare il Polo Territoriale nelle strutture organizzative e nei Dipartimenti previsti dalla LR 22/2021, dal POAS (ultimo aggiornamento: DGR XII 3413/2024 – Deliberazione n. 1073 del 22.11.2024) – Regole di Sistema.	Attuazione delle previsioni normative e aziendali, con il completamento dell'assetto funzionale (attuazione del funzionigramma con ultimo aggiornamento POAS e delle Regole di Sistema)-	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
Nel corso dell'anno 2025 si è data attuazione all'articolazione del Polo Territoriale secondo le previsioni normative e aziendali, completando l'assetto istituzionale previsto.		
<i>In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.</i>		

Tabella n. 17

**Efficacia esterna****Presa in carico del paziente cronico/fragile (PIC) e del paziente ADI**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Attività di presa in carico dei pazienti cronici, con particolare riferimento al setting domiciliare.	a) Prosecuzione del percorso di presa in carico secondo le indicazioni di RL – raggiungimento target stabiliti da ATS. b) Definizione delle modalità di arruolamento pro-attivo per il setting domiciliare: coinvolgimento strutturato degli MMG nei percorsi di attivazione del Sistema di Cure Domiciliari.	Anno 2025 - 2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
a) Nel 2025 le Cure Domiciliari di ASST Rhodense, pur considerando la presenza di criticità organizzative e territoriali, hanno registrato un significativo rafforzamento delle attività direttamente governate, contribuendo al raggiungimento dell'89% del target PNRR. b) Il sistema evidenzia una crescita significativa ma necessita di un ulteriore rafforzamento dell'integrazione tra attori, di un maggiore coinvolgimento delle Cure Primarie e di una governance territoriale più omogenea per il pieno raggiungimento degli obiettivi PNRR. <i>In ragione di quanto sopra argomentato, l'obiettivo in parola può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi.</i>		

Tabella n. 18

Efficacia esterna**Efficacia esterna Affermazione e consolidamento del ruolo dell'ASST Rhodense nel sistema di governance della rete interistituzionale territoriale**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Attuazione delle linee guida regionali e degli indirizzi della DG welfare per definire, strutturare e consolidare il raccordo interistituzionale con gli enti locali e le associazioni di volontariato del territorio, attraverso gli organi e gli organismi istituzionali di ASST Rhodense formalmente costituiti attraverso la realizzazione di	Realizzazione, secondo quanto previsto nel PPT dei progetti di integrazione socio sanitaria anche attraverso il costante coinvolgimento degli organismi deputati alla programmazione interistituzionale integrate (cabina di regia di ASST, organismi consultivi distrettuali con il coinvolgimento costante degli ETS) e allineamento con gli organismi di rappresentanza dei sindaci.	Anno 2025-2027

quanto declinato nel PPT e negli accordi di programma.		
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
All'interno della programmazione delle progettualità di sviluppo del Polo Territoriale sono proseguiti i percorsi congiunti con gli Ambiti Territoriali, avviati a partire dal mese di gennaio 2025. Tali percorsi hanno visto uno sviluppo progressivo nel corso dell'attuazione, attraverso il consolidamento dei tavoli di lavoro, sia aziendali sia interistituzionali con gli Ambiti Territoriali, in particolare nei contesti in cui risulta prioritario il perseguimento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali – LEPS - di integrazione sociosanitaria. Parimenti sono stati, nel corso dell'anno 2025, costantemente coinvolti gli organismi deputati alla programmazione interistituzionale integrata. <i>In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in esame può considerarsi raggiunto.</i>		

Tabella n. 19

Efficacia esterna**Consolidamento dell'attività del Dipartimento Funzionale di Prevenzione**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Attuazione del PRP e degli atti di indirizzo DG Welfare per la rete della Prevenzione.	a) Declinazione ed aggiornamento del Piano Pandemico Influenzale e dei Piani Operativi Locali per il Polo Territoriale. Attuazione, nei tre Distretti, in sinergia con il Dipartimento di Prevenzione di attività di promozione della salute con particolare riferimento all'invecchiamento attivo.	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
a) Il Piano Pandemico (PanFLU) dell'ASST Rhodense definisce le procedure e le azioni necessarie per fronteggiare eventuali emergenze epidemiche, concentrandosi sui patogeni a trasmissione respiratoria. Le misure chiave previste dal Piano comprendono: 1) gestione logistica: controllo, presenza e approvvigionamento delle scorte di dispositivi di protezione individuale (DPI); 2) formazione e simulazione: esecuzione annuale di audit e simulazioni tramite l'applicativo regionale dedicato (SASHA); 3) coordinamento territoriale: collaborazione attiva con l'ATS di Milano e il Dipartimento di Prevenzione per la sorveglianza e per le campagne vaccinali. Il Polo territoriale ha		



partecipato al caricamento delle azioni intraprese entro le date di scadenze. Ha inoltre partecipato ad una esercitazione condotta in collaborazione con ASST Nord Milano.

- b) In relazione alle attività di tutela e promozione della salvaguardia della salute sono state messe in campo numerose attività rivolte alla cittadinanza e alla popolazione anziana e fragile; in particolare sono stati realizzati alcuni eventi dal titolo "Active over" e "Il movimento come corretto stile di vita" volti a diffondere i principali benefici dell'invecchiamento attivo attraverso la messa in campo di attività di movimento e di attività informative e diffusive sull'importanza della corretta alimentazione. Tali eventi sono stati realizzati sia all'interno della ASST Rhodense sia sul territorio dei Distretti afferenti.

In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.

Tabella n. 20

Efficacia esterna

Potenziamento degli strumenti di rete

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Implementazione del modello delle reti clinico-assistenziali, con focus sull'integrazione ospedale-territorio.	a) Riorganizzazione e potenziamento della rete della tutela materno infantile, secondo le indicazioni sul riordino dei Consultori Familiari indicate nelle Regole di Sistema 2025 b) Riorganizzazione della presa in carico utenza con disabilità psichica in età giovanile e adulta attraverso la predisposizione di protocolli per la definizione del percorso di continuità di presa in carico.	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
a. Rispetto alla riorganizzazione e al potenziamento della rete della tutela materno infantile si evidenzia quanto svolto per l'anno 2025: a.1 nel periodo in esame sono stati applicati i seguenti protocolli: - protocollo aziendale di dimissione integrata (PRC 85 rev 01/2024) riguardante l'assistenza ostetrica domiciliare post partum: al momento della dimissione della puerpera, il personale ostetrico propone presa in carico consultoriale per il postpartum, articolata con counseling e visite domiciliari. Per sostegno alla genitorialità responsabile sono stati implementati gruppi specifici per i papà: "futuri papà" e "papà in gioco". - applicazione del PTR 42 Rev 00/2025 Depressione perinatale riguardante l'accompagnamento psicologico per la prevenzione, diagnosi e presa in carico delle situazioni di fragilità emotiva a.2 nel periodo in esame vi è stato un significativo incremento di donne gravide rispetto all'anno 2024. L'attività ostetrica ha garantito controlli e supporto dedicato alla gravidanza a basso		

rischio, con un approccio multidisciplinare integrato, per favorire corretti stili di vita in gravidanza e sostegno alla genitorialità responsabile, con incontri dedicati ai corretti stili di vita in gravidanza, alla preparazione alla nascita, all'allattamento, al massaggio infantile ed al sostegno psicologico.

- a.3 il periodo considerato ha visto il Rinforzo dell'attività "Nati per leggere", sia rivolta ai genitori che alle donne gravide, con l'obiettivo di sensibilizzare precocemente le donne all'importanza della lettura precoce, facilitando la relazione con i loro bambini e stimolando l'attenzione e la partecipazione degli stessi. Tale attività, che nel 2025 ha registrato un incremento, ha visto coinvolti anche i Pediatri di Libera Scelta e le Biblioteche Comunali.

In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto

- b. È stato steso redatto un documento che propone la creazione di un Centro Diurno Giovani nel Comune di Cesate (MI) dedicato a ragazzi e giovani adulti tra i 14 e i 25 anni con disturbi neuropsichiatrici e psichiatrici. L'obiettivo è offrire un servizio integrato di prevenzione, cura e riabilitazione precoce per pazienti in fase subacuta o a rischio di disturbi mentali maggiori. Il progetto nasce dall'aumento dei casi legati a disagio psichico adolescenziale, abuso di sostanze e disturbi del neurosviluppo. Il centro lavorerà in continuità con ospedali, SPDC, servizi territoriali e neuropsichiatria infantile. Sono previsti percorsi personalizzati con supporto psicologico, cognitivo, educativo e riabilitativo multidisciplinare. Grande attenzione è attribuita alla diagnosi precoce, alla riduzione delle ricadute e alla continuità terapeutica. Il progetto integra anche la telemedicina, il telemonitoraggio e strumenti digitali per migliorare adesione e controllo clinico. La struttura prevede spazi per attività terapeutiche individuali e di gruppo. L'équipe sarà costituita da psichiatri, neuropsichiatri, psicologi, infermieri, terapisti ed esperti in interventi assistiti con animali. Tra i risultati attesi vi è la riduzione dei ricoveri prolungati, minore ricorso al pronto soccorso e migliore inclusione sociale dei giovani pazienti.

In ragione del progetto sopra illustrato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.

Efficienza organizzativa**Cure primarie**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Dipartimento Cure Primarie.	Viene confermato il percorso di sviluppo di un modello di presa in carico del paziente cronico da parte del MMG/PLS, che sarà semplificato ed integrato con la nuova rete d'offerta prevista dal PNRR. Particolare attenzione verrà data all'implementazione della telemedicina, telemonitoraggio e teleconsulto.	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
Sono stati svolti 2 incontri sul miglioramento dell'uso del portale SGDT a disposizione dei MAP operanti in cooperative. Sono state inviate comunicazioni dalle Cure Primarie ai Medici di Assistenza Primaria – MAP- per massimizzare i Piani Assistenziali Individualizzati – PAI-, l'uso della telemedicina e teleconsulto; sono stati messi a disposizione degli slot di agende dedicate per il teleconsulto. Si sono svolti numerosi incontri con i referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT - e alcune call con tutti i MAP per l'integrazione della nuova rete di offerta. <i>In ragione di quanto sopra argomentato l'obiettivo in argomento può considerarsi raggiunto.</i>		

Tabella n. 22

AREA DI VALUTAZIONE SISTEMA AZIENDALE**Efficienza organizzativa****Trasparenza**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Rispetto delle indicazioni relative alla normativa sulla trasparenza.	Rendicontazione annuale alla Direzione Generale Welfare. Riscontri ANAC.	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
Rispetto all'obiettivo in argomento si rende nota la relazione redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del 12 febbraio 2026, conservata in atti di ufficio, relativamente alle attività svolte nell'anno 2025 rispetto alla tematica. <i>In ragione di quanto sopra riportato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.</i>		

Tabella n. 23

Economicità**Bilanci**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Certificabilità dei Bilanci	Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci come da indicazioni regionali. Partecipazione ai GdL regionali per l'aggiornamento delle procedure PAC e per la definizione dei rischi e loro valutazione	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
Nel corso dell'anno 2025 è stato predisposto l'aggiornamento delle seguenti procedure PAC: F) Crediti e Ricavi; G) Disponibilità Liquide. La struttura SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità ha coordinato l'attività di revisione delle procedure. Si richiamano i verbali degli incontri del Dipartimento Amministrativo in cui vengono riportati gli aggiornamenti degli obiettivi assegnati per l'anno 2025, tra cui anche le procedure PAC in argomento, e dai quali si evince l'avvenuto aggiornamento delle procedure in argomento. <i>In ragione di quanto sopra riportato l'obiettivo in parola può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi.</i>		

Tabella n. 24

Economicità**Investimenti**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziari nei programmi di investimento.	Rispetto delle scadenze stabilite dal cronoprogramma del PNRR e tutti I finanziamenti regionali da Regione Lombardia. <u>Polo Ospedaliero</u> = mantenimento e riqualificazione delle strutture, impianti e apparecchiature. <u>Rete Territoriale</u> = interventi di cui al PNRR Missione M6C1 destinati alle azioni finalizzate alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e come previsto dalle DD.G.R. n. XI/6282/2022 e n. XI/7593/2022.	Anno 2025-2027

**ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA**

In ordine al rispetto dei cronoprogrammi degli interventi finanziari nei programmi di investimento, si evidenzia il rispetto degli stessi secondo le indicazioni Regionali/Nazionali ed in particolare quanto segue:

- con riferimento al Polo Ospedaliero:
 - le strutture/gli impianti: si dà atto del rispetto delle scadenze Regionali/nazionali in merito alle realizzazioni in atto nel 2025;
 - le apparecchiature: effettuata ricognizione delle necessità di arredi sanitari e non sanitari al fine dell'adozione del Piano Investimenti entro la data stabilita;
 - con riferimento alla Rete Territoriale si dà atto del rispetto delle tempistiche relativi agli interventi finalizzati all'apertura delle alle Case di Comunità.
- Si è provveduto all'allestimento e all'acquisizione di beni per tutte le CdC/OdC secondo le tempistiche definite.

In ragione di quanto sopra riportato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.

Tabella n. 25

Efficienza organizzativa**Sistemi informativi**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Implementazione delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.	a) Rispetto delle scadenze stabilite dal cronoprogramma del PNRR e da Regione Lombardia. Polo Ospedaliero = Anno 2025-2027 Pagina 27 di 87 SISTEMA AZIENDALE OBIETTIVO RISULTATI ATTESI PERIODO DI RIFERIMENTO ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche e digitali dei Presidi Ospedalieri mirati al miglioramento della digitalizzazione dei Dipartimenti Aziendali di volta in volta identificati dalla Direzione Strategica; attivazione della Cartella Clinica Elettronica – CCE secondo le tempistiche stabilite da cronoprogramma regionale. Rete Territoriale = Gestione Digitale del Territorio e Telemedicina con particolare riferimento	Anno 2025-2027



Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

	all'introduzione della nuova piattaforma regionale. b) Miglioramento continuo del livello di Sicurezza e disponibilità dei sistemi informativi. c) Attuare gli interventi tecnici e organizzativi necessari alla trasformazione del Fascicolo Sanitario.	
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
a) Con riferimento all'obiettivo di implementazione delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si evidenzia che nell'ambito dell'attivazione della Cartella Clinica Elettronica – CCE, la stessa, al 31/12/2025 risulta diffusa e operativa presso tutti i reparti di degenza ad eccezione dell'area dell'Hospice e Ostetrico Ginecologica, per la quale si prevede l'attivazione per il mese di giugno p.v. per trovare poi la sua piena finalizzazione entro la fine dell'estate. b) Rispetto all'obiettivo in esame si rende noto che l'azienda, in ragione dell'attuale contesto socio-politico nonché dei frequenti attacchi informatici indirizzati verso le strutture pubbliche e di cui l'ASST Rhodense è stata vittima nel 2024, ha provveduto ad acquistare specifici pacchetti di sicurezza. c) L'ASST Rhodense ha attuato il percorso di trasformazione dei referti da formato documentale a formato strutturato CDA2 programmando una serie di attività tecniche al fine del perfezionamento del Fascicolo Sanitario Elettronico. <i>In ragione di quanto sopra riportato l'obiettivo in parola può considerarsi raggiunto.</i>		

Tabella n. 26

**Economicità****Tempi di pagamento**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Rispetto delle tempistiche previste dalla norma vigente	Rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori (30-60 gg.)	Anno 2025-2027

ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTATempi di pagamento – Anno 2025

I dati relativi ai tempi di pagamento dei fornitori da parte della ASST Rhodense, sono pubblicati tempestivamente sul sito internet aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", al link sotto riportato:

<https://www.asst-rhodense.it/AmministrazioneTrasparente/IndicatoreTempestivitaPagamenti.html>

Si riporta di seguito la tabella con i dati trimestrali e annuale 2025:

Indicatore tempestività dei pagamenti			
Anno	Periodo	Indice MEF	Tempo Medio dei Pagamenti
2025	01/01/2025 – 31/12/2025	- 17,49	42,51
	Quarto trimestre	- 18,84	41,16
	Terzo trimestre	- 18,17	41,83
	Secondo trimestre	- 16,73	43,27
	Primo trimestre	- 16,35	43,65

Dai dati sopra esposti si può rilevare che il tempo medio di pagamento, nell'anno 2025, si è attestato al 42,51 vale a dire all'interno del range: 30-60gg, come stabilito dalla normativa vigente; L'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti – Indice MEF - relativo all'anno 2025 è di – 17,49.

Si evidenzia l'approccio proattivo dell'amministrazione rispetto al raggiungimento dell'obiettivo in parola mediante il monitoraggio costante dell'attività di liquidazione delle fatture relative all'anno 2025 nonché richiesta alle strutture interessate di rendicontazione mensile.

In ragione di quanto sopra illustrato l'obiettivo in argomento può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi.

**Efficienza organizzativa****Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Attuazione integrale delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	Rispetto tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare;	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
Tutte le scadenze relative alle tempistiche di realizzazione delle progettualità legate al PNRR sono state rispettate.		
<i>In ragione di quanto sopra illustrato l'obiettivo in argomento può considerarsi raggiunto.</i>		

Tabella n. 28

Efficienza organizzativa**Olimpiadi invernali del 2026**

OBIETTIVO	RISULTATI ATTESI	PERIODO DI RIFERIMENTO
Collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali del 2026;	a) Rispetto delle indicazioni e tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare; b) agevolare la disponibilità di tutto il personale sanitario e tecnico per tutto il periodo dei giochi olimpici – attività svolta fuori orario di servizio;	Anno 2025-2027
ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA		
Con riferimento alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali: a) sono state rispettate tutte le indicazioni e le tempistiche definite da Regione Lombardia; inoltre abbiamo partecipato attivamente a tutte le riunioni organizzate da ATS volte alla pianificazione e alla realizzazione delle Olimpiadi invernali. b) l'azienda ha partecipato alle attività delle Olimpiadi invernali anche attraverso la disponibilità dei propri professionisti.		
<i>In ragione di quanto sopra illustrato l'obiettivo in parola può considerarsi in linea rispetto ai risultati attesi.</i>		

Tabella n. 29

6. LAVORO AGILE

In ossequio alle disposizioni di cui al Capo II della Legge 22 maggio 2017 n. 81 e della Direttiva n. 3/2017, con deliberazione n. 1356 del 22 dicembre 2023, è stata disposta l'approvazione del "Regolamento aziendale per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile rivolto al personale del comparto".

Con l'adozione del citato regolamento, il lavoro agile, strumento già utilizzato durante tutte le fasi dell'emergenza pandemica, è diventato, a tutti gli effetti, una delle modalità ordinarie di svolgimento delle prestazioni lavorative, svincolata da logiche e finalità emergenziali, orientata a migliorare la qualità della vita dei lavoratori, salvaguardando, nel contempo la produttività.

Il Regolamento disciplina i destinatari, le modalità di accesso al lavoro agile e lo svolgimento dell'attività lavorativa, prevedendo la sottoscrizione con i dipendenti interessati di specifico accordo individuale in cui vengono stabilite:

- la durata dell'accordo (di durata non superiore a 2 anni);
- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro con indicazione del numero di giornate da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- modalità di recesso e ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- indicazione della fascia di contattabilità e tempi di riposo del lavoratore;
- modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro;
- impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro.

A decorrere da gennaio 2024, in continuità con la normativa emergenziale, si è provveduto a dare immediata attuazione alle disposizioni del Regolamento previste per il personale in condizione di fragilità accertata, con la sottoscrizione di n. 17 accordi individuali.

Nel corso del 2024, inoltre, sono state trasmesse ai vari Responsabili aziendali specifiche comunicazioni con l'indicazione delle necessarie attività prodromiche alla messa a regime del Regolamento per il restante personale del comparto.

Nello specifico, ai fini della raccolta delle istanze da parte dei dipendenti interessati, è stato richiesto ai Responsabili di individuare le attività effettuabili da remoto e, in considerazione dell'organizzazione dei singoli uffici, la consistenza minima del personale di cui è richiesta la presenza sul posto di lavoro.

Il considerevole attacco informatico subito dall'Azienda nel mese di giugno 2024, che ha reso necessaria una significativa attività di ri-consolidamento dell'infrastruttura ICT aziendale protrattasi fino al mese di novembre 2024, ha comportato una forzata sospensione del processo di avvio e raccolta delle domande da parte del personale interessato.

Per quanto sopra, nel mese di dicembre 2024, a seguito di ulteriore ricognizione aziendale, sono stati individuati gli Uffici e le attività lavorative il cui espletamento può essere effettuato da remoto e, in data 24.01.2025, è stato pubblicato un avviso rivolto al personale dipendente in servizio presso detti Uffici con l'indicazione delle modalità per la presentazione della richiesta di accesso al lavoro agile, in ossequio alle disposizioni del Regolamento.

Nel corso dell'anno 2025 sono stati sottoscritti n. 81 contratti di lavoro agile.

7. CUSTOMER SATISFACTION

La normativa vigente prevede che i cittadini, anche in forma associata, partecipino al processo di misurazione delle performance organizzative attraverso la comunicazione del proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati. Tale soddisfazione viene rilevata attraverso il monitoraggio delle segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti degli utenti, nonché attraverso apposite indagini di Customer Satisfaction.

Nel 2025 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST ha ricevuto n. 6.859 segnalazioni/reclami di cui n. 742 elogi e n. 6.117 tra suggerimenti nonché reclami e richieste di assistenza e informazioni pervenute allo sportello, telefoniche e via email/PEC, in collaborazione e a supporto delle varie strutture aziendali.

Inoltre, la rilevazione della soddisfazione degli utenti viene effettuata, per le prestazioni di natura ambulatoriale e per le degenze, mediante la somministrazione di questionari volti a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction).

I dati di riepilogo delle segnalazioni e dei questionari vengono inseriti in una relazione di sintesi, pubblicata nel sito intranet aziendale al fine di essere resa disponibile all'interno dell'azienda, come spunto di miglioramento per le attività dei reparti/servizi, ad incremento del Valore Pubblico.

8. COLLEGAMENTO CON IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Il Responsabile per la prevenzione della Corruzione e Trasparenza (di seguito RPCT) ha raccolto i contributi di Tutte le Strutture e Uffici dell'ASST Rhodense, per quanto di specifica competenza coinvolte nel processo di aggiornamento annuale del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, e ne ha condiviso i contenuti con il Nucleo di Valutazione delle Performance e la Direzione Aziendale prima dell'approvazione con Deliberazione 68 del 30 gennaio 2025.

Il piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza, accluso nel PIAO e deliberato con il succitato provvedimento del 30 gennaio 2025, è stato aggiornato con il supporto e il contributo delle Strutture e degli Uffici aziendali, e in conformità con la normativa vigente e le Linee guida ANAC, con particolare riferimento al PNA 2022, aggiornato da ANAC con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023.

La pianificazione dell'anticorruzione ha comportato il necessario coinvolgimento delle Strutture deputate alla gestione delle aree di rischio che hanno reso supporto al RPCT con riscontri e contributi in un'ottica di implementazione e potenziamento delle misure anticorruzione nel registro dei rischi allegato al Piano 2025-2027 disponibile al seguente link <https://www.asst-rhodense.it/AmministrazioneTrasparente/piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza.html>

Il RPCT ha provveduto alla diffusione del PIAO internamente, informando, con mail del 30 gennaio 2025 la Direzione Aziendale, tutti i Responsabili SS.CC. e Direttori di Dipartimento dell'Azienda, e dandone avviso a tutto il personale, e agli esterni, mediante pubblicazione sul sito aziendale nella Sezione "Amministrazione Trasparente" e sul portale PIAO del sito del Dipartimento della Funzione Pubblica nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente entro il 31 gennaio 2025.

Il RPCT ha monitorato, con cadenza semestrale, lo stato di attuazione delle misure preventive a cura di ciascuna Struttura competente rispetto alle singole aree di rischio di pertinenza.

Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

Sempre entro la scadenza del 31 gennaio 2025 il RPCT ha pubblicato in "Amministrazione Trasparente", nell'apposita sezione dedicata la "*Scheda standard ANAC*", scheda fornita da ANAC e compilata anche con il supporto delle Strutture/Uffici interessate alle singole voci ivi indicate.

Con riferimento alla trasparenza, il RPCT ha provveduto al monitoraggio trimestrale delle pubblicazioni e ha altresì monitorato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla Delibera ANAC n. 192 del 7 maggio 2025, coinvolgendo direttamente e attivamente i Responsabili delle Strutture/Uffici competenti in merito all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli *item* individuati da ANAC nella succitata deliberazione e oggetto di verifica per l'anno 2025.

Nella seduta del 10 luglio 2025-il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha attestato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in conformità rispetto alle verifiche di cui alla Deliberazione n. 192 del 7 maggio 2025, assegnando la valorizzazione pari la 100% alla voce "Completezza del contenuto" e non rilevando aspetti critici da segnalare ai fini del monitoraggio.

Nella medesima data il RPCT ha quindi provveduto a pubblicare in Amministrazione Trasparente l'attestazione del Nucleo di Valutazione della Performance, unitamente alla ricevuta di attestazione dell'invio ad ANAC tramite l'apposito portale.

Nel corso dell'anno 2025, come di consueto, il RPCT ha altresì effettuato plurime ricognizioni sullo stato di aggiornamento delle sezioni contenute in Amministrazione Trasparente.

Nello specifico il RPCT, da un lato, ha provveduto ad aggiornare le sezioni di propria pertinenza in conformità alle disposizioni vigenti, dall'altro, ha effettuato un monitoraggio delle sezioni contenenti dati di competenza altrui, verificando il rispetto dei termini di pubblicazione, la conformità del contenuto dei documenti pubblicati, nonché il formato aperto/non aperto degli stessi confrontandosi con gli Uffici/Strutture per la risoluzione delle criticità rilevate.

Il RPCT ha comunicato gli esiti delle ricognizioni alle singole Strutture competenti con le indicazioni conseguenti volte a risolvere le criticità rilevate.

Il RPCT ha raccomandato e rammentato l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e ha suggerito azioni di miglioramento in esito a ricerche comparative nella sezione di Amministrazione Trasparente anche di altre Aziende.

Il RPCT si è occupato altresì, in qualità di responsabile scientifico, della formazione del Personale, nominato Referente per l'anticorruzione, sui temi legati all'Anticorruzione e alla Trasparenza.

Nel corso dell'anno 2025 sono stati organizzati alcuni eventi formativi aventi ad oggetto gli argomenti riportati nella seguente tabella:



Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

Data	Argomento	Docente/Relatore/ Tutor d'aula	Metodologia Didattica *
27.06.2025	✓ ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA: FONTI NORMATIVE; ✓ PRINCIPI DI ETICA E INTEGRITA'; ✓ ANAC: RUOLO E FUNZIONI; ✓ DELIBERA ANAC N. 192 DEL 07.05.2025, CONFRONTO CON DELIBERAZIONI ANAC ANNI PRECEDENTI (DAL 2021); ✓ MONITORAGGIO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA: RUOLO DELLE STRUTTURE /UFFICI DELL'ASST RHODENSE.	Elisa Pini	Lezione frontale
24.09.2025	✓ PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: PRINCIPI GENERALI E RUOLO DELLE STRUTTURE/UFFICI; ✓ WHISTLEBLOWING: REGOLAMENTO AZIENDALE ASST RHODENSE; ✓ OBBLIGHI DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE E PANTOUFLAGE.	Elisa Pini	Lezione frontale
03.12.2025	✓ SEZIONE DEL PTPC E DEI DOCUMENTI ✓ PIAO: FONTI NORMATIVE, ANALISI DELLA SEZIONE DEL PTPC E DEI DOCUMENTI ALLEGATI AL PIAO; ✓ AGGIORNAMENTO DEL PIAO (CON RIFERIMENTO ALLA SEZIONE GENERALE E, IN PARTICOLARE, AL PTPC) E DEI DOCUMENTI ALLEGATI; ✓ RUOLO DELLE STRUTTURE/UFFICI DELL'ASST RHODENSE NEL PROCESSO DI AGGIORNAMENTO.	Elisa Pini	Lezione frontale

Tabella n. 30

Nello specifico si sono tre edizioni, rispettivamente in data 27 giugno 2025, 24 settembre 2025 e 3 dicembre 2025, presso l'Aula Arcobaleno della ASST Rhodense alle quali ha partecipato il Personale nominato quale Referente del RPCT.

Il RPCT oltre ai corsi di formazione sopra descritti ha costantemente informato e aggiornato le Strutture/Uffici con le comunicazioni di specifico interesse (Deliberazioni, Pareri ANAC, aggiornamenti normativi) e ha supportato gli Uffici/Strutture nell'espletamento delle incombenze in materia di Anticorruzione e Trasparenza.

Relativamente all'applicazione dell'istituto Whistleblowing, si prende atto che il RPCT ha dedicato apposita sessione formativa all'argomento, stante l'importanza la delicatezza di detto istituto, e ha rammentato ai discenti le modalità di trasmissione delle segnalazioni tramite i canali attivati in conformità del dato normativo.

Si dà atto inoltre che nel rispetto della scadenza del 31 marzo 2026 indicata da Regione Lombardia con nota del 10 febbraio 2026, il RPCT in data 13 febbraio 2026 ha trasmesso alla struttura regionale di riferimento il questionario riferito alle segnalazioni specifiche del Whistleblowing.

Per l'anno 2025 non è stata mandata alcuna comunicazione formale a Regione Lombardia rispetto all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza, in tal senso Regione Lombardia non ha chiesto alcuna relazione al RPCT, stante le verifiche dirette - da parte degli Uffici preposti di Regione Lombardia - sui siti internet degli Enti nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Allegato n. 1 alla deliberazione del _____ n. _____

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, comma 14, della Legge 190/2012, è stata redatta la Relazione annuale delle attività svolte dal RPCT nel 2024.

Il RPCT, unitamente agli altri membri facenti parte della "Commissione controlli PNRR e nominati con Delibera n. 1212 del 16 novembre 2023, nel corso dell'anno 2025 ha continuato l'attività di verifica e di documentazione dei controlli dei progetti PNRR in capo ai RUP dell'ASST Rhodense.

Garbagnate Milanese, 24 giugno 2026