

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Brianza

Relazione sulla performance ASST Brianza Anno 2022

Redatta ai sensi dell'art. 10 comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 150/2009

(Validata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in data 28/06/2023)

INDICE

1.	PREMESSA	2
2.	Gli obiettivi programmatici e strategici della performance (PIAO 2022 – 2024)	2
2.1.	Piano Annuale di Risk Management.....	2
2.2.	Piano di Gestione del Sistema Qualità Aziendale.....	4
2.3.	Piano Internal Audit.....	4
2.4.	Percorso Certificabilità dei Bilanci (PAC)	5
2.5.	Piano Annuale di Formazione.....	5
2.6.	Piano Investimenti, Programmi dei lavori e delle acquisizioni di forniture e servizi.....	7
2.6.1	Lavori	7
2.6.2	Attrezzature.....	10
3.	Reingegnerizzazione dei processi, digitalizzazione e accessibilità (PIAO 2022 – 2024)	13
4.	Indicatori (PIAO 2022 – 2024).....	15

1. PREMESSA

Nel biennio 2021 – 2022 il corpus normativo relativo alle performances delle aziende pubbliche ha subito radicali innovazioni:

- Il Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO);
- Il Decreto del Presidente della Repubblica del 24/06/2022, n. 81 ha individuato gli adempimenti assorbiti dal PIAO;
- Il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della funzione pubblica 30 giugno 2022, n. 132 ha definito i contenuti del PIAO e ha stabilito che in caso di differimento del termine previsto a legislazione vigente per l'approvazione dei bilanci di previsione, il termine di approvazione del PIAO è differito di trenta giorni successivi a quello di approvazione dei bilanci.

In particolare, tra gli adempimenti assorbiti dal PIAO ai sensi del DPR n. 81/2022 figura anche il Piano della Performance di cui all'articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Pertanto, la presente Relazione sulla Performance prende a riferimento non più il Piano della Performance ma il PIAO adottato dall'azienda con Delibera n. 362 del 29 aprile 2022.

In particolare, sono presi a riferimento i capitoli 3 e 9 del PIAO:

- 3. ASST e l'ABC: obiettivi programmatici e strategici della performance;
- 9. ASST: reingegnerizzazione dei processi, digitalizzazione e accessibilità;

Nonché gli indicatori allegati al PIAO stesso.

2. Gli obiettivi programmatici e strategici della performance (PIAO 2022 – 2024)

2.1. Piano Annuale di Risk Management

Nell'anno 2022 è stato redatto il Piano Aziendale di Risk management (PARM), discusso e concordato con il Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, redatto sulla scorta delle linee operative regionali e sulla analisi dei rischi dell'anno precedente.

Sono stati pianificati tre progetti di gestione del rischio, di cui uno interaziendale.

Progetto 1: Implementazione Raccomandazione 19: La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide nell'ASST Brianza.

L'obiettivo del progetto era elaborare un documento aziendale di riferimento secondo le recenti raccomandazioni, emanate nel 2019 ma non implementate a causa della pandemia, e diffonderne i contenuti capillarmente fra gli operatori sanitari.

Il progetto, articolato su due anni, ha visto la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha ricompreso anche il territorio. Il Gruppo ha redatto la procedura che recepisce la Raccomandazione ed ha prodotto cartellonistica dedicata al personale e brochure per l'informazione ai cittadini. La diffusione della procedura prevede nel 2023 una formazione a distanza.

Progetto 2: Prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero e territoriale ASST Brianza

L'obiettivo del progetto era l'aggiornamento il piano di prevenzione delle cadute dell'ASST Brianza secondo le recenti raccomandazioni e diffonderne i contenuti capillarmente fra gli operatori. La presenza di numeroso personale di nuova assunzione e la mancata formazione su queste tematiche negli ultimi anni, ha abbassato il livello di attenzione sul tema. Pertanto, oltre all'aggiornamento dei documenti, si è ritenuto importante attivare una formazione che coprisse il bug informativo/formativo e che potesse raggiungere il maggior numero di persone. La revisione della procedura aziendale è in corso di ultimazione, mentre l'applicazione della check list per la sicurezza ambientale è ultimata. La diffusione della procedura prevede nel 2023 una formazione a distanza.

Progetto 3: Progetto Interaziendale Risk Buster

Il progetto è stato condiviso con ATS Brianza, ASST Monza e ASST Lecco con lo scopo di condividere lo strumento software di incident reporting (Risk Buster) elaborato dalla ex ASST Vimercate. L'utilizzo di una piattaforma unica poteva consentire di uniformare i processi di segnalazione e disporre di tutte le segnalazioni delle Aziende del territorio di competenza dell'ATS Brianza su un'unica base dati pur mantenendo una gestione operativa autonoma e personalizzata alle caratteristiche di ciascuna organizzazione; inoltre era prevista la progettazione e implementazione di un nuovo "modulo" del software per la segnalazione degli agiti aggressivi. Il progetto, interrotto durante la pandemia, è stato ripreso nel 2022 ma ASST di Lecco e ATS Brianza si sono ritirati dal progetto che è pertanto proseguito per ASST Brianza e ASST Monza. Il raggiungimento degli obiettivi ha avuto uno slittamento legato al supporto che il sistema informativo ha potuto fornire e che ha dovuto dirottare le proprie risorse ad attività prioritarie. In particolare la scheda di segnalazione degli agiti aggressivi nei confronti degli operatori, pronta da alcuni anni, nel 2022 ha subito un ulteriore aggiornamento con l'integrazione dei dati richiesti dalla Survey dedicata, al fine di rendere la raccolta delle informazioni sempre più mirata e consentire una più precisa risposta alla Survey stessa. Inoltre è stata condivisa con ASST Monza una modifica del software che consentirà di classificare gli errori segnalati in modo più preciso per consentire una analisi più accurata e sistematica. Anche questa attività è in attesa di implementazione da parte del servizio informativo.

L'incremento delle aggressioni al personale, in particolare in Pronto Soccorso, ha richiesto una verifica delle azioni per la prevenzione in essere e pianificare quelle da implementare. Da questa analisi è scaturito un progetto per il 2023, proposto alla Direzione Aziendale, in collaborazione con la Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

L'ufficio Qualità e Risk Management è stato coinvolto nella redazione dei Piani pandemici aziendali e delle UdO territoriali richiesti da ATS Brianza e Regione Lombardia, ha condotto audit presso i centri vaccinali massivi, in collaborazione con il Risk Manager di ATS Brianza, adottando la check list dedicata.

Inoltre è stata effettuata una verifica del grado di implementazione delle raccomandazioni per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria, tramite apposita check list ed inseriti gli esiti nel portale regionale PRIMO.

È stata condotta una analisi su un campione di 20 cartelle cliniche di casi di sepsi per verificare l'aderenza dell'assistenza al protocollo aziendale.

Nel corso dell'anno sono stati inviati trimestralmente i trigger ostetrico-neonatali per consentire l'analisi periodica. A febbraio è stato condotto un audit con l'analisi dei Trigger 2021 e l'individuazione delle opportune azioni correttive. Dall'analisi è scaturita la necessità di costruire uno strumento per la comunicazione dei

trigger neonatali che si è dimostrato efficace. Inoltre sono stati strutturati corsi di formazione e addestramento per ridurre alcuni eventi come la distocia di spalla e le emorragie post-partum.

2.2. Piano di Gestione del Sistema Qualità Aziendale

Tra gli obiettivi strategici di lungo periodo e in quelli annuali 2022 sono state messe le basi per l'aggiornamento del SGQ. A tale scopo si è dato inizio alla ricostituzione della rete dei Referenti della qualità delle singole articolazioni aziendali nell'ottica di una capillare partecipazione da parte dei professionisti che operano nelle strutture; la condivisione e la trasversalità sono principi inderogabili per la redazione dei documenti che devono essere rappresentativi della multiprofessionalità e della multidisciplinarietà aziendale, oltre a considerare gli aspetti organizzativi che possono differire all'interno dei diversi presidi aziendali. A tale scopo è stato organizzato un corso di formazione riproposto in più edizioni.

Inoltre è stato dato l'avvio alla revisione del sistema documentale, costituito da oltre 2000 documenti attivi. Nel 2022 è stata fatta una analisi dei documenti in essere da parte di Direttori e Coordinatori delle strutture sanitarie; sono stati confermati 280 documenti, rimossi 283, non valutati circa 300, identificati come da revisionare 884, di cui ne sono stati aggiornati il 39%, anche se non tutti portati a termine. Inoltre vi è la richiesta di integrare con quasi 300 nuovi documenti. Questa onerosa attività proseguirà anche nei prossimi anni.

È stato dato l'avvio ad progetto per la sostituzione dell'applicativo di gestione dei documenti aziendali, che ha visto coinvolto l'ufficio qualità per la formulazione delle proposte di work flow da applicare al nuovo sistema.

2.3. Piano Internal Audit

Presso l'ASST Brianza la funzione di Internal Audit non è stata costituita come un ufficio a sé stante, ma è stata affidata ad un team di auditors, i cui componenti sono titolari di altre funzioni dirigenziali aziendali.

Il Regolamento delle attività del Team di Internal Audit dell'ASST della Brianza è stato adottato con delibera n. 107 del 18/02/2022. Ai sensi del regolamento stesso, l'Internal Auditing è una funzione aziendale preposta alla verifica dell'adeguatezza del Sistema di Controllo Interno Aziendale, ponendosi come controllo di terzo livello rispetto a:

- Controlli di primo livello legati alla responsabilità dirigenziale e diretti ad assicurare il corretto svolgimento della operatività delle unità operative;
- Controlli di secondo livello affidati a unità operative e funzioni istituzionalmente preposte al controllo (risk management, qualità, accreditamento, controllo di gestione, prevenzione e protezione, prevenzione della corruzione e trasparenza, sottogruppi di lavoro per il Percorso di Certificabilità dei Bilanci).

Ciò premesso, il Piano delle attività di Internal Audit è stato adottato con delibera n. 108 del 18/02/2022 e rivisto con delibera n. 889 del 2/11/2022.

Nel rispetto di quanto previsto dalle delibere n. 108 e n. 889 sopra citate, nel corso dell'esercizio 2022 sono stati effettuati i seguenti audit:

1. Audit procedure: verifica della gestione del paziente deceduto in ambito strutture residenziali territoriali, valutando opportunità di definire procedure scritte ove non esistenti;
2. Audit procedure: verifica della gestione del paziente deceduto in ambito ospedaliero, in base alle procedure esistenti;

3. Audit ORAC: verifica su regolamenti/procedure aziendali, atti adottati, aderenza alla normativa nazionali e alle indicazioni ANAC in tema di DONAZIONI (a seguito monitoraggio ORAC trasmesso a fine 2021 e a seguito verifica NVP sugli adempimenti griglia trasparenza di inizio 2022) in collaborazione con il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza;
4. Audit PAC: verifica controlli previsti in una delle procedure dell'area IMMOBILIZZAZIONI (a seguito check list regionale di settembre 2021);
5. Audit ORAC: audit sulla Gestione Rifiuti a seguito delibera ORAC 7/2022.

Inoltre, è stata effettuata la formazione (continua) sul campo dei componenti del Team ed è stata fornita assistenza alle altre articolazioni aziendali per la redazione di regolamenti e procedure con impatto sul tema dei controlli, come previsto dal Piano stesso.

2.4. Percorso Certificabilità dei Bilanci (PAC)

Nel corso dell'esercizio 2022, proseguendo nelle attività di ricognizione e di autovalutazione richieste dai competenti uffici regionali, l'ASST ha partecipato a momenti di confronto con altre Aziende Sanitarie, programmati dal centro Studi CERISMAS per conto di Regione Lombardia, nel corso dei quali sono state analizzate le check list di autovalutazione compilate, consegnando gli elaborati entro prefissate scadenze secondo il seguente calendario:

- PAC Magazzini – consegna check list entro la scadenza fissata per il 24/01/2022;
- PAC Ciclo attivo (crediti - ricavi) – consegna check list entro la scadenza fissata per il 23/06/2022;
- PAC Ciclo passivo (debiti – costi) – consegna check list entro la scadenza fissata per il 30/09/2022.

Agli incontri hanno partecipato tutte le SC dell'ASST in funzione degli ambiti trattati; in particolare: gli incontri relativi al PAC Ciclo attivo (crediti - ricavi) hanno visto la partecipazione delle SS.CC. Bilancio, PGIRS e Affari Generali; gli incontri relativi al PAC Ciclo passivo (debiti - costi) hanno visto la partecipazione delle SS.CC. Bilancio, Approvvigionamenti, SIA, Farmacia, Tecnico-Patrimoniale e Risorse Umane.

I contenuti dell'area A del PAC "REQUISITI GENERALI", trasversali alle diverse aree dei percorsi attativi di certificabilità dei bilanci, riguardano regolamenti, procedure operative, raccolta di norme e linee guida organizzate in raccolte ordinate. Anche in questa circostanza ogni competente SC dell'ASST ha partecipato alla compilazione delle check list di autovalutazione predisposte dal Centro Studi CERISMAS rispondendo nei termini assegnati.

In particolare:

- la SC Affari Generali e Legali conferma l'esistenza della raccolta organizzata di leggi e regolamenti dell'Azienda, periodicamente diffuse alle altre SC aziendali
- la SC Risorse Umane rappresenta che i principi di condotta generale, i valori etici e le regole generali di comportamento, trasparenza e integrità che rappresentano il codice deontologico aziendale sono tutti contenuti negli atti programmatici dell'Azienda, quali, ad esempio: il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.), il Piano della Performance, etc.. Il Codice di comportamento dei dipendenti dell'ASST è pubblicato sull'area intranet, sul sito internet aziendale e ne è stata data ampia diffusione e comunicazione a tutto il personale dipendente, ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione professionale nonché ai collaboratori di imprese fornitrici dell'Azienda.

- La SC Bilancio rappresenta che il bilancio preventivo economico (budget annuale) è predisposto nel rispetto delle indicazioni e disposizioni comunicate dai competenti uffici regionali. L'analisi rispetto al budget di periodo viene condotta trimestralmente in occasione della predisposizione dei CET limitatamente ai valori economici. Va riconosciuto che tutte le S.C. aziendali partecipano, ciascuna per le parti di competenza, alla stesura della relazione sulla gestione che accompagna le rendicontazioni periodiche (previsionali, trimestrali e consuntive). La S.C. Bilancio, inoltre, predisponde, report economici - soprattutto a richiesta della Direzione Strategica – strutturati in base ad un format che riclassifica le voci economiche per SKASST (bilancio sanitario e territoriale), per fattore produttivo.

Anche la rendicontazione delle attività del Collegio Sindacale sono interessate dall'AREA A del PAC: i verbali del Collegio vengono pubblicati in Amministrazione trasparente alla sezione Controlli e rilievi sull'amministrazione - Organi di Revisione Amministrativa e Contabile

2.5. Piano Annuale di Formazione

Nel 2022, a fronte della situazione emergenziale in fase di risoluzione che aveva inficiato e condizionato le attività formative del 2021, si è potuto strutturare il PFA senza alcuna restrizione organizzativa tenendo conto del budget assegnato e dei bisogni formativi raccolti.

A conclusione dall'analisi dei bisogni formativi emersi, congruenti con gli obiettivi aziendali/dipartimentali/strutture, è stato elaborato il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2022, formalizzato con Delibera n. 360 del 29/04/2022.

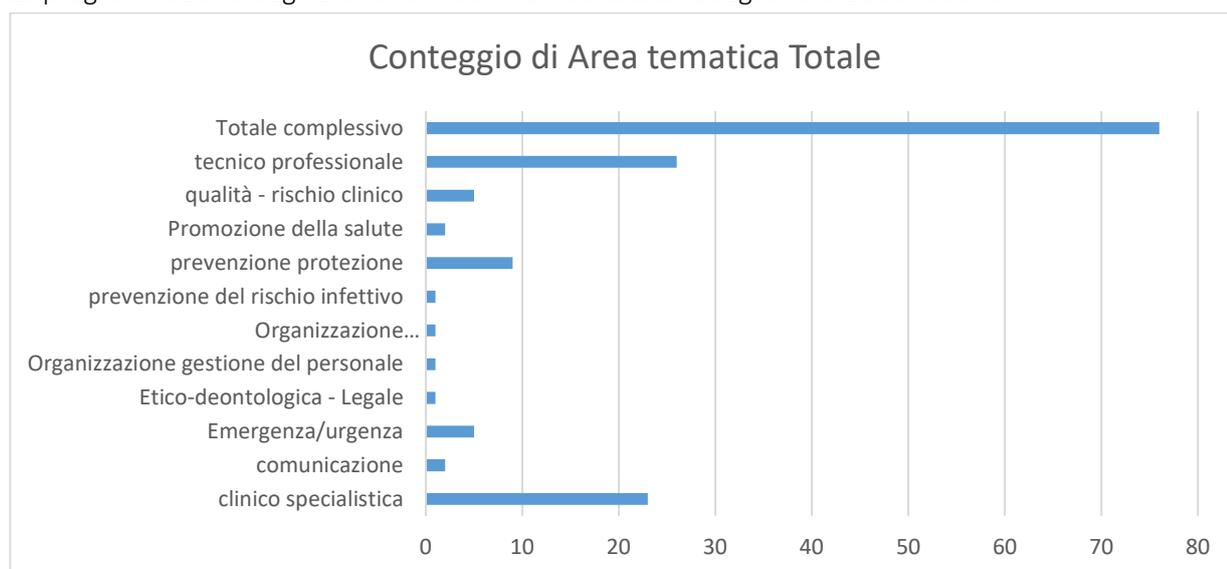
Il piano è stato inviato in Regione entro i termini temporali definiti da quest'ultima.

Il piano prevedeva la programmazione di n. 76 eventi formativi. Ne sono stati realizzati n. 59, pari al 78% che supera ampiamente l'obiettivo dato da Regione (almeno 50%).

Nel corso dell'anno, sulla base di nuovi bisogni formativi via via emersi, il Piano Formativo Aziendale è stato integrato ed arricchito con ulteriori 30 nuove proposte, tutte realizzate regolarmente.

Alcuni corsi si sono svolti in più edizioni. Il numero delle edizioni complessivamente svolte è pari a 146.

La programmazione degli eventi formativi ha interessato le seguenti aree tematiche:



In particolare, è stato significativo per la ricaduta organizzativa aziendale la ripartenza dei corsi in area emergenza urgenza che avevano subito una drastica sospensione a causa delle restrizioni imposte dal SARS

COV 2 e dalle contingenti attività assistenziali prioritarie che hanno privato delle figure deputate al ruolo di formatore.

A far data dalla fine 2021, sono state intraprese attività propedeutiche alla realizzazione dei corsi aziendali BLS e ACLS che hanno trovato la loro naturale evoluzione e sviluppo operativo su tutta l'annualità 2022.

L'efficacia della formazione in oggetto è dimostrata dall'elevato tasso di aderenza dei partecipanti che ha raggiunto percentuali pari all' 85% nei corsi calendarizzati di BLS e al 94% per i corsi calendarizzati per ACLS.

E' stata inoltre strutturata la formazione obbligatoria per il nuovo modello triage secondo le linee guida di Regione Lombardia con la calendarizzazione del percorso rivolto alle figure sanitarie declinate nel documento organizzativo regionale.

La soddisfazione del cliente è stato un elemento di monitoraggio e di valutazione della performance formativa offerta nell'anno in oggetto.

Attraverso l'applicativo SIGMA è stata somministrata la Customer Satisfaction.

Gli eventi formativi realizzati presso l'ASST Brianza nel corso delle annualità 2021 e 2022 hanno una valutazione media complessiva consolidata ampiamente superiore all'obiettivo di punti 3 su una scala Likert da "0" a "4".

Il dato in chiusura dell'anno formativo 2022 è pari a 3,51 punti, in linea alla valutazione media di competenza anno 2021 pari a 3,4.

Nessun evento formativo ha avuto valutazioni al di sotto del valore soglia predefinito (3).

Il numero totale di partecipanti alle 146 edizioni formative è stato pari a 4.876 di cui n- 4.357 per l'area comparto e n. 519 per le aree della dirigenza.

2.6. Piano Investimenti, Programmi dei lavori e delle acquisizioni di forniture e servizi

2.6.1 Lavori

Per ciò che riguarda gli interventi di edilizia sanitaria, si riportano di seguito le realizzazioni più significative, secondo quattro linee direttrici principali.

1. Prosecuzione degli interventi avviati nel triennio precedente da parte della ex ASST Vimercate;
2. Prosecuzione degli interventi di riclassificazione delle terapie intensive, semintensive e pronto soccorso, conseguenti all'emergenza Covid-19 e alle disposizioni di cui alla L. n. 77/2020 e all'Ordinanza n. 29/2020 del Commissario Straordinario per l'emergenza infettivologica;
3. Prosecuzione degli interventi a seguito di subentro alla ex ASST Monza;
4. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6, relativa alla realizzazione e messa in esercizio di reti di prossimità e il potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare, individuando due tipologie di strutture: Case della Comunità (CDC) e Ospedali di Comunità (ODC) e Centrali Operative Territoriali (COT);

Per ciò che riguarda il primo punto:

Presidio Ospedaliero di Carate B.za

Finanziato con i fondi di cui alla DGR X/5136/2016, avente ad oggetto “Razionalizzazione nuova azienda mediante riqualificazione del P.O. di Carate Brianza con acquisto apparecchiature”.

Importo complessivo del finanziamento € 4.700.00,00

Sono in corso di realizzazione i lavori di riqualificazione del Presidio, iniziati nel mese di giugno 2022;

Per l'intervento in questione sono stati emessi n. 3 SAL ordinari e n. 3 SAL straordinari in riferimento all'adeguamento prezzi;

Presidio Ospedaliero di Vimercate

Finanziato con i fondi di cui alla DGR X/5509/2016, avente ad oggetto “Lavori finalizzati al recupero delle aree al rustico del Nuovo Ospedale di Vimercate da adibire ai servizi di Oncologia e Cure Palliative”.

Importo complessivo del finanziamento € 1.700.000,00.

I lavori sono ufficialmente terminati in data 28.06.2022, come da certificato di fine lavori sottoscritto in data 12.07.2022.

La struttura è stata collaudata come da verbale di visita e certificato di collaudo tecnico amministrativo firmato e sottoscritto in data 05.12.2022.

Si è in attesa da parte del comando VV.F di Monza il rilascio del CPI (certificato di prevenzione incendi).

Presidio di Usmate

Finanziato con i fondi di cui alla DGR X/6548/2017, avente ad oggetto “Adeguamento Palazzina B; nuovo ascensore palazzina B e ampliamento parcheggi del PO di Usmate”.

Importo complessivo del finanziamento € 1.300.000,00;

A causa di una revisione del progetto esecutivo dovuto a diverse esigenze strutturali e a richieste da parte dei sanitari, si è prorogata la consegna degli elaborati grafici con conseguente posticipo della data di inizio lavori, che, presumibilmente, dovendo intervenire sull'area esterna adibita a parcheggio, sarà entro il 2023.

Presidio di Besana B.za

Finanziato con i fondi di cui alla DGR X/7150/2017, avente ad oggetto “Adeguamento alla normativa di prevenzione incendi Monoblocco; Ristrutturazione monoblocco piano 1 laboratori per attività di recupero dei pazienti dei servizi psichiatrici e piano 3 UO di Neuropsichiatria Infantile”.

Importo complessivo del finanziamento € 1.400.000,00;

Con i progettisti, si sono tenuti dei tavoli tecnici coinvolgendo anche i sanitari al fine di definire le funzioni e la lavorazioni.

Si è in attesa di ricevere gli elaborati grafici definitivi che, come da accordi con il progettista, hanno recepito le modifiche richieste dovute all'introduzione della Casa di Comunità presso il monoblocco ospedaliero.

Presidio Ospedaliero di Carate Brianza

Finanziato con i fondi di cui alla DGR XI/770/2018, avente ad oggetto “Completamento lavori di adeguamento sicurezza antincendio del P.O.: Edificio Monoblocco, Edificio ospedale vecchio ed Edificio poliambulatorio”.

Importo complessivo del finanziamento € 1.750.000,00;

Trattasi di appalto integrato. L'affidamento è stato contrattualizzato.

E' in corso di redazione il progetto esecutivo propedeutico all'avvio delle opere che, salvo imprevisti, dovrebbero iniziare entro il quarto trimestre 2023.

Presidio Ospedaliero di Seregno

Finanziato con i fondi di cui alla DGR X/6548/2017, avente ad oggetto “Interventi di adeguamento alla normativa prevenzione incendi, consolidamento statico e adeguamento sismico” per l'importo di € 2.400.000.

Considerata la complessità dell'intervento, viste le risultanze del piano delle indagini strutturali eseguite, si è manifestata la necessità di eseguire un intervento strutturale di consolidamento statico, miglioramento sismico e adeguamento antincendio della porzione storica dell'immobile del Presidio di Seregno.

A tal proposito si è reso necessario ricondurre il finanziamento di cui alla DGR 6548/2017 (€ 2.400.000,00), al finanziamento di cui alla DGR 3479/2020 (2.500.000,00), per un importo complessivo di € 4.900.000,00.

E' in corso la redazione del progetto esecutivo da porre a base di gara.

Per ciò che riguarda il secondo punto:

In ottemperanza a quanto previsto nella D.G.R n. XI/3264 del 16/06/2020, recante “Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 24/2020”, nel rispetto degli interventi approvati nel piano e degli importi indicati nelle DD.GG.RR. n. 3331/2020 e n. 3479/2020, 2020, a seguito dell'emergenza Covid-19, nel 2022:

- Sono stati ultimati i lavori relativi agli interventi di ristrutturazione da realizzarsi presso il Pronto Soccorso di Carate;
- È stato seguito alla progettazione esecutiva per l'avvio dei lavori relativi agli interventi da realizzare presso il PO di Vimercate con particolare riferimento alla realizzazione di un posto letto di Terapia intensiva di tipo A e modifiche interne al Pronto Soccorso;
- Sono stati rimodulati gli interventi da realizzare presso l'Ospedale Vimercate e Desio: per il Pronto Soccorso di Desio l'importo dei lavori è stato quasi totalmente utilizzato per l'acquisto di una TAC di pronto Soccorso.

Per ciò che riguarda il terzo punto:

- Presidio Ospedaliero di Desio, con D.G.R. n. X/1017 del 05.12.2013, intervento denominato “Adeguamento alla normativa di prevenzione incendi del Presidio Ospedaliero di Desio – LOTTO 1”.

Importo complessivo del finanziamento € 3.000.000,00.

I lavori sono in corso e proseguiranno per concludersi nel 2023;

- Presidio Ospedaliero di Desio, con D.G.R. n. X/5508 del 02.08.2016, intervento denominato “Adeguamento alla normativa di prevenzione incendi del Presidio Ospedaliero di Desio – LOTTO 2”.

Importo complessivo del finanziamento € 2.504.000,00.

I lavori saranno conclusi e saranno collaudati nel corso del 2023;

- P.O. Desio, con D.G.R. n. X/6648 del 04.05.2017, intervento denominato “Ampliamento del Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Desio - LOTTO 3”.

Importo complessivo del finanziamento € 2.000.000,00.

I lavori sono in corso e proseguiranno per tutto l’anno 2023 e si prevede la conclusione nel corso del 2024.

- R.S.D. Papa Giovanni XXIII di Limbiate, con D.G.R. n. XI/770 del 12.11.2018, intervento denominato “Messa a norma R.S.D. Papa Giovanni XXIII di Limbiate”.

Importo complessivo del finanziamento € 1.907.931,00.

In corso l’esecuzione dei lavori al primo piano nucleo blu lato nord, inserimento del ponteggio finalizzato all’esecuzione dei lavori in copertura. Iniziati i lavori di ripristino dei cornicioni in quota del nucleo grigio. Si prevede la fine lavori nel corso del 2023.

Infine, per ciò che riguarda il quarto punto:

Il 2022 è stato caratterizzato dalla prosecuzione delle progettualità e esecuzione dei lavori per garantire e rispettare le aperture e l’avvio del servizio relativo alle CdC, OdC e COT, nel pieno rispetto del cronoprogramma Regionale.

Mediante adesione alla convenzione ARIA, sono stati affidati la redazione degli Studi di fattibilità, Progetto Definitivo e PSC di n. 17 strutture da adibire a Casa di Comunità, Ospedale di Comunità e COT.

Entro la data del 31.12.2022 sono stati inviati ad ARIA spa e INVITALIA le richieste di adesione agli Accordi Quadro per la redazione degli appalti integrati per la realizzazione delle CdC, OdC e COT.

Nel corso dello stesso anno sono state inaugurate n. 3 CdC presso i comuni di Cesano Maderno, Limbiate e Lissone.

Il lavoro svolto nel 2022 ha consentito il raggiungimento degli obiettivi in attuazione al PNRR.

2.6.2 Attrezzature

Nel corso dell’anno 2022, l’ASST Brianza è stata coinvolta in varie progettualità che hanno comportato l’acquisizione e l’ammodernamento del parco tecnologico aziendale, valorizzando sia la parte ospedaliera che la rete di servizi socio-sanitari sul territorio, fortemente integrata con gli Ospedali.

Si riassumono gli interventi più significativi per macro area:

Area Servizi Diagnostici

Per quanto riguarda gli investimenti in alta tecnologia, nell’arco dell’anno 2022, nonostante le difficoltà legate alla situazione geo-politica, l’ASST è riuscita a concludere positivamente l’aggiornamento tecnologico della

Risonanza magnetica più obsoleta del presidio di Vimercate, installata nel 2010, con un investimento di circa € 533.000 iva esclusa.

Sono stati poi acquistati n.2 ecografi portatili per la radiologia di Vimercate e n.1 per la radiologia di Desio, dedicati all'attività di radiologia interventistica ed ambulatoriale con un investimento circa € 100.000 iva esclusa.

Una nuova diagnostica radiologica scheletrica, totalmente digitale, del valore di circa € 190.000 iva esclusa, è stata installata anche presso la radiologia centrale del presidio di Desio.

Nel corso dell'anno 2022 si sono conclusi gli interventi riferiti al Piano di Riordino della Rete Ospedaliera per emergenza Covid di cui al D.L. 34/2020, che hanno coinvolto le terapie intensive, semintensive e pronto soccorso aziendali. Resta da ultimare l'installazione di una nuova TAC 128 strati per il pronto soccorso del presidio di Desio che verrà effettuata nel corso dell'anno 2023. L'investimento complessivo ammonta a circa € 405.000 iva esclusa.

Nell'ambito del PNRR, Missione 6 Component 2, "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)" è stato previsto un importante rinnovamento tecnologico per un valore di circa 4,7 milioni di euro che contempla la sostituzione delle seguenti tecnologie, da effettuarsi entro il 2024: n.2 Risonanze magnetiche (Desio e Vimercate), n.2 mammografi (Carate e Seregno) n.1 angiografo cardiologico (Desio), n.5 ecotomografi (ginecologia Desio, ginecologia-radiologia-medicina-cardiologia Vimercate), n.5 diagnostiche radiologiche telecomandate e polifunzionali (Carate, Giussano, n.3 Vimercate) n.1 ortopantomografo (Vimercate). Nel corso del 2022 sono stati ordinati tutti i n.5 ecografi (per un importo di circa € 165.000 iva esclusa) e le n.2 Risonanze magnetiche (per un importo di circa € 1.135.000 iva esclusa).

Nel corso del 2022 è stato inoltre sottoscritto l'accordo tra Regione Lombardia e la Medicina del Lavoro dell'ASST Brianza per la realizzazione di un progetto finalizzato allo "Studio della caratterizzazione dell'esposizione a particolato sottile di origine agricola e suoi effetti sulla salute della popolazione". A tal fine, sono state acquisite specifiche apparecchiature funzionali al progetto (campionatori, spettrometro di massa portatile, spirometro), per un importo di circa € 46.000 iva esclusa.

Nel 2022 la Direzione Strategica ha ritenuto di potenziare l'Anatomia Patologica del presidio di Vimercate con l'acquisizione in noleggio di un sistema completamente automatizzato composto da processatore e inclusore di campioni di tessuto. Questo sistema si prefigge di dimezzare i tempi di refertazione consentendo di produrre circa l'80% dei referti in 24h, riducendo i tempi di attesa pre-intervento e terapia e i tempi di degenza con la consegna del referto istologico. Il sistema contribuirà a migliorare la produttività impiegando lo stesso numero di tecnici, senza richiesta di personale dedicato con miglioramento delle prestazioni in termini di controllo del processo. L'importo stanziato dall'ASST per il noleggio di 5 anni e il materiale di consumo dedicato è pari a circa € 1.250.000 iva esclusa.

Per il Laboratorio Analisi del presidio di Desio è stato acquisito in noleggio uno spettrometro di massa ad altissima risoluzione da utilizzarsi per la determinazione qualitativa e quantitativa con elevata accuratezza, precisione e sensibilità, di un elevato numero di molecole nelle matrici biologiche complesse (sangue, siero, urine, etc). L'importo stanziato dall'ASST per il noleggio di 5 anni è pari a circa € 360.000 iva esclusa.

Area Chirurgica

Per poter offrire ai pazienti un percorso di cura sempre più completo e mirato alla propria patologia, nell'anno 2022 è stato introdotto, nel presidio di Vimercate, un sistema completo di ecoendoscopia bronchiale che

permetterà di vedere i diversi strati della parete bronchiale, visualizzare le strutture al di fuori di trachea e bronchi (linfonodi, vasi, mediastino, polmone, cuore, esofago) e prelevare dei campioni di tessuto di neoformazioni sospette in maniera decisamente meno invasiva rispetto alle procedure tradizionali (mediastinoscopia, effettuata in sala operatoria). Contestualmente si è provveduto anche a potenziare le tecnologie dedicate all'ecoendoscopia digestiva, metodica già consolidata da tempo nel presidio.

L'importo stanziato dall'ASST per il noleggio di 7 anni della strumentazione è pari a circa € 535.000 iva esclusa.

Il 2022 ha visto poi un importante investimento per l'Oculistica di Vimercate, con l'acquisizione di un nuovo microscopio operatorio, per un importo di circa € 193.000 iva esclusa, oltre a n.3 nuovi tavoli operatori per il blocco operatorio del presidio di Carate per un importo di circa € 282.000 iva esclusa.

Sono state poi avviate alcune procedure di gara, i cui esiti si concretizzeranno nel 2023:

- un sistema 3D per la microchirurgia e la chirurgia aperta in campo otorinolaringoiatrico (esoscopio), per l'ORL di Vimercate;
- un laser per il trattamento mininvasivo delle patologie emorroidarie con lo scopo di ridurre la degenza, le complicanze post chirurgiche e la ripresa de paziente, per la Chirurgia di Carate
- nuovi sistemi di videocistoscopia e resezione prostatica bipolare che miglioreranno la qualità diagnostica e l'efficacia terapeutica degli interventi, per l'Urologia di Vimercate;
- nuova strumentazione dedicata alla ipertrofia prostatica benigna (IBP), in particolare due tipologie di laser differenti da utilizzarsi con diversa indicazione clinica al fine di offrire il miglior trattamento all'utenza, per l'Urologia di Desio;
- nuovi sistemi di resezione bipolare per polipi, miomi, etc col vantaggio innanzitutto di standardizzare la metodica a livello aziendale, ridurre le complicanze post chirurgiche e migliorare la compliance delle pazienti, per le Ginecologie di Carate, Desio e Vimercate.

Area emergenza urgenza

Per quanto riguarda l'attività di emergenza e urgenza, nel 2022 sono state acquistati, per il presidio di Desio, arredi e specifiche attrezzature (es. sistemi di monitoraggio centralizzati, letti, sollevatori a soffitto, apparecchiature di media e bassa tecnologia) da installare presso il PS pediatrico e una nuova area dedicata a OBI, una volta terminati i lavori. Inoltre, sono stati acquistati due nuovi poligrafi per le elettrofisiologie dei presidi di Vimercate e Desio. L'investimento complessivo ammonta a circa € 265.000 iva esclusa.

Area Disabilità

Grazie al contributo di un Ente beneficiario di € 60.000, sono stati acquistati n.3 riuniti odontoiatrici dell'Odontoiatria Disabili di Carate.

Area Territoriale

Nell'ambito del PNRR Missione 6 Component 1, "Case della Comunità", "Ospedali della Comunità", "Centrali Operative Territoriali" la programmazione di ASST Brianza comprende la realizzazione, entro il 2024, di n. 13 Case della Comunità, n.2 Ospedali di Comunità e n. 6 COT.

Nell'anno 2022 sono stati effettuati investimenti dedicati all'acquisizione degli arredi, delle attrezzature e delle tecnologie medicali necessarie (ecografi, letti visita, elettrocardiografi, lampade scialitiche, attrezzature

specialistiche) per l'attivazione delle Case della Comunità individuate dalla Direzione Strategica, ovvero di Cesano Maderno (per un importo complessivo di circa € 55.000 iva esclusa), Lissone (per un importo complessivo di circa € 95.000 iva esclusa) e Limbiate (per un importo complessivo di circa € 35.000 iva esclusa).

Sono state inoltre potenziate le dotazioni della Casa della Comunità di Vimercate, Giussano e dell'Ospedale della Comunità di Giussano con l'acquisto di ecografi, letti degenza, piccole apparecchiature ed arredi/attrezzature (per un importo complessivo di circa € 245.000 iva esclusa).

Sedi varie

Nel corso del 2022 sono stati acquistati arredi/attrezzature per le varie sedi dell'ASST Brianza per un importo complessivo pari a circa € 190.000 iva esclusa.

Inoltre, a fronte della chiusura dell'Hub vaccinale collocato presso la ex Esselunga di Vimercate, sono stati riscattati per un importo di circa € 110.000 iva esclusa i vari beni noleggiati mediante Convenzione ARIA durante l'emergenza pandemica.

3. Reingegnerizzazione dei processi, digitalizzazione e accessibilità (PIAO 2022 – 2024)

Nel corso del 2022 sono stati attuati numerosi interventi tecnici utili all'unificazione, alla messa in sicurezza, e alla progressiva digitalizzazione dei processi dell'ASST della Brianza.

Si riassumono di seguito gli interventi più significativi realizzati:

Prosecuzione riordino e razionalizzazione applicativi aziendali (CUP Desio)

In continuità con il programma di riordino iniziato nel 2021, a seguito della costituzione dell'ASST della Brianza e dell'annessione del Presidio Ospedaliero di Desio e del territorio afferente, si è provveduto ad una razionalizzazione degli applicativi aziendali. Ad ottobre 2022 è stato portato a compimento il progetto di unificazione del CUP unico dell'ASST della Brianza. Tale attività ha portato ad una revisione completa dei processi di gestione degli sportelli di prenotazione e a definire dei processi standard condivisi di gestione delle agende (costituzione dell'ufficio agende centralizzato), delle prenotazioni e dei pagamenti.

L'implementazione del nuovo CUP a Desio ha necessariamente comportato l'aggiornamento di servizi minori quali i sistemi di accoglienza e di esposizione dei servizi di prenotazione verso il Call Center regionale che sono stati implementati tramite i canali GP++.

Il lavoro svolto ha permesso di razionalizzare i diversi sistemi applicativi e le risorse tecnologiche migliorando la continuità operativa dei sistemi, la sicurezza e l'usabilità.

Stesura progetti e richiesta finanziamenti PNRR

Nel secondo semestre del 2022 sono state individuate le progettualità da finanziare con le risorse PNRR della Missione 6.2 per la Digitalizzazione delle strutture DEA di livello I e II. I progetti inseriti a progetto sono:

1. Evoluzione della Cartella Clinica Elettronica con revisione e ammodernamento delle interfacce schede utente, in ottica web based e perfezionamento funzionale e tecnologico. Potenziamento degli strumenti di supporto clinico decisionale e Intelligenza Artificiale con introduzione di nuovi modelli predittivi basati su tecnologie di Intelligenza Artificiale. Aggiornamento tecnologico e funzionale della Cartella Clinica Elettronica per l'Alta Intensità di Cura (Terapia Intensiva, Sub Intensiva e Unità Coronarica). Evoluzione della CCE con funzionalità per la gestione di percorsi digitali integrati Ospedale-Territorio.

2. Sostituzione dell'intero sistema di monitoraggio clinico del paziente attualmente utilizzato presso i presidi ospedalieri con una soluzione tecnologicamente più moderna che preveda scenari di monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti anche da remote e una gestione e raccolta dati centralizzata dei parametri acquisiti con integrazione dei software di CCE, PS e interni.
3. Introduzione di un nuovo sistema applicativo per la digitalizzazione della Sala Operatoria comprensivo della gestione dei percorsi chirurgici, dei servizi e dispositivi utili a rilevare, analizzare e tracciare i flussi di persone e dei materiali all'interno della sala operatoria e alle aree assimilabili, e completa integrazione con la strumentazione clinica di sala.
4. Implementazione di un sistema integrato di Digital Pathology la gestione digitale delle immagini provenienti dai vetrini con refertazione digitale supportata da funzionalità di analisi delle immagini evolute e da algoritmi di Intelligenza Artificiale.
5. Implementazione di un nuovo gestionale di Laboratorio (LIS) unico aziendale secondo le specifiche di gara e le codifiche fornite da Regione Lombardia.

Al fine di portare avanti i progetti sono state fatte da partire da settembre 2022 degli incontri di analisi e stesura dei requisiti con I Direttori delle Strutture Complesse coinvolte tramite il supporto di un consulente esterno.

Estensione dei processi di digitalizzazione in ambito amministrativo

In ambito di digitalizzazione dei flussi amministrativi, nel corso del 2022, si sono consolidati i sistemi già in uso semplificando, dove possibile, i flussi già in essere. In particolare è stato rivisto il sistema di gestione delle Delibere e Determine.

Nel secondo semestre del 2022 sono stati svolti incontri specifici al fine di implementare sul sistema documentale una gestione per "fascicoli". A dicembre 2022, a seguito di corsi di formazione specifici, è stata implementata e avviata la fascicolazione per le seguenti SS.CC:

- Sistemi Informativi Aziendali
- Ingegneria Clinica
- Affari Generali e Legali

Avvio delle attività evolutiva degli armadi robotizzati per la logistica del farmaco

Nel secondo semestre del 2022 sono state portate avanti, seppur con ritardo rispetto al cronoprogramma iniziale, le attività di integrazione e implementazione tecnica del nuovo servizio per l' "Evoluzione del sistema di automazione della logistica del farmaco". Il progetto prevede il perfezionamento del processo già attuato presso il Presidio Ospedaliero di Vimercate, interamente basato sulle tecnologie per il farmaco in "dose unitaria", con introduzione di sistemi di automazione di farmaci in confezione, di nuovi armadi e carrelli di reparto ad accesso controllato e apertura automatica e con ampliamento degli ambiti di automazione e diffusione dei servizi anche ai restanti Presidi aziendali nel corso del 2023/2024 (compreso il presidio ospedaliero di Desio inizialmente non nel perimetro di gara). Ad ottobre 2022 sono state terminate e collaudate le integrazioni tra il software di gestione del magazzino (NFS) il programma di gestione del nuovo armadio robotizzato centrale di farmacia (Orbit) al fine della messa in produzione di quest'ultimo.

Area Territorialità: Case della Comunità

Nel corso del 2022 sono state svolte tutte le attività necessarie alla predisposizione, installazione e configurazione dell'infrastruttura di rete necessaria alla predisposizione degli uffici delle tre Case della

Comunità previste (Lissone, Limbiate, Cesano Maderno).

Nei mesi di novembre e dicembre 2022, a seguito dell'adozione da parte dell'ASST della Brianza della piattaforma SGGT (Servizio di Gestione Digitale del Territorio) di Regione Lombardia, si è provveduto alla formazione del personale alla nuova piattaforma e alla richiesta di esportazione dei dati presenti sull'applicativo della ditta GPI-Accura inizialmente adottato a gennaio 2022.

Sicurezza

A seguito dei crescenti attacchi informatici a carico di enti sanitari, al fine di garantire un adeguato livello di protezione delle postazioni di lavoro e dei servizi ospitati, nel corso del 2022 si è provveduto a redigere una *roadmap* di progressive sostituzione delle PdL (Postazioni di Lavoro) obsolete e non più supportate. A dicembre 2022 è stato sostituito il 75% circa delle postazioni dell'intera ASST della Brianza.

Nel secondo semestre del 2022 sono stati inoltre avviati dei tavoli di lavoro con il reparto di Cybersecurity di Regione Lombardia al fine di effettuare un assessment dell'infrastruttura e delle politiche di sicurezza adottate al fine di redigere un modello di maturità Regionale sulla cybersecurity

Digitalizzazione e accessibilità del sito istituzionale

A completamento del lavoro svolto nel 2021 di revisione della parte di frontend del sito Aziendale, nel corso del 2022 è stata completamente rivista la parte di backend. Nello specifico è stata resa più semplice e intuitiva l'interfaccia e sono state riordinate le schede di pubblicazione. Particolare attenzione è stata data alle sezioni dedicate all' "Amministrazione Trasparente" semplificandone i permessi di accesso e gestione e aumentando il tracciamento delle attività svolte.

4. Indicatori (PIAO 2022 – 2023)

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
A	Accesso ai Servizi	A.01	Piano di Contrasto COVID19	A.01.01	Gestione ospedaliera fase acuta	A.01.01.01	Gestione dell'assetto aziendale (percorsi e posti letto dedicati a COVID) - secondo i livelli previsti nel piano di Escalation aziendale	<p>L'Escalation Plan è il processo che consente di governare in modo organizzato e preventivo scenari complessi legati all'evoluzione della pandemia da Covid-19, con particolare riferimento alla occupazione dei posti letto e alla disponibilità di personale.</p> <p>Il razionale su cui si basa il piano è quello di prefigurare, strutturare e organizzare diversi assetti attivabili in rapida successione che, in funzione dell'eventuale aumento del bisogno assistenziale, possono prontamente ampliare l'offerta recettiva, soprattutto nelle aree mediche, semi intensive e intensive, al fine di poter consentire una adeguata assistenza ai pazienti Covid-19.</p> <p>Il piano viene governato, nelle fasi di monitoraggio, dalla Direzione Medica di Presidio e dalla Direzione DPSS Polo Ospedaliero, mentre nella fase operativa viene gestito dall'Unità di Crisi coordinata dalla Direzione Aziendale, coinvolgendo tutte le figure professionali (cliniche e organizzative) necessarie.</p> <p>Sono stati prodotti due documenti pubblicati sulla libreria digitale di ASST Brianza: - ESCALATION PLANE COVID-19 (2020-2021) riferito ai presidi di Vimercate e Carate - PIANO DI PRONTO AMPLIAMENTO riferito al presidio di Desio</p> <p>Dal monitoraggio quotidiano dei posti letto rappresentato nel grafico sottostante è evidente la flessibilità delle strutture sanitarie di questa ASST nella risposta alla evoluzione del quadro pandemico.</p> <p>Il monitoraggio quotidiano della occupazione/disponibilità dei posti letto in area COVID+ e nelle aree Covid free, nonché delle necessità di ricovero da PS consentono di rilevare, con la massima tempestività, ogni minimo segnale di allerta a livello dell'intera ASST e di conseguenza attuare quanto disposto nei piani di Escalation Plan aziendali.</p>
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.01	Attività Ricovero e cura	A.01.01.01	Attività di ricovero e cura: valore della attività erogata (=> 110% dell'attività 2019 a livello aziendale) periodo aprile-dicembre, monitorato trimestralmente	<ul style="list-style-type: none"> • Il Trimestre 2022: 102,2% II Trimestre 2019; • III Trimestre 2022: 104,8% III Trimestre 2019; • IV Trimestre 2022: 105,7% IV trimestre 2019; • Aprile – Dicembre 2022: 104,2 % Aprile – Dicembre 2019. <p>L'ASST Brianza ha messo in essere uno sforzo molto significativo per cercare di recuperare l'attività chirurgica persa a causa del Covid. Le condizioni operative del 2022 sono molto difformi rispetto a quelle del 2019. In via sintetica si consideri che i posti letto complessivi per pazienti acuti dei tre presidi ospedalieri si sono ridotti mediamente di 160 nel primo trimestre 2022 e di 130 nei tre trimestri successivi. Oltre agli isolamenti e ai contingentamenti determinati dalla presenza di pazienti Covid, si segnalano le principali riduzioni di personale per profilo o specialità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale infermieristico carente (-60 unità rispetto al 2019); • Carenza personale anestesista (-6 dirigenti nel 2022 rispetto al 2019, pari a -10%); • Carenza personale dirigente medico (-4 ortopedici pari a -13%, -3 ginecologi pari a -8%, -7 chirurghi generali e vascolari pari a -13%) nel 2022 rispetto al 2019; • Mancata copertura delle tre strutture complesse di Ostetricia e Ginecologia; • Criticità personale pronto soccorso di Carate e Desio, con conseguente necessità di prestito di risorse dalle altre unità operative, anche chirurgiche, e riduzione dell'attività programmata.
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.01	Attività Ricovero e cura	A.01.01.01	Attività di ricovero e cura: mantenimento del livello di performance (tempo medio e tempo massimo di refertazione) a fronte dell'incremento di attività legata al piano di ripresa 2022 - monitoraggio trimestrale a partire dal secondo trimestre	<p>Obiettivo relativo alle attività di Anatomia Patologica: per tutti i trimestri e per tutte le tipologie di esami (citologico, citologico da ago-aspirazione, citologico cervico - vaginale, istologico su biopsia, istologico su pezzo operatorio semplice, istologico su pezzo operatorio complesso, valutazioni mutazioni in biologia molecolare, riscontro diagnostico clinico + esame feto-placentare) sono stati rispettati i tempi medi regionali di cui alla DGR 772/2018.</p>
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.02	Prestazioni ambulatoriali e screening	A.01.02.01	Attività ambulatoriale: valore della attività erogata (=> 110% dell'attività 2019 a livello aziendale - escluso pronto soccorso, laboratorio/anatomia patologica e MAC) periodo aprile-dicembre, monitorato trimestralmente	<ul style="list-style-type: none"> • Il Trimestre 2022: 83,5% II Trimestre 2019; • III Trimestre 2022: 90,8% III Trimestre 2019; • IV Trimestre 2022: 84,6% IV trimestre 2019; • Aprile – Dicembre 2022: 85,9 % Aprile – Dicembre 2019. <p>La produzione ambulatoriale per le attività monitorate (esclusione di Laboratori, Neuropsichiatria Infantile e MAC) è risultata largamente inferiore al 2019, il dato è frutto di condizioni operative diverse e inferiori rispetto al 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carenza personale dirigente medico (-4 ortopedici pari a -13%, -3 ginecologi pari a -8%, -7 chirurghi generali e vascolari pari a -13%) nel 2022 rispetto al 2019; • Carenza di personale dirigente medico della specialità di Medicina Interna (-4 nel 2022 rispetto al 2019, pari a -10%); • Mancata copertura di due delle tre strutture complesse di radiodiagnostica; • Maggiore distanziamento degli appuntamenti rispetto al 2019, conseguenza di quanto fatto in periodo di piena pandemia COVID; • Forte riduzione delle attività di odontoiatria esternalizzate (-235mila €, pari a -28%) per motivi non dipendenti dalla ASST; • Forte riduzione delle attività di oculistica (-1,5 milioni €, pari a -30%) per carenza di personale dirigente medico; • Criticità personale pronto soccorso di Carate e Desio, con conseguente necessità di prestito di
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.03	Attività cure Sub-acute	A.01.04.01	Attività cure sub-acute: mantenimento o crescita della saturazione rispetto allo storico (2019) limitatamente al PO di Giussano - periodo aprile-dicembre	<p>Anno 2019: 3.711 giornate di degenza, 20 posti letto attivi, saturazione pari al 75% Anno 2022: 3.362 giornate di degenza, 18 posti letto attivi, saturazione pari al 76%</p>

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.03	Attività cure Sub-acute	A.01.04.01	Attività cure palliative residenziali e domiciliari: mantenimento o crescita della saturazione rispetto allo storico (2019)	Obiettivo raggiunto solo parzialmente: nel 2019 il valore delle attività di cure palliative è stato complessivamente pari a 2.539.239 €, nel 2022 tale valore è sceso a 2.201.220 €, pari all'86,7%. I primi mesi del 2022 hanno infatti scontato riduzioni di attività dovute alla coda della pandemia da COVID 19
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.03	Attività cure Sub-acute	A.01.04.01	Attività riabilitative ospedaliere: mantenimento o crescita della saturazione rispetto allo storico (2019) la valutazione sarà parametrizzata al n. di posti letto attivi	Anno 2019: 17.419 giornate di degenza, 90 posti letto attivi, saturazione pari al 79% Anno 2022: 13.648 giornate di degenza, 60 posti letto attivi, saturazione pari al 93%
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.07	Screening mammografico	A.01.07.01	Attività di Screening mammografico: attivazione di slot utili alla erogazione a livello aziendale di 29,500 mammografie di screening di primo livello e successivo secondo livello - periodo gennaio-dicembre	L'ASST Brianza ha pienamente raggiunto gli obiettivi relativi alla campagna di screening mammografico, raggiungendo il 96% del campione (target regionale: 95%)
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.08	Screening colonrettale	A.01.08.01	Attività di Screening colonrettale: attivazione di slot utili alla erogazione a livello aziendale di 3,150 colonscopie di screening - periodo gennaio-dicembre	L'ASST Brianza ha pienamente raggiunto gli obiettivi relativi alla campagna di screening colonrettale, raggiungendo il 95% del campione (target regionale: 80%)
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.09	Prelievi di cornee da paziente deceduto	A.09.01.01	Prelievi di cornee da paziente deceduto: valutazione di tutti i pazienti deceduti per l'eleggibilità all'espanto, secondo procedura aziendale (in attesa di linee guida regionali sui volumi attesi), periodo valutato maggio-dicembre	In tutti i Presidi Ospedalieri aziendali sono state eseguite le valutazioni per la donazione di cornee.
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.09	Prelievo di organi e altri tessuti	A.09.01.02	-Organi • Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali acute in terapia intensiva >40%. • Rapporto tra attivazioni collegio morte encefalica/decessi con lesioni cerebrali acute in tutti i reparti della ASST/IRCCS (compresa terapia intensiva) >15%. -Multi-tessuto: rapporto tra n. donazioni multi-tessuto con esito positivo/n. decessi candidabili alla donazione (considerando solo il criterio "età") >2%. -Cornee: rapporto tra n. donatori cornee/n. totale decessi >10%.	Organi: • Terapia Intensiva: 100% • Altri reparti: 2% Multi-tessuto: 2% Cornee: 7%
A	Accesso ai servizi	A.01	Volumi di attività erogati per l'anno 2022	A.01.09	Prelievo di teste di femore da vivente	A.09.01.03	Prelievi di teste di femore da paziente vivo: valutazione di tutti i pazienti sottoposti ad intervento di protesi d'anca in elezione per l'eleggibilità all'espanto, secondo procedura aziendale (in attesa di linee guida regionali sui volumi attesi), periodo valutato maggio-dicembre	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
A	Accesso ai Servizi	A.02	Piano di Ripresa Attività 2022	A.02.03	Piano di attività 2022 - prestazioni screening	A.02.03.03	Screening cervice uterina primo livello (volume atteso 11.600 prelievi - evidenza: report mensile attività erogate e programmazione mensile sedute)	L'ASST Brianza ha pienamente raggiunto gli obiettivi relativi alla campagna di screening della cervice uterina, raggiungendo il 100% del campione (target regionale: 95%) per la coorte 1958-59 e il 97% (target regionale: 95%) per la coorte 1997.
A	Accesso ai Servizi	A.03	Piano di Ripresa Attività 2022	A.02.04	Dimissioni Protette	A.02.04.01	Dimissioni Protette: attivazione dell'utilizzo della scheda informatizzata per la Valutazione Sociale (evidenza n. schede rilevate / n. dimissioni) ampliata a tutti le UUOO	L'utilizzo della scheda è stato esteso a tutte le unità operative per i ricoveri in degenza ordinaria. Nel mese di dicembre, a livello aziendale le schede sono state compilate per l'82% dei pazienti eleggibili
A	Accesso ai Servizi	A.03	Piano di Ripresa Attività 2022	A.02.04	Dimissioni Protette	A.02.04.02	Dimissioni Protette: rilevazione del tempo medio di risposta per valutazione della unità per le dimissioni protette "complesse" e riduzione rispetto al valore storico (evidenza: report trimestrale a partire da aprile 2022)	Il Trimestre: 236 casi, tempo medio 0,3 gg; II Trimestre: 281 casi, tempo medio 0,7 gg; IV Trimestre: 287 casi, tempo medio 0,9 gg.
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.01	Attuazione piano investimenti	B.01.1.01	Attuazione nel rispetto delle destinazioni, dei vincoli di spesa e del cronoprogramma aziendale (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)	Conformemente all'indicazione regionale di rendicontare trimestralmente l'andamento dell'obiettivo, ASST Brianza ha trasmesso puntualmente quanto richiesto: • I trimestre: protocollo n. 15650 del 29/04/2022; • II trimestre: protocollo n. 33005 del 28/09/2022; • III trimestre: protocollo n. 37574 del 4/11/2022; • IV trimestre: protocollo n. 4732 del 7/02/2023.
B	Buona Amministrazione	B.01	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo / Investimenti	B.01.01	Supporto alla Attuazione piano investimenti	B.01.1.03	Razionalizzazione delle modalità di raccolta dei fabbisogni di investimenti gestiti dalla UOC Approvvigionamenti - arredi e simili - (evidenza: definizione di modulistica e procedura di autorizzazione - trasmissione bozza alla uoc Qualità e Risk Management e al Coordinatore PAC)	In data 13/09/2022 è stata ultimata la proposta di modulistica e la revisione della procedura PAC Piano Investimenti. La modulistica è stata diffusa a livello aziendale con nota di accompagnamento esplicativa di modi/tempi (nota prot. 34450 del 10/10/2022) inviata a mezzo mail a tutti i dipendenti.
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.02	Attuazione PNRR	B.01.2.01	Effettuazione della ricognizione preliminare e formalizzazione vs Regione Lombardia (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)	Conformemente all'indicazione regionale di rendicontare bimestralmente l'andamento dell'obiettivo, ASST Brianza ha trasmesso puntualmente quanto richiesto: • I bimestre: protocollo n. 15626 del 29/04/2022;
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.02	Attuazione PNRR	B.01.2.02	Definizione della proposta finale e formalizzazione vs Regione Lombardia delle schede di progetto (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)	• II bimestre: protocollo n. 19759 del 31/05/2022; • III bimestre: protocollo n. 32811 del 27/09/2022; • IV bimestre: protocollo n. 37563 del 4/11/2022;
B	Buona Amministrazione	B.01	Investimenti	B.01.02	Attuazione PNRR	B.01.2.03	Attuazione nel rispetto delle destinazioni, dei vincoli di spesa e del cronoprogramma aziendale (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)	• V bimestre: protocollo n. 43443 del 23/12/2022; • VI bimestre: protocollo n. 4719 del 7/02/2023. Come previsto dal cronoprogramma di cui alla nota inviata ad ATS Brianza (nota prot. n. 6695 del 24
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.01	TEMPI DI PAGAMENTO - Rispetto del livello soglia TEMPO MEDIO DI ASSEGNAZIONE AI SERVIZI = 10 e TEMPO MEDIO DI MESSA IN PAGAMENTO DOPO LIQUIDAZIONE DEI SERVIZI = 10 (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)	Nell'esercizio 2022 sono state messe in pagamento 43.525 fatture, con un tempo medio di assegnazione ai servizi pari a 4,3 giorni e un tempo medio di messa in pagamento pari a 9,8 giorni.
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.02	TEMPI DI PAGAMENTO - Rispetto del livello soglia TEMPO MEDIO DI LIQUIDAZIONE DEI SERVIZI = 30 GIORNI (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)	Il tempo medio di liquidazione dell'anno 2022 dell'intera azienda è stato pari a 29,2 giorni.
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.03	TEMPI DI PAGAMENTO - Rispetto del livello soglia TEMPO MEDIO DI LIQUIDAZIONE DEI SERVIZI = 40 GIORNI (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)	Il tempo medio di liquidazione dell'anno 2022 delle strutture Ingegneria Clinica, Sistemi Informativi e Risorse Umane è stato complessivamente pari a 17,3 giorni.
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.04	TEMPI DI PAGAMENTO - % di fatture in cui TEMPO EFFETTIVO DI LIQUIDAZIONE > 40 giorni - target 10% 3 trim - 5% 4 trim (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)	La % di fatture con tempo effettivo di liquidazione > 40 giorni è stata complessivamente pari al 51,8% nel III trimestre e al 37,9% nel IV trimestre 2022.

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.05	TEMPI DI PAGAMENTO - % di fatture in cui TEMPO EFFETTIVO DI LIQUIDAZIONE > 60 giorni - target 5% 3 trim - 2,5% 4 trim - (evidenza: report trimestrale/mensile fornito dalla uoc Controllo di Gestione)	La % di fatture con tempo effettivo di liquidazione > 40 giorni è stata complessivamente pari al 8,8% nel III trimestre e al 6,0% nel IV trimestre 2022.
B	Buona Amministrazione	B.02	Tempi di Pagamento	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.06	TEMPI DI PAGAMENTO - analisi della fase del processo di liquidazione legata alla presenza/scadenza del DURC e attuazione eventuali azioni correttive (evidenza: sintetico report di analisi e ipotesi organizzativa di miglioramento da inviare al Direttore Amministrativo entro giugno - implementazione da luglio)	L'analisi e la proposta organizzativa sono state trasmesse alla Direzione nei tempi
B	Buona Amministrazione	B.02 / B.03	Tempi di Pagamento / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.02.01	Rispetto dei tempi di pagamento previsti da normativa	B.02.01.07	TEMPI DI PAGAMENTO - Definizione ed implementazione di un sistema di monitoraggio per la verifica delle situazioni non a target (evidenza: proposta alla Direzione Amministrativa di reportistica, indicatori, target)	Con nota di protocollo n. 1260 del 29/08/2022 è stato rendicontato quanto previsto in merito al sistema di monitoraggio; da settembre in avanti, gli obiettivi sui tempi di pagamento sono stati rendicontati mensilmente secondo il report implementato.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.01	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Attuazione cronoprogramma delle procedure PAC, secondo quanto definito a dicembre 2021 - eventuali rimodulazioni del cronoprogramma sono da concordarsi con la Direzione Amministrativa (evidenza: trasmissione a fine anno al Responsabile PAC del SAL azioni previste / azioni attuate e rimodulazione del cronoprogramma per l'anno 2023 entro il 31/12/2022)	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.06	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: Definizione del cronoprogramma di revisione regolamenti aziendali che disciplinano gli ambiti interessati dalle procedure PAC ex deliberazione n. 47/2016 (evidenze: trasmissioni bozze revisione regolamenti a uoc Qualità e Risk Management e a Coordinatore PAC - trasmissione a fine anno al Responsabile PAC del SAL azioni previste / azioni attuate entro il 31/12/2022)	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.07	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: Implementazione di un sistema organizzato per la raccolta delle leggi e regolamenti dell'azienda e della loro diffusione/fruibilità in azienda (evidenze: trasmissione ipotesi organizzativa al Responsabile PAC entro giugno 2022 - implementazione da giugno a dicembre 2022)	In azienda è attivo il "servizio interno di informazione legislativa"
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.08	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: analisi e monitoraggio su base trimestrale degli scostamenti dei costi rilevati nei CET rispetto al preventivo e ai dati consuntivi ed ai budget assegnati (evidenza: trasmissione alla uoc Economico Finanziaria delle relazioni)	Obiettivo parzialmente raggiunto: tutte le strutture coinvolte contribuiscono ad elaborare la relazione del Direttore Generale ai CET, ma non tutte effettuano una disamina puntuale dell'andamento dei budget assegnati.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.09	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: predisposizione di report su dati operativi ed economico-finanziari, KPI (evidenza: predisposizione di proposta di aggiornamento entro il 1 semestre)	Il progetto è stato trasmesso alla Direzione Strategica con nota di protocollo 1902 del 29/12/2022.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.11	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: aggiornamento dell'analisi sul sistema informativo-contabile per la verifica di adeguatezza e identificazione delle principali necessità di aggiornamento dei software di rilevanza amministrativo contabile (evidenza: trasmissione relazione alla Direzione Amministrativa)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.12	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (PAC) - Area A procedure PAC: Implementazione di un sistema organizzato tramite il software FOLIUM per la raccolta, gestione e diffusione, risposta tempestiva e applicazione delle azioni di miglioramento dei rilievi/suggerimenti di soggetti di controllo esterni - Collegio Sindacale, Regione, NOCC, ecc - (evidenze: trasmissione ipotesi organizzativa al Responsabile PAC entro giugno 2022 - implementazione da giugno a dicembre 2022)	Obiettivo non implementato.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.02	Follow-up del sistema di procedure per la Certificabilità dei Bilanci	B.03.02.13	PERCORSO DI CERTIFICABILITA' DEI BILANCI (pac) - Aggiornamento del Regolamento per la disciplina e l'esercizio delle funzioni degli agenti contabili e aggiornamento delle nomine (evidenze: trasmissioni bozze revisione regolamenti a uoc Qualità e Risk Management e a Coordinatore PAC - trasmissione a fine anno al Responsabile PAC del SAL azioni previste / azioni attuate entro il 31/12/2022)	Obiettivo non implementato.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.01	REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 113 DEL D.LGS. N. 50/2016 E S.M.I. - INCENTIVI PER FUNZIONI TECNICHE - PER L'ACQUISIZIONE DI LAVORI (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa)	La bozza di Regolamento è stata condivisa con la S.C. Ingegneria Clinica con mail del 15/04/2022 e con la S.C. SIA con mail del 02/05/2022. La proposta di Regolamento è stata sottoposta alla Direzione Amministrativa con mail del 29/03/2022 e il testo definitivo inviato alle Risorse Umane per trattativa con OO.SS. il 22/04/2022.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.02	REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 113 DEL D.LGS. N. 50/2016 E S.M.I. - INCENTIVI PER FUNZIONI TECNICHE - PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI coordina uoc Approvvigionamenti - collaborano uoc Ingegneria Clinica, uoc Sistemi Informativi Aziendali (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa, previa acquisizione parere delle uoc coinvolte tramite mail)	Il Regolamento è stato approvato con Delibera n. 854 del 26/10/2022.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.03	REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELLE COMPETENZE DEL RUP E DEL DEC IN RELAZIONE AI CONTRATTI DI FORNITURE DI BENI E SERVIZI coordina uoc Approvvigionamenti - collaborano uoc Ingegneria Clinica, uoc Sistemi Informativi Aziendali (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa, previa acquisizione parere delle uoc coinvolte tramite mail)	La bozza di Regolamento è stata condivisa con le SS.CC. coinvolte con nota mail del 10/06/2022 e trasmessa alla Direzione Amministrativa con nota mail del 04/07/2022 . Il Regolamento è stato adottato con Delibera n. 870 del 26/10/2022.

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.04	REGOLAMENTO PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI INFUNGIBILI E/O ESCLUSIVI coordina uoc Approvvigionamenti - collaborano uoc Ingegneria Clinica, uoc Sistemi Informativi Aziendali (evidenza: trasmissione bozza alla Direzione Amministrativa, previa acquisizione parere delle uoc coinvolte tramite mail)	La bozza di Regolamento è stata condivisa con le SS.CC. coinvolte con nota mail del 14/09/2022 e trasmessa alla Direzione Amministrativa con nota mail del 31/10/2022. Il Regolamento è stato adottato con Delibera n. 930 del 22/11/2022
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.05	Definizione dei criteri e modalità di controllo del nuovo Service esterno di manutenzione della apparecchiature elettromedicali, e implementazione in corso d'anno	Con Delibera n. 96 del 16.2.2022 l'ASST Brianza ha disposto l'adesione alla Convenzione ARCA_2017_006 Lotto 5 "Servizio di gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali per ASST Brianza". Il contratto è stato avviato in data 1 marzo 2022. Con successivi provvedimenti n. 412 del 19 maggio 2022 ARIA ha poi disposto la sospensione di tale contratto fino al 19 novembre 2022. La sospensione è stata ulteriormente confermata da ARIA con provvedimento n. 928 del 18 novembre 2022 fino a 31 marzo 2023 al fine di "attendere l'esito dei giudizi incardinati dinanzi al Consiglio di Stato e adottare le conseguenti determinazioni del caso". L'ASST Brianza ha quindi provveduto a stipulare contratti ponte con l'operatore aggiudicatario alle medesime condizioni della gara ARIA. Pertanto, a prescindere dalla tipologia di contratto, i criteri e le modalità di controllo del fornitore rimangono le stesse.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.06	Condivisione della bozza, implementazione e monitoraggio post adozione del Regolamento per la gestione degli Incarichi ed Attività Extra-Istituzionali ex art. 53 D.Lgs 165/2001 (obiettivo in prosecuzione con l'obiettivo di stesura bozza regolamento anno 2021 - evidenze: verbali di confronto con Internal Audit, Risorse Umane, Servizio Ispettivo Aziendale entro maggio - relazione con proposta operativa del sistema di rilevazione e monitoraggio entro giugno - relazione con sintesi dei volumi trattati, criticità eventuali, azioni correttive entro dicembre)	Regolamento aziendale per la gestione degli Incarichi ed Attività Extra-Istituzionali ex art. 53 D.Lgs 165/2001 è stato adottato con Delibera n. 1064 del 29/12/2022.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.07	Implementazione del cronoprogramma per le attività previste nel corso del 2022 (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare - nuovi documenti) - evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management entro tempistiche previste nel cronoprogramma	Obiettivo parzialmente raggiunto: non tutte le unità operative hanno aggiornato la programmazione e la documentazione. L'obiettivo è stato riproposto per l'anno 2023.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.03.03	Regolamenti e procedure aziendali	B.03.03.08	Riduzione della degenza media dei ricoveri (esclusi 0/1 giorno, deceduti e trasferiti in altro presidio per acuti o con trasferimenti in altre UUOO, ricoveri con durata > 40gg, soggetti COVID+)	La degenza media dei ricoveri medici nell'anno 2019 è stata pari a 7,9 giorni; La degenza media dei ricoveri medici nell'anno 2022 è stata pari a 8,3 giorni.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.02	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura sezioni ORGANIZZAZIONE - PIANO FABBISOGNI - LAVORO AGILE	Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASST Brianza è stato adottato completo di tutti i documenti prescritti dalla normativa con Delibera n. 362 del 29 aprile 2022.
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.03	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura stesura contributo della sezione di ORGANIZZAZIONE legata al PIANO FORMATIVO	
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.04	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura stesura contributo della sezione di ORGANIZZAZIONE legata alla SICUREZZA DEI DIPENDENTI E DEI LUOGHI DI LAVORO	
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.05	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura contributo delle sezioni relativamente alle attività di REINGEGNERIZZAZIONE /DEMATERIALIZZAZIONE DEL PROCESSO DI FASCICOLAZIONE (evidenze: trasmissione via mail/nota al Coordinatore PIAO di specifico contributo sul PIAO)	
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.06	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - stesura sezioni RELATIVA A INTRODUZIONE - VALORE PUBBLICO - PERFORMANCE - MONITORAGGIO	
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.04	PIAO	B.03.04.07	PIAO - Stesura e condivisione del PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE armonizzato alle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica - - stesura contributo della sezione di DIGITALIZZAZIONE E TELEMEDICINA - REINGEGNERIZZAZIONE PROCESSI - MONITORAGGIO	
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.01	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC Endoscopia (evidenza: invio sintesi al Direttore Amministrativo)	
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.01	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC Endoscopia - evidenza: documento di sintesi predisposto in collaborazione con il Controllo di Gestione entro luglio 2022	
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.02	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC RSD Papa Giovanni e Presidio Corberi (evidenza: invio sintesi al Direttore Amministrativo)	Con nota del 27/10/2022 è stata trasmessa alla Direzione Strategica la relazione di valutazione dei

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.02	Valutazione costi di produzione diretti ed indiretti legati ai CDC RSD Papa Giovanni e Presidio Corberi - evidenza: documento di sintesi predisposto in collaborazione con il Controllo di Gestione entro settembre 2022	costi dei CDC RSD Papa Giovanni e Presidio Corberi
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.04	Revisione dei processi di acquisizione dei dati di alimentazione della Contabilità Analitica - ricavi da produzione - (evidenza: stesura di documentazione da inviare alla Direzione Amministrativa relativa al format dei dati per l'alimentazione di NFS, e criteri di assegnazione del Fattore Produttivo)	Con nota del 30/08/2022 è stata trasmessa alla Direzione Amministrativa la relazione relativa all'obiettivo
B	Buona Amministrazione	B.03	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.03.06	Valutazioni economiche	B.03.06.05	Revisione dei processi di acquisizione dei dati di alimentazione della Contabilità Analitica - costo del personale - (evidenza: stesura di documentazione da inviare alla Direzione Amministrativa relativa al format dei dati per l'alimentazione di NFS, e criteri di assegnazione del Fattore Produttivo)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
B	Buona Amministrazione	B.03 / B.01	Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo / Investimenti	B.01.01	Supporto alla Attuazione piano investimenti	B.01.1.02	Monitoraggio economico trimestrale (evidenza: trasmissione via mail ai Servizi con budget di investimento del report con il SAL)	Il Monitoraggio è stato effettuato con periodicità variabile ed in occasione di specifiche richieste.
B	Buona Amministrazione	B.04	Collegamento tra Performance Trasparenza e Anticorruzione	B.04.01	Supporto alla attuazione POAS	B.04.01.01	POAS - Aggiornamento del Sito Internet - sezione amministrazione trasparente - per adeguamento alla nuova struttura POAS	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
B	Buona Amministrazione	B.04	Collegamento tra Performance Trasparenza e Anticorruzione	B.04.02	Nuovo PTPCT in linea con le indicazioni PIAO	B.04.02.02	TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE - Rispetto degli adempimenti e delle tempistiche di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" secondo quanto previsto nel PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZE (la valutazione sarà in proporzione al n. di adempimenti non rispettati - evidenza griglia di valutazione adempimenti e monitoraggio a campione Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza)	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.01	Revisione procedura per classificazione priorità e inserimento agenda (evidenza: proposta di revisione della procedura trasmessa alla uoc Qualità e Risk Management)	La procedura "Prescrizione e prenotazione dei ricoveri elettivi e inserimento dei pazienti in lista d'attesa" è stata rivista in data 02/02/2022 ed attuata con cadenza mensile. Le verifiche vengono effettuate tramite il confronto di congruenza tra le classi di priorità e le date di prenotazione indicate nelle SDO e quelle inserite nelle liste di prenotazione. Inoltre, viene verificata la compatibilità dei giorni di attesa effettiva per la presentazione rispetto alla classe di priorità assegnata al fine di evidenziare eventuali errori in fase di assegnazione, eventuali criticità nel soddisfacimento dei tempi.
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.02	Sviluppo monitoraggio anomalie su CLASSE DI PRIORITA' - DATA PRENOTAZIONE dei ricoveri programmati chirurgici oncologici (evidenza: analisi dei dati per le parti di competenza - trasmissione alle DMP dei report per i controlli di competenza delle DMP e delle UUOO)	Mensilmente, sono stati inviati alle Direzioni Mediche di Presidio i report con le anomalie tra le classi di priorità e il tempo di attesa presenti nelle SDO e le discrepanze tra la classe di priorità e la data di prenotazione presenti nelle SDO con quelle inserite in lista d'attesa.
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.03	Sviluppo monitoraggio anomalie su CLASSE DI PRIORITA' - DATA PRENOTAZIONE dei ricoveri programmati chirurgici NON oncologici (evidenza: trasmissione alle DMP dei report per i controlli di competenza delle DMP e delle UUOO)	Mensilmente, sono stati inviati alle Direzioni Mediche di Presidio i report con le anomalie tra le classi di priorità e il tempo di attesa presenti nelle SDO e le discrepanze tra la classe di priorità e la data di prenotazione presenti nelle SDO con quelle inserite in lista d'attesa.
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.04	Riattivazione monitoraggio periodico UTILIZZO SALE OPERATORIE PROGRAMMATE (evidenza: trasmissione alla Direzione Strategica di indicatori di volumi/utilizzo di sala)	Il Monitoraggio mensile è stato riattivato e la rilevazione inviata regolarmente.
B	Buona Amministrazione	B.07	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.05	Attività di formazione e informazione alle UUOO su procedura di prenotazione ricoveri e utilizzo classi di priorità (evidenze: breve verbale coi contenuti degli incontri - attesi almeno 1 incontro per ogni UUOO)	Sono stati effettuati 15 incontri con tutte le unità operative.
B	Buona Amministrazione	B.07 / B.03	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022 / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.07.02	Ottimizzazione delle risorse disponibili	B.07.02.01	Monitoraggio drop-out mammografico (evidenza: monitoraggio su base mensile, trasmissione alla Direzione Sociosanitaria tramite mail, entro il 10 del mese successivo)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
B	Buona Amministrazione	B.07 / B.03	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022 / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.07.03	Supporto al Piano di attività 2022	B.07.03.01	Sviluppo monitoraggio tempestivo andamento attività e tempi d'attesa ex post ricovero e ambulatoriale (evidenza: documento di sintesi dei criteri e modalità di pubblicazione alle uuoo)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
B	Buona Amministrazione	B.07 / B.03	Supporto al Piano di Ripresa Attività 2022 / Sistemi di Miglioramento Continuo e Controllo	B.08.01	Supporto al Piano di attività 2022	B.08.01.03	Creazione, gestione e monitoraggio periodico andamento saturazione delle agende di prenotazione prestazioni ambulatoriali rientranti nella categoria "prestazioni incentivate a tariffa maggiorata" e serali-prefestive-festive come da DGR 6279/2022 (evidenza: monitoraggio su base mensile, trasmissione alla Direzione Sociosanitaria tramite mail, entro il 10 del mese successivo, sintesi con n. agende/slot, prestazioni erogate)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
B	Buona Amministrazione	B.08	Supporto al Piano di Ripresa Attività di Donazione	B.08.01	Supporto al Piano di Ripresa Attività di Donazione	B.08.01.01	Revisione procedure aziendali (evidenza: proposta di revisione della procedura trasmessa alla UOC Qualità e Risk Management)	La procedura "Selezione e gestione del potenziale donatore di cornee" è stata redatta in data 21/12/2022.
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.01	Disamina dei documenti già presenti nel Sistema Gestione Qualità Aziendale (e/o ex Sistema di Qualità della ASST Monza) e definizione del cronoprogramma di aggiornamento (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare) e di definizione nuovi documenti - evidenza: trasmissione cronoprogramma a UOC Qualità e Risk Management entro il 15 maggio 2022 con individuazione referente Qualità	Obiettivo parzialmente raggiunto: non tutte le unità operative hanno aggiornato la programmazione e la documentazione. L'obiettivo è stato riproposto per l'anno 2023.
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.02	Definizione di protocolli di appropriatezza condivisi con le UUOO richiedenti, per le richieste di consulenze/prestazioni per interni	Obiettivo parzialmente raggiunto: non tutte le unità operative hanno definito i protocolli.
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.03	Studio di fattibilità guardia attiva unificata in radiologia PO Vimercate e PO Desio	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.04	Studio di fattibilità allineamento delle tempistiche e modalità di esecuzione sui diversi PPOO aziendali	Sono stati standardizzati in tutti i presidi dell'azienda, le tempistiche di esecuzione dei seguenti esami radiologici: TC Basali, TC mezzo di contrasto, RX, RMN base, RMN mezzo di contrasto, mammografie ed ecografie.
B	Buona Amministrazione	B.10	Sistemi di Controllo e Miglioramento Continuo	B.10.01	Regolamenti e procedure aziendali	B.10.01.05	RMN PO Vimercate: piano di riorganizzazione delle attività in vista della fine del servizio esternalizzato, programmazione e ridefinizione delle agende per interni e per esterni - evidenza: documento di programmazione (compresa gestione del transitorio estivo con fermo macchina) e definizione agende per interni ed esterni h. 12 su 5 gg / sabati-domeniche da inviare alla Direzione Sanitaria entro giugno 2022	L'attività è stata completamente presa in carico a partire dal 01/11/22 e, compatibilmente con le risorse umane disponibili, le agende sono state ridefinite come richiesto sia nell'ottica di garanzia di maggiori spazi per l'esecuzione di esami interni sia per garantire la produzione ambulatoriale.
B	Buona Amministrazione	B.16	Supporto all'attivazione Nuove strutture	B.16.01	Supporto alla attività Case di Comunità e Ospedale di Comunità	B.16.01.01	CASE DI COMUNITA' / OSPEDALI DI COMUNITA' - Gestione allestimento: secondo cronoprogramma 2022 concordato ed aggiornato periodicamente con la Direzione Aziendale (evidenza: SAL trimestrale inviato alla Direzione Generale Welfare per monitoraggio obiettivi Direttore Generale)	Conformemente all'indicazione regionale di rendicontare bimestralmente l'andamento dell'obiettivo, ASST Brianza ha trasmesso puntualmente quanto richiesto: <ul style="list-style-type: none"> • I bimestre: protocollo n. 15626 del 29/04/2022; • II bimestre: protocollo n. 19759 del 31/05/2022; • III bimestre: protocollo n. 32811 del 27/09/2022; • IV bimestre: protocollo n. 37563 del 4/11/2022; • V bimestre: protocollo n. 43443 del 23/12/2022; • VI bimestre: protocollo n. 4719 del 7/02/2023. Come previsto dal cronoprogramma di cui alla nota inviata ad ATS Brianza (nota prot. n. 6695 del 24 febbraio 2022), l'ASST Brianza ha realizzato ed aperto tutte le cinque Case di Comunità previste: <ul style="list-style-type: none"> • CdC di Vimercate: attivata il 20/01/2022; • CdC di Giussano: attivata il 20/01/2022; • CdC di Lissone: attivata il 28/12/2022; • CdC di Cesano Maderno: attivata il 28/12/2022; • CdC di Limbiate: attivata il 28/12/2022.
B	Buona Amministrazione	B.16	Supporto all'attivazione Nuove strutture	B.16.01	Supporto alla attività Case di Comunità e Ospedale di Comunità	B.16.01.02	CASE DI COMUNITA' / OSPEDALI DI COMUNITA' - Reclutamento del personale: gestione dei bandi periodici per il reclutamento del personale libero professionale da assegnare alle attività delle CdC/OdC (evidenza: adozione delibere / determine - sintetica relazione alla Direzione Amministrativa delle azioni previste / azioni intraprese al 31/12/2022)	I bandi sono stati espletati, secondo le indicazioni della Direzione Strategica, al fine di consentire l'operatività delle Case di Comunità, come previsto dal cronoprogramma.
C	Capitale Umano	C.01	Organizzazione	C.01.05	POAS Stesura e attuazione	C.01.05.03	POAS - Procedure di attuazione: indicazioni procedure per strutture vacanti secondo cronoprogramma 2022 concordato e aggiornato periodicamente con la Direzione (evidenza: SAL periodico)	Il POAS 2022-2024 è stato approvato in data 2/08/2022 con DGR n. XI/6874. Con delibera n. 723 del 31/08/2022 è stata data prima attuazione al POAS. Con delibera n. 731 del 2/9/2022 sono stati nominati i Direttori di Dipartimento ed è stata aggiornata la composizione del Collegio di Direzione. Con delibera n. 873 del 27/10/2022 si è preso atto del protocollo di intesa tra ATS Brianza e ASST Brianza per la regolamentazione del trasferimento delle attività afferenti al Dipartimento di cure primarie, ai sensi della LR n. 22/2021. Con delibera n. 1045 del 21/12/2022 è stato parzialmente rideterminato il cronoprogramma di attuazione del POAS, con particolare riferimento alla cessazione/trasformazione di n. 7 strutture interessate da una variazione di assetto territoriale collegato alla trasformazione dell'ASST di Monza in Fondazione IRCCS
C	Capitale Umano	C.01	Organizzazione	C.01.05	POAS Stesura e attuazione	C.01.05.04	POAS - Aggiornamento del Piano dei Centri di Costo e Piano dei Fattori Produttivi per allineamento alla nuova organizzazione aziendale (evidenza: attivazione su NFS dei nuovi piani e trasmissione sintesi alla Direzione Amministrativa)	La nuova gerarchia dei centri di costo è stata comunicata al fornitore per l'implementazione sui sistemi aziendali in data 26/10/2022.
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.01	Informazione - Accessibilità e Fruibilità dei documenti legati alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (procedure; informative; dpi; schede sicurezza prodotti; avvisi; ecc.)	C.04.01.01	Definizione dei criteri di pubblicazione nella intranet aziendale e individuazione del/dei responsabili di monitoraggio dell'aggiornamento delle informazioni pubblicate (evidenza: trasmissione proposta alla uoc Qualità e Risk Management)	La proposta è stata redatta e trasmessa entro la scadenza indicata.
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.01	Informazione - Accessibilità e Fruibilità dei documenti legati alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (procedure; informative; dpi; schede sicurezza prodotti; avvisi; ecc.)	C.04.01.02	Disamina dei documenti già presenti nel Sistema Gestione Qualità Aziendale e definizione del cronoprogramma di aggiornamento (evidenza: trasmissione alla UOC Qualità e Risk Management della lista documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da eliminare)	Disamina effettuata.
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.01	Informazione - Accessibilità e Fruibilità dei documenti legati alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (procedure; informative; dpi; schede sicurezza prodotti; avvisi; ecc.)	C.04.01.03	Implementazione del cronoprogramma per le attività previste nel corso del 2022 - documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da eliminare (evidenza: sintetica relazione con confronto stato ex-ante / ex post da inserire nella Relazione Annuale)	I documenti previsti dal cronoprogramma sono stati implementati.
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.02	Formazione - D. Lgs. 81/2008 Dirigenti e Preposti	C.04.02.01	Proposta di atto di formalizzazione della lista dei Dirigenti e dei Preposti: entro il primo semestre attività Polo Ospedaliero, entro secondo semestre attività Rete Territoriale e nuove attività (evidenza: trasmissione bozza della lista alla Direzione Strategica)	Obiettivo parzialmente raggiunto: è stata avviata la raccolta dei nomi dei Dirigenti e Preposti per tutte le unità operative.
C	Capitale Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.02	Formazione - D. Lgs. 81/2008 Dirigenti e Preposti	C.04.02.03	Predisposizione di un piano triennale di aggiornamento continuo di Dirigenti e Preposti (evidenza: stesura proposta con cronoprogramma - tempi - costi da trasmettere alla Direzione Strategica)	Obiettivo parzialmente raggiunto: è stata predisposta la formazione online per tutto il personale aziendale.

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
C	Capitate Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.02	Formazione - D. Lgs. 81/2008 Dirigenti e Preposti	C.04.02.04	Implementazione del piano di aggiornamento continuo di Dirigenti e Preposti secondo il cronoprogramma 2022 (evidenza: SAL trimestrale azioni attese / azioni implementate da inviare al RSPP)	Obiettivo parzialmente raggiunto: la formazione è stata avviata.
C	Capitate Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.03	Programmazione - Comitato dei DPI	C.04.03.01	Proposta di istituzione della Commissione DPI aziendale (evidenza: inserimento nel SW delibere della proposta di delibera di istituzione)	La proposta di delibera è stata trasmessa in data 3/11/2022. La delibera è stata poi adottata dal Direttore Generale nell'esercizio 2023.
C	Capitate Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.03	Programmazione - Comitato dei DPI	C.04.03.04	Attivazione della commissione DPI ex-ante sugli acquisti di DPI (evidenza: convocazione verbali commissione)	Dato che la delibera di istituzione della Commissione è stata adottata solo nel 2023, nel 2022 non è stato possibile attivare la Commissione stessa.
C	Capitate Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.04	Piano Vaccinale COVID	C.04.04.01	VACCINAZIONE ANTI-COVID: Gestione vaccinazioni dipendenti secondo target e programmazione definita dalla Direzione Strategica in base alle indicazioni regionali (evidenza: report periodico vaccinazioni)	Sono stati vaccinati 590 dipendenti dell'Azienda, raggiungendo una media largamente superiore alla media regionale (23% vs. 16%).
C	Capitate Umano	C.04	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro	C.04.05	Piano Vaccinale ANTI-INFLUENZALE	C.04.05.01	VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE: Gestione vaccinazioni dipendenti secondo target e programmazione definita dalla Direzione Strategica in base alle indicazioni regionali (evidenza: report periodico vaccinazioni)	
C	Capitate Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.01	Valorizzazione delle capacità dei dipendenti - Mappatura delle competenze dei formatori interni (evidenza: creazione DB entro dicembre e definizione criteri di aggiornamento continuo)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
C	Capitate Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.02	Attività di Formazione dei formatori interni - sviluppo delle soft skill (evidenza: individuazione e implementazione di almeno 1 evento formativo)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
C	Capitate Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.03	Sviluppo della Formazione del neoassunto come percorso di accompagnamento e accoglienza (evidenza: SAL semestrale azioni attese / azioni implementate da inviare al Direttore Sanitario)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
C	Capitate Umano	C.05	Informazione e Formazione del personale	C.05.01	Piano Formativo 2022	C.05.01.04	Piano di Recupero Attività di Formazione obbligatoria - legge 81 – BLSA american heart – ACLS (evidenza: SAL trimestrale azioni attese / azioni implementate da inviare al Direttore Sanitario)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
C	Capitate Umano	C3	Fabbisogni / Valorizzazione dell'esperienza professionale	C.03.01	Fabbisogni / Reclutamento nuove risorse	C.03.01.01	PIANO FABBISOGNI - Attuazione del piano assunzioni secondo Piano dei Fabbisogni: indizioni procedure per reclutamento dirigenti/comparto secondo cronoprogramma 2022 concordato e aggiornato con la direzione (evidenza: SAL periodico)	Le previsioni della Direzione Strategica sono state implementate e le assunzioni regolarmente rendicontate.
C	Capitate Umano	C3	Fabbisogni / Valorizzazione dell'esperienza professionale	C.03.01	Fabbisogni / Reclutamento nuove risorse	C.03.01.02	PIANO FABBISOGNI - Definizione della proposta di istituzione delle funzioni, previa valutazione degli impatti economici, da proporre al tavolo di contrattazione con le OOSS (evidenza: trasmissione via e-mail della bozza alla Direzione Amministrativa)	Il Regolamento degli incarichi di funzione dell'area Comparto è stato trasmesso alla Direzione Amministrativa in data 9/6/2022. Il regolamento è stato adottato, previa trattativa sindacale, con delibera n. 506 del 15/06/2022.
C	Capitate Umano	C3	Fabbisogni / Valorizzazione dell'esperienza professionale	C.03.01	Fabbisogni / Reclutamento nuove risorse	C.03.01.03	PIANO FABBISOGNI - Definizione della proposta di pesatura delle strutture secondo nuovo POAS, da proporre al tavolo di contrattazione con le OOSS (evidenza: trasmissione via e-mail della bozza alla Direzione Amministrativa)	In data 29/11/2022 è stata trasmessa l'ipotesi di pesatura per le strutture della Dirigenza PTA.
D	Digitalizzazione	D.02	Sistemi Informativi Clinici	D.02.01	Sistema Informativo di Laboratorio	D.02.01.01	Procedura di gara per l'affidamento del nuovo sistema di gestione del servizio di Laboratorio Analisi - predisposizione documentazione tecnica - obiettivo già proposto nel 2021 e posticipato a causa di attività urgenti su Case della Comunità (evidenza: comunicazione alla Direzione Amministrativa del cronoprogramma delle attività e di periodici SAL - attività a regime entro il 31/12/2022)	L'ASST della Brianza ha colto l'opportunità di partecipare alla gara Regionale per l'affidamento di un gestionale di laboratorio analisi. Il progetto rientra tra i progetti finanziati con i fondi PNRR. L'S.C. Sistemi Informativi ha coordinato con Regione le attività finalizzate alla raccolta ed omogeneizzazione delle informazioni provenienti dai due laboratori analisi, alla stesura del capitolato di gara tramite i tavoli Regionali dedicati e alla predisposizione della documentazione per l'ottenimento del finanziamento PNRR. La parte tecnica si ritiene pienamente conclusa, essendo stato predisposto il capitolato tecnico da parte di Regione Lombardia a dicembre 2022. Si rimane in attesa di sblocco dei finanziamenti PNRR dedicati al progetto LIS Regionale da parte del Ministero.
D	Digitalizzazione	D.03	Sistemi Informativi di Supporto	D.03.01	Sistema Informativo CUP Desio	D.03.01.01	DIGITALIZZAZIONE - Attivazione software di CUP presso Desio in prosecuzione con obiettivo 2021 (evidenza: comunicazione alla Direzione Amministrativa del cronoprogramma delle attività e di periodici SAL - attività a regime entro il 31/12/2022)	Il giorno 12 ottobre 2022 è stato messo in produzione con esito positivo il CUP di Desio, uniformando il sistema di gestione prenotazioni aziendali. L'S.C. Sistemi Informativi ha gestito interamente il processo di programmazione, migrazione delle agende e gestione del transito al nuovo sistema. In fase di avvio ha coordinato i lavori tra i vari attori (ufficio agende, CUP regionale, responsabile CUP Desio, Direzione Medica, etc) e fornito soluzioni che potessero minimizzare i problemi di passaggio. Non ultimo ha organizzato e gestito i corsi di formazione al personale sanitario e dato il supporto sul campo al personale amministrativo nelle prime settimane di avvio.
D	Digitalizzazione	D3	Sistemi Informativi di Supporto	D.03.02	Sistema Informativo Protocollo	D.03.02.01	DIGITALIZZAZIONE - Prosecuzione delle attività di implementazione della gestione documentale per "fascicoli" con attivazione di almeno 4 sotto-progetti (evidenza: relazione alla Direzione Amministrativa con sintesi di progetto/uooc coinvolte/n. documenti gestiti)	Le funzionalità del sistema documentale sono state estese a: - Sistemi Informativi Aziendali - Ingegneria Clinica - Affari Generali e Legali Sono stati creati e gestiti i seguenti fascicoli divisi per S.C: - Sistemi Informativi Aziendali: 3 - Ingegneria Clinica: 3 - Affari Generali e Legali: 15 Sono state inoltre programmate le attività per le rimanenti SS.CC, fatta eccezione per la parte sanitaria per l'inizio del 2023
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.01	PARM: predisposizione della proposta di Piano 2022, secondo modalità e tempistiche definite da Regione Lombardia (evidenza: proposta delibera)	Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2022 è stato adottato con Delibera n. 358 del 27/04/2022.

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.02	PARM: coordinamento nella implementazione dei progetti previsti nel Piano 2022 (evidenza: verbali incontri Gruppo di Gestione del Rischio Clinico)	I progetti PARM: 1. Implementazione Raccomandazione 19: La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide nell'ASST Brianza; 2. Prevenzione delle cadute in ambito ospedaliero e territoriale ASST Brianza; 3. Progetto interaziendale risk buster. Sono stati implementati secondo quanto pianificato.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.03	PARM: rendicontazione periodica (negli incontri del Gruppo gestione rischio clinico) e finale del Piano 2022 (evidenza: verbali incontri e relazione finale)	Il Gruppo di gestione del rischio clinico si è riunito nel marzo 2022; è stata presentata la rendicontazione dell'attività dell'anno precedente e sono stati proposti e condivisi gli obiettivi 2022. La relazione finale del PARM è stata inviata in Regione Lombardia entro la data fissata del 31/01/2023.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.04	PARM: Raccomandazione 19: revisione delle procedure, implementazione e controlli (secondo indicazioni e tempistiche definite dal Risk Manager)	L'obiettivo del progetto era elaborare un documento aziendale di riferimento secondo le recenti raccomandazioni e diffonderne i contenuti capillarmente fra gli operatori sanitari. Il progetto, articolato su due anni, ha visto la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha ricompreso anche il territorio poiché l'educazione/informazione dei pazienti e caregiver delle forme orali solide è di fondamentale importanza per la sicurezza della assunzione/somministrazione dei farmaci al domicilio. Il Gruppo ha redatto la procedura che recepisce la Raccomandazione Ministeriale n° 19 ed ha prodotto cartellonistica dedicata al personale e brochure per l'informazione ai cittadini. La diffusione della procedura prevede nel 2023 una formazione a distanza; pertanto è stato inserito nel piano formativo 2023 il progetto e verranno definiti i contenuti della FAD e la sua attivazione nel 2° semestre 2023.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.05	PARM: revisione delle procedure, implementazione e controlli (secondo indicazioni e tempistiche definite dal Risk Manager) in tema di profilassi antibiotica, in collaborazione con le UUOO coinvolte nel processo	Obiettivo non implementato.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.01	Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico	E.02.01.06	PARM: Audit relativo alla corretta applicazione delle procedure aziendali su trasfusioni sangue (piano concordato con il Risk Manager)	Obiettivo non implementato.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.01	SGQ: ricognizione a livello aziendale dei referenti del SGQ delle singole articolazioni aziendali (evidenza: lista nominativa)	Non tutti i Direttori di struttura hanno identificato i referenti delle strutture da loro dirette.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.02	SGQ: ricognizione a livello aziendale dei referenti del SGQ - auditor interni, dimensionamento del sistema dei controlli interni per futura implementazione (evidenza: proposta di composizione e formazione)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.03	SGQ: coordinamento e supporto al Piano di aggiornamento dei documenti del SGQ secondo obiettivo assegnato alle UUOO e in base ai cronoprogrammi di intervento nel rispetto delle priorità definite a livello strategico (evidenza: monitoraggio intermedio a settembre e finale e dicembre)	La Struttura Semplice Qualità e Risk Management ha supportato tutte le strutture aziendali nella definizione dei cronoprogrammi e ha monitorato l'invio dei documenti secondo quanto definito dai Direttori di struttura.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.04	SGQ: Disamina dei documenti già presenti nel Sistema Gestione Qualità Aziendale (e/o ex Sistema di Qualità della ASST Monza) e definizione del cronoprogramma di aggiornamento (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare) e di definizione nuovi documenti - evidenza: trasmissione cronoprogramma a UOC Qualità e Risk Management entro il 15 maggio 2022 con individuazione referente Qualità	Obiettivo parzialmente raggiunto: non tutte le unità operative hanno aggiornato la programmazione e la documentazione. L'obiettivo è stato riproposto per l'anno 2023.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.05	SGQ: Implementazione del cronoprogramma per le attività previste nel corso del 2022 (documenti confermati con aggiornamenti formali - documenti da aggiornare - documenti da rendere omogenei sull'intera azienda - documenti da eliminare - nuovi documenti) - evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management entro tempistiche previste nel cronoprogramma	Obiettivo parzialmente raggiunto: non tutte le unità operative hanno aggiornato la programmazione e la documentazione. L'obiettivo è stato riproposto per l'anno 2023.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.06	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo a prelievo di organi e tessuti entro maggio 2022 evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management - monitoraggio applicazione con report trimestrale sintetico DECEDUTI / VALUTATI / PRELIEVI	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.07	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo al PEMA (in collaborazione con il DIP. DEA) evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.08	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo al MET (in collaborazione con il DIP. DEA) evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.09	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla cartella infermieristica di sala operatoria (monitoraggio liquidi) in collaborazione tra SITRA-ANESTESIE E RIANIMAZIONI-OSTETRICIE E GINECOLOGIE	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.09	SGQ: Attuazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (Psichiatria, Medicina Generale, Neurologia, Cure Palliative) finalizzato alla definizione di un approccio terapeutico comune al paziente con agitazione psicomotoria e delirium e definizione della bozza di proposta di documento condiviso - evidenza: trasmissione bozze dei documenti a UOC Qualità e Risk Management entro dicembre 2022	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.10	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla contenzione del paziente in ospedale (escluso DSM)	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità	E.02.02.11	SGQ: aggiornamento e standardizzazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla gestione dei beni del paziente in ospedale	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità		SGQ: aggiornamento, standardizzazione e applicazione a livello aziendale del documento SGQ relativo alla profilassi antitrombotica	Obiettivo non implementato.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità		SGQ: definizione di una procedura valida a livello aziendale per l'utilizzo dei nuovi codici di priorità in Pronto Soccorso	Obiettivo non implementato.
E	Esiti e Percorsi di Cura	E.02	Qualità e Gestione Rischio Clinico	E.02.02	Sistema di Gestione della Qualità		SGQ: gruppo di lavoro per l'aggiornamento delle procedure relative al funzionamento della Breast Unit aziendale- consegna bozze proposte aggiornamento documenti entro luglio 2022	Tutti gli adempimenti sono stati rispettati
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.01	Tempi d'attesa Ricovero e cura	E.03.01.01	Tempi d'attesa per attività di ricovero e cura chirurgico programmato oncologici con classe di priorità A (diagnosi principale 140*-239*): 2° trimestre: 85%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%	<ul style="list-style-type: none"> I Trimestre: 73,0% entro il tempo massimo d'attesa; II Trimestre: 75,7% entro il tempo massimo d'attesa; III Trimestre: 70,2% entro il tempo massimo d'attesa; IV Trimestre: 79,3% entro il tempo massimo d'attesa; Intero anno 2022: 74,8% entro il tempo massimo d'attesa. <p>Alcune delle criticità già segnalate per gli obiettivi di produzione si riverberano anche sull'obiettivo dei tempi d'attesa, in particolare quelle legate alla carenza di posti letto, di anestesisti, di personale di sala, di chirurghi e all'impatto delle criticità di PS sull'attività programmata. A ciò si aggiunge che le criticità riguardano il solo presidio di Desio (ultimo trimestre pari a 68% nei tempi, a fronte di un dato intorno all'88% per gli altri due presidi), in cui le carenze di offerta rispetto alla domanda di un distretto di popolazione molto numerosa impattano su tutti gli obiettivi di produzione in modo superiore agli altri presidi.</p>
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.01	Tempi d'attesa Ricovero e cura	E.03.01.02	Tempi d'attesa per attività di ricovero e cura chirurgico programmato NON ONCOLOGICI con qualsiasi classe di priorità: 2° trimestre: 75%, 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 85% (solo primi accessi - prenotazione da giugno 2022 - erogazione da settembre 2022)	<ul style="list-style-type: none"> II Trimestre: 85,2% entro il tempo massimo d'attesa; III Trimestre: 83,0% entro il tempo massimo d'attesa; IV Trimestre: 82,7% entro il tempo massimo d'attesa; Aprile - Dicembre 2022: 83,7% entro il tempo massimo d'attesa. <p>Alcune delle criticità già segnalate per gli obiettivi di produzione si riverberano anche sull'obiettivo dei tempi d'attesa, in particolare quelle legate alla carenza di posti letto, di anestesisti, di personale di sala, di chirurghi e all'impatto delle criticità di PS sull'attività programmata.</p>
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.02	Tempi d'attesa Prestazioni Ambulatoriali	E.03.02.01	Tempi d'attesa per visite ambulatoriali con classe di priorità B: 2° trimestre: 2° trimestre: 80%; 3° trimestre: 85%; 4° trimestre: 90%	<ul style="list-style-type: none"> II Trimestre: 59,6% entro il tempo massimo d'attesa; III Trimestre: 73,2% entro il tempo massimo d'attesa; IV Trimestre: 77,9% entro il tempo massimo d'attesa; Aprile - Dicembre 2022: 70,6% entro il tempo massimo d'attesa. <p>Alcune delle criticità già segnalate per gli obiettivi di produzione si riverberano anche sull'obiettivo dei tempi d'attesa, in particolare quelle legate alla carenza di dirigenti medici, all'impatto delle criticità di PS sull'attività programmata e all'allungamento dei tempi delle prestazioni. Si segnala altresì che in corso d'esercizio è stato fatto uno sforzo organizzativo molto significativo che ha portato a miglioramenti complessivi e al pieno raggiungimento dell'obiettivo su singoli presidi, ad esempio Vimercate.</p>
E	Esiti e percorsi di cura	E.03	Tempi d'attesa e customer satisfaction	E.03.02	Tempi d'attesa Prestazioni Ambulatoriali	E.03.02.02	Tempi d'attesa per diagnostica per immagini, primi accessi: 3° trimestre: 80%; 4° trimestre: 90%	<p>Classe B:</p> <ul style="list-style-type: none"> III Trimestre: 86,2% entro il tempo massimo d'attesa; IV Trimestre: 89,3% entro il tempo massimo d'attesa; Luglio - Dicembre 2022: 87,9% entro il tempo massimo d'attesa. <p>Classe D:</p> <ul style="list-style-type: none"> III Trimestre: 89,8% entro il tempo massimo d'attesa; IV Trimestre: 95,2% entro il tempo massimo d'attesa; Luglio - Dicembre 2022: 95,2% entro il tempo massimo d'attesa.

C1	PRIORITA' STRATEGICA	C2	OBIETTIVO	C3	SOTTO-OBIETTIVO	C4	INDICATORE	RISULTATO
F	Futuro	F.02	Nuove strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.01	CASE DI COMUNITA' / OSPEDALI DI COMUNITA': Attivazione dei servizi nelle sedi previste, secondo cronoprogramma 2022 (evidenza: report bimestrale da inviarsi in Direzione Generale Welfare)	Conformemente all'indicazione regionale di rendicontare bimestralmente l'andamento dell'obiettivo, ASST Brianza ha trasmesso puntualmente quanto richiesto: <ul style="list-style-type: none"> • I bimestre: protocollo n. 15626 del 29/04/2022; • II bimestre: protocollo n. 19759 del 31/05/2022; • III bimestre: protocollo n. 32811 del 27/09/2022; • IV bimestre: protocollo n. 37563 del 4/11/2022; • V bimestre: protocollo n. 43443 del 23/12/2022; • VI bimestre: protocollo n. 4719 del 7/02/2023. Come previsto dal cronoprogramma di cui alla nota inviata ad ATS Brianza (nota prot. n. 6695 del 24 febbraio 2022), l'ASST Brianza ha realizzato ed aperto tutte le cinque Case di Comunità previste: <ul style="list-style-type: none"> • CdC di Vimercate: attivata il 20/01/2022; • CdC di Giussano: attivata il 20/01/2022; • CdC di Lissone: attivata il 28/12/2022; • CdC di Cesano Maderno: attivata il 28/12/2022; • CdC di Limbiate: attivata il 28/12/2022.
F	Futuro	F.02	Nuove strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.02	OSPEDALE DI COMUNITA': definizione del modello organizzativo dell'ospedale di comunità in base alle indicazioni dell'emanando DM 71 (evidenza: documento organizzativo da proporsi entro 3 mesi dall'adozione del DM)	Obiettivo non implementato.
F	Futuro	F.02	Nuove Strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.03	CASE DI COMUNITA': Attivazione ambulatori specialistici per gestione cronicità presso le case di comunità attivate nel corso del 2022 (Cardiologia, Neurologia, Diabetologia, Pneumologia)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
F	Futuro	F.02	Nuove Strutture	F.02.01	Case di Comunità/Ospedali della Comunità	F.02.01.04	OSPEDALE DI COMUNITA': definizione del modello organizzativo dell'ospedale di comunità in base alle indicazioni dell'emanando DM 71 (evidenza: documento organizzativo da proporsi entro 3 mesi dall'adozione del DM)	Obiettivo non implementato.
F	Futuro	F.03	Nuove attività	F.03.01	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.04	In concomitanza a screening cervice uterina	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.02	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.02	Campagna di screening per l'eliminazione dell'HCV in favore di PAZIENTI RICOVERATI, attuazione delle azioni previste secondo indicazioni e target definiti da Regione Lombardia - evidenza: da definire a seguito linee guida regionali	Non disponibili dati ufficiali, all'ultima rilevazione disponibile (aggiornata a novembre 2022) erano stati screenati 2.858 pazienti
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.02	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.03	Campagna di screening per l'eliminazione dell'HCV in favore di PAZIENTI CHE ACCEDONO AI PUNTI PRELIEVO, attuazione delle azioni previste secondo indicazioni e target definiti da Regione Lombardia - evidenza: da definire a seguito linee guida regionali	
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.02	Screening per l'eliminazione del virus HCV	F.03.01.05	Progettazione ambulatorio 2 livello (funzione di infettivologia)	Obiettivo non inserito nella versione definitiva del Budget 2022.
F	Futuro	F.03	Nuove Attività	F.03.03	Screening cervice uterina	F.03.03.02	Attività di Screening cervice uterina: attivazione di slot utili alla erogazione entro i termini previsti dal protocollo di screening dei volumi di attività necessari al secondo livello (a livello aziendale previsti 1,800 approfondimenti di secondo livello colposcopie e conseguente attività di anatomia patologica) - periodo gennaio-dicembre	L'ASST Brianza ha pienamente raggiunto gli obiettivi relativi alla campagna di screening della cervice uterina, raggiungendo il 100% del campione (target regionale: 95%) per la coorte 1958-59 e il 97% (target regionale: 95%) per la coorte 1997.