



DELIBERA 397 DEL 26/06/2026

OGGETTO: RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE 2025 AI SENSI DELL'ART. 10, COMMA 1 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 150/2009 E S.M.I.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI

**SU PROPOSTA DEL DIRETTORE
SC CONTROLLO DI GESTIONE**

che, accertata la propria competenza, sottopone l'allegata proposta di deliberazione in ordine all'oggetto sopra specificato, attestando la legittimità e la regolarità tecnico amministrativa della stessa.

Il Direttore
SC CONTROLLO DI GESTIONE
Dott.Ssa Marta Cristina Guffanti

Attesta, altresì, che il presente provvedimento non comporta né oneri né introiti.

Il Direttore
SC CONTROLLO DI GESTIONE
Dott.Ssa Marta Cristina Guffanti

Vista l'attestazione di legittimità del presente atto

Il Direttore
SC AFFARI GENERALI E LEGALI
Avv. Giacomo Rossi

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATI:

- il D.Lgs. n. 502 del 30/12/1992 e ss.mm.ii., recante norme per il riordino della disciplina in materia sanitaria;
- la L. R. n. 33 del 30/12/2009 e ss.mm.ii. avente ad oggetto: "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- la D.G.R. n. X/4476 del 10/12/2015 avente ad oggetto: "Attuazione L.R. 23/2015: costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese";
- la deliberazione del Direttore Generale n. 1 del 02/01/2024, con la quale è stato preso atto della D.G.R. n. XII/1642 del 21/12/2023 con cui Regione Lombardia ha nominato il Dott. Francesco Laurelli Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese, con decorrenza dal 1° gennaio 2024;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 589 del 14/11/2024 "Preso d'atto della D.G.R. n. XII/3284 del 31/10/2024 ad oggetto: "Aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 - 2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese";
- la D.G.R. n. XII/5589 del 30/12/2025 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) Anno 2026 – (di concerto con il Vicepresidente Alparone e l'Assessore Lucchini)";

PREMESSO che il Direttore proponente ha attestato la legittimità e regolarità tecnico amministrativa del presente provvedimento e riferisce in merito ai presupposti a fondamento dell'adozione dello stesso, come specificatamente di seguito argomentato;

RICHIAMATA la seguente normativa nazionale:

- il Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"* e ss.mm.ii.;
- il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 *"Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"* e ss.mm.ii.;
- la Legge 6 novembre 2012, n. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* e ss.mm.ii.;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *"Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* e ss.mm.ii.;
- il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*;

- il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”*, convertito con la legge 6 agosto 2021, n. 113 e, in particolare, l’articolo 6 che ha introdotto nell’ordinamento, quale nuovo strumento programmatico, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (di seguito PIAO), il quale assorbe, tra l’altro, il Piano della Performance, il Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, il Piano triennale del Fabbisogno del Personale e il Piano triennale delle Azioni Positive;

VISTI i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Sociosanitario Regionale per l’anno 2025 ed in particolare:

- DGR n. XII/3670 del 16/12/2024 ad oggetto *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2025 – quadro economico programmatico”*;
- DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 recante *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”*;
- DGR n. XII/4264 del 30/04/2025 recante *“Modifiche ed integrazioni alla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 ad oggetto Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”*;
- DGR n. XII/4389 del 20/05/2025 *“Ulteriori modifiche ed integrazioni alla DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 ad oggetto Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”*;
- DGR n. XII/4938 del 04/08/2025 *“Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”*;

DATO ATTO CHE, con deliberazione del Direttore Generale n. 35 del 31/01/2025, è stato adottato il PIAO per il triennio 2025-2027;

CONSIDERATO CHE l’art. 10, comma 1 lettera b), del Decreto Legislativo n. 150/2009, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017, prevede che entro il 30 giugno di ciascun anno, le amministrazioni redigano e pubblichino la Relazione annuale sulla Performance, approvata dall’organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'OIV;

PRESO ATTO CHE:

- in conformità alle succitate disposizioni normative è stata elaborata, a cura del Responsabile della SC Controllo di Gestione, Dr.ssa Marta Guffanti, in collaborazione con le SS.CC. interessate, la proposta della Relazione annuale sulla Performance 2025 dell’ASST Ovest Milanese, che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati;
- in data 23 giugno 2026 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni si è espresso favorevolmente in ordine al contenuto e al metodo di redazione del documento e ha provveduto a validare la Relazione sulla Performance 2025, integrata sulla base delle osservazioni evidenziate dallo stesso Nucleo, ai sensi dell’art. 14, comma 4, lettera c), del Decreto Legislativo n.150/2009, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta né oneri di spesa a carico del bilancio aziendale, né introiti;

ACQUISITA l'attestazione di legittimità della presente deliberazione da parte del Direttore della SC Affari Generali e Legali tramite firma apposta alla stessa da parte del proponente;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, del Direttore Socio Sanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.;

DELIBERA

Per i motivi in premessa indicati e che si intendono qui integralmente richiamati:

1. di approvare la Relazione sulla Performance 2025, quale allegato parte integrante del presente provvedimento (Allegato 1);
2. di disporre la pubblicazione della Relazione sulla Performance 2025 e del documento di validazione sul sito web aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" entro il 30 giugno 2026;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta né oneri di spesa né introiti;
4. di dare atto che l'esecuzione del presente provvedimento è affidata al Responsabile del procedimento il quale ne comunicherà l'avvenuta approvazione alle Strutture interessate per l'adempimento delle rispettive competenze così come individuate dal P.O.A.S.;
5. di dare atto che ai sensi dell'art. 17 comma 4 L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii. il presente provvedimento non è soggetto a controllo ed è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii.;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio online aziendale, ai sensi dell'articolo 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Francesco Saverio Laurelli)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott.ssa Maria Luigia Barone)

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Valentino Lembo)

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

(Dott. Giovanni Guido Guizzetti)

SC CONTROLLO DI GESTIONE

Responsabile del procedimento amministrativo: Dott.ssa Marta Cristina Guffanti

Addetto all'istruttoria: Amadori Silvia

Allegati n. 5



RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE

Anno 2025

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



Sommario

Introduzione	3
1. Azienda	3
2. Il Ciclo di gestione della performance	16
3. La Performance.....	18
3.1 Obiettivi strategici dell'Azienda	18
3.2 Performance Organizzativa	19
3.3 Performance Individuale	23
3.4 Obiettivi Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)	24
3.5 Monitoraggio da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni	25
4. Benessere organizzativo	26
5. Lavoro Agile.....	27
6. Customer Satisfaction.....	28
7. Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	29
8. Collegamento con la Privacy.....	32
9. Allegati.....	33



Introduzione

La Relazione annuale sulla *Performance* costituisce il documento mediante il quale l'Azienda rendiconta in maniera sistematica i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati e definiti nel Piano della Performance, ricompreso nel [PIAO \(Piano Integrato di Attività e Organizzazione\) 2025–2027](#), adottato con Deliberazione aziendale n. 35 del 31/01/2025.

Nel documento sono altresì illustrate le risorse impiegate e gli eventuali scostamenti rilevati a consuntivo rispetto a quanto previsto in fase di programmazione.

La Relazione si configura come uno strumento di supporto al miglioramento gestionale, in quanto consente all'Azienda di ridefinire, in un'ottica di progressivo affinamento, obiettivi e allocazione delle risorse sulla base dei risultati raggiunti nell'esercizio precedente, contribuendo così al rafforzamento del ciclo della performance. In conformità alla normativa vigente, la presente Relazione è sottoposta alla validazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e successivamente pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale aziendale.

1. Azienda

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Ovest Milanese, con sede legale in Legnano, Via Papa Giovanni Paolo II – 20025 Legnano, è stata istituita con decorrenza 1° gennaio 2016, in attuazione della DGR n. X/4476 del 10/12/2015, nell'ambito del processo di riforma del sistema socio-sanitario lombardo disciplinato dalla L.R. n. 23 dell'11/08/2015, recante "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)". L'Azienda concorre al perseguimento degli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario Regionale attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie orientate alla tutela, alla prevenzione e alla promozione della salute, sia fisica che psicologica, assicurando i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nonché gli eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione Lombardia.

Sotto il profilo organizzativo, l'ASST si articola:

- **dal punto di vista territoriale**, in Presidi Ospedalieri, Poliambulatori e articolazioni sociosanitarie territoriali;
- **dal punto di vista gestionale e funzionale**, in Dipartimenti, Strutture Complesse e Strutture Semplici, al fine di garantire un modello integrato di governo clinico e sociosanitario, volto a promuovere la responsabilizzazione e il coinvolgimento del personale e ad assicurare una risposta appropriata ai bisogni di salute della popolazione.

La distribuzione geografica delle strutture ospedaliere e territoriali dell'ASST Ovest Milanese si sviluppa nei Distretti di Legnano, Magenta, Castano Primo e Abbiategrasso, come rappresentato nella mappa di seguito riportata.



DISTRETTO



OSPEDALE

**Personale**

Alla data del 31 dicembre 2025, l'Azienda conta n. 4.357 dipendenti.

Dirigenza	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Medici	670	50
Dirigenza sanitaria non medica	80	5
Altri dirigenti	24	0
Totale dirigenza	774	55

Comparto	N. dipendenti T.I.	N. dipendenti T.D.
Ruolo sanitario	2.180	8
Ruolo professionale	3	0
Ruolo tecnico	268	6
Ruolo Sociosanitario	630	0
Ruolo Amministrativo	426	7
Totale comparto	3.507	21

Offerta Sanitaria

L'Azienda dispone di una rete articolata di strutture e servizi finalizzati a garantire un'offerta sanitaria e sociosanitaria completa e capillare. In particolare, essa è dotata di:

- n. 4 Presidi Ospedalieri;
- n. 2 Poliambulatori territoriali;
- n. 8 strutture afferenti all'area della salute mentale.

Nel corso degli anni, i Presidi Ospedalieri aziendali hanno progressivamente sviluppato specifici ambiti di specializzazione, in coerenza con i più recenti modelli organizzativi del sistema sanitario, orientati all'integrazione delle attività omogenee e alla differenziazione delle strutture in funzione dell'intensità di cura, al fine di garantire appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate.

La dotazione complessiva dell'Azienda è pari a n. 1.304 posti letto, di cui n. 1.234 destinati alla degenza ordinaria e n. 70 a day hospital/day surgery. A tali posti si affiancano ulteriori dotazioni tecniche, comprendenti, tra gli altri, posti in culla, risorse dedicate ad attività ambulatoriali complesse, posti per dialisi, aree per subacuti, posti presso l'Hospice di Cuggiono, strutture residenziali psichiatriche e posti di Ospedale di comunità.

Tale articolazione consente all'Azienda di assicurare una risposta strutturata e differenziata ai bisogni assistenziali della popolazione, in un'ottica di continuità assistenziale e integrazione tra ospedale e territorio.



Ospedali	Posti letto totali (ordinari + DH/DS)	Degenza ordinaria	DH/DS	Subacuti	MAC	BIC	Dialisi	Culle	Hospice	Posti in Comunità Psichiatriche	Ospedale di Comunità
				Non rientranti nel numero posti letto totali in quanto posti tecnici/culle							//
Legnano	565	545	20	0	38	14	24	10	//	79	//
Cuggiono	157	147	10	18	12	5	10	//	11	//	//
Magenta	433	405	28	//	32	8	16	30	8	60	//
Abbiategrosso	149	137	12	16	19	3	8	//	//	//	16
TOTALE	1.304	1.234	70	34	101	30	58	40	19	139	16

In considerazione dei criteri di accessibilità ai servizi, della loro distribuzione sul territorio, nonché della completezza e qualità dell'offerta erogata, e alla luce dell'analisi della domanda espressa dalla popolazione residente, l'Azienda orienta la propria programmazione verso un progressivo potenziamento dell'area medica e una rimodulazione dell'offerta a favore dello sviluppo dei servizi di medicina territoriale, anche in relazione all'evoluzione del quadro epidemiologico.

Tali indirizzi strategici sono finalizzati a una più efficace caratterizzazione funzionale dei Presidi aziendali, valorizzandone le specificità organizzative e assistenziali, secondo il seguente assetto:

- il rafforzamento del ruolo di poli HUB per il trattamento delle patologie acute ad alta intensità assistenziale presso gli Ospedali di Legnano e Magenta;
- lo sviluppo, presso gli Ospedali di Abbiategrosso e Cuggiono, di funzioni maggiormente orientate alla continuità assistenziale, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici, all'attività di degenza di comunità e al trattamento delle patologie acute a bassa intensità clinico-assistenziale, quali Macro Attività Ambulatoriali Complesse (MAC), Day Surgery e attività a bassa intensità di cura (BIC).

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale, i poliambulatori di Parabiago e Legnano (quest'ultimo collocato nell'area della precedente sede ospedaliera) erogano prestazioni esclusivamente ambulatoriali che, pur non richiedendo elevata intensità assistenziale, rivestono un significativo valore di servizio per il cittadino. Tra le attività più rilevanti si segnalano i punti prelievo, l'odontoiatria, l'oftalmologia e numerose specialità afferenti alle aree mediche e chirurgiche. Presso il poliambulatorio di Legnano sono inoltre attivi un punto prelievi e diversi ambulatori specialistici.

Nell'ambito della Salute Mentale, l'Azienda dispone di una rete articolata di strutture territoriali, semiresidenziali e residenziali, finalizzate a garantire interventi di assistenza, supporto e riabilitazione. Il sistema è ulteriormente integrato dalla presenza di due reparti di degenza psichiatrica presso gli Ospedali di Legnano e Magenta e da una diffusa rete di servizi diurni e ambulatoriali, che favoriscono un adeguato radicamento territoriale e la continuità dei percorsi di cura.



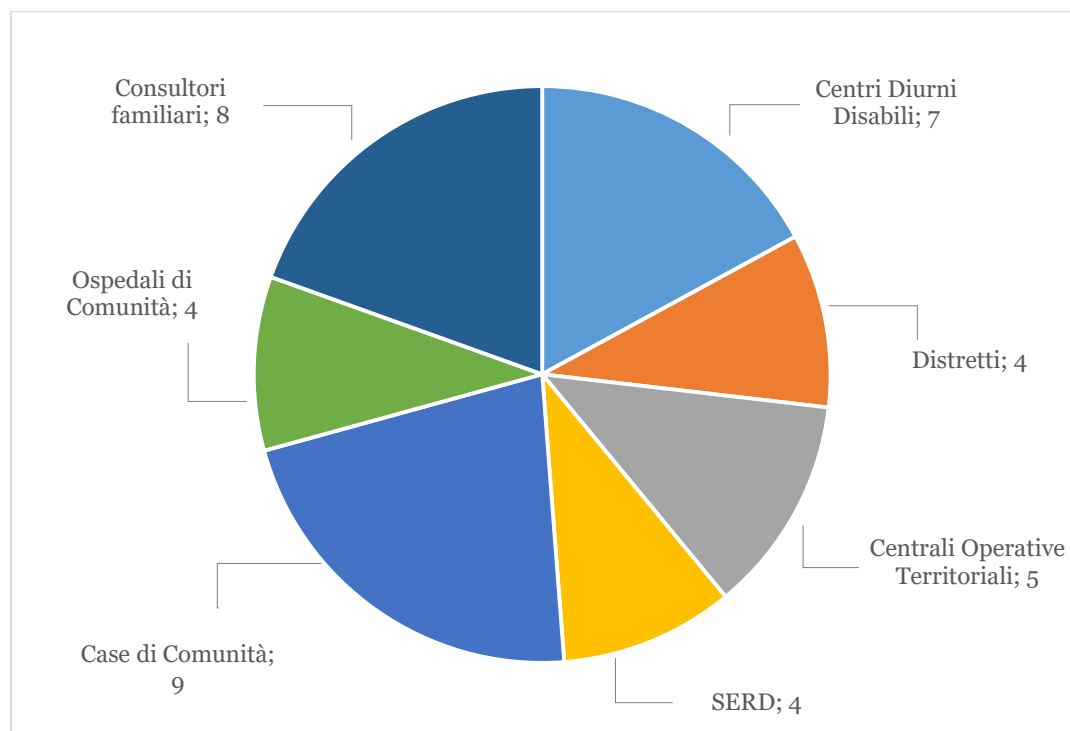
Offerta Territoriale

La rete territoriale della ASST Ovest Milanese, in conformità a quanto previsto dall'art. 7, comma 12, della L.R. n. 33/2009 e s.m.i., assicura l'erogazione di prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, nonché l'offerta di cure intermedie e lo svolgimento delle funzioni e prestazioni medico-legali.

Ai sensi dell'art. 7-bis, comma 1, della medesima normativa, ogni ASST si articola in Distretti, il cui ambito territoriale coincide con uno o più ambiti sociali di riferimento per i Piani di Zona. In attuazione di tali disposizioni e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 22/2021, art. 36 ("Disposizioni finali e disciplina transitoria"), l'Azienda ha provveduto, con deliberazione n. 123 del 29/03/2022, all'istituzione di n. 4 Distretti:

- **Distretto Legnanese**, con sede nel Comune di Legnano
- **Distretto Castanese**, con sede nel Comune di Castano Primo
- **Distretto Magentino**, con sede nel Comune di Magenta
- **Distretto Abbiatense**, con sede nel Comune di Abbiategrasso

La rete territoriale prevede un sistema strutturato di servizi e presidi che garantiscono la presa in carico integrata dei bisogni della popolazione. In particolare, come rappresentato nel grafico, l'offerta comprende 9 Case di Comunità, 4 Ospedali di Comunità, 5 Centrali Operative Territoriali, 8 Consultori Familiari, 4 SerD e 7 Centri Diurni per Disabili, configurando una rete diffusa e capillare sul territorio.



**Offerta di Valore Pubblico**

Nel corso dell'esercizio 2025, l'ASST Ovest Milanese ha orientato la propria azione amministrativa, clinica e organizzativa al perseguimento degli obiettivi di valore pubblico definiti nella programmazione aziendale, in coerenza con gli indirizzi regionali e con il quadro strategico delineato nel [PIAO 2025–2027](#). L'attività svolta si è concentrata sul miglioramento dell'accessibilità, della qualità, dell'appropriatezza e della continuità dei servizi sanitari e sociosanitari, con particolare attenzione ai bisogni della popolazione fragile e cronica.

L'Azienda ha garantito l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), promuovendo modelli organizzativi integrati tra ospedale e territorio e adottando un approccio orientato alla presa in carico globale e continuativa della persona.

➤ *Accessibilità ai servizi e governo dei tempi di attesa*

Nel corso del 2025 sono state ulteriormente consolidate le azioni finalizzate al miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari, con particolare attenzione al governo dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero. In tale ambito, l'Azienda ha potenziato in modo significativo i sistemi di monitoraggio e controllo delle agende, attraverso l'adozione di strumenti di analisi più avanzati e reportistica periodica, che hanno consentito una rilevazione tempestiva delle criticità e una più efficace programmazione degli interventi correttivi. Sono stati inoltre implementati modelli organizzativi volti a ottimizzare la gestione della domanda e dell'offerta, tra cui la rimodulazione delle agende, il rafforzamento dell'integrazione tra strutture e la riallocazione mirata delle risorse professionali e tecnologiche. Tali azioni hanno contribuito a garantire una maggiore equità nell'accesso alle prestazioni.

Parallelamente, sono state sviluppate e ulteriormente potenziate le misure di semplificazione dell'accesso ai servizi, mediante una strategia integrata che ha visto il rafforzamento dei canali digitali e delle soluzioni tecnologiche. In particolare, è stato ampliato l'utilizzo dei sistemi di prenotazione online, integrati con piattaforme regionali, nonché dei servizi di pagamento elettronico, che permettono ai cittadini di completare in autonomia l'intero percorso amministrativo. È stato inoltre promosso l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, facilitando la consultazione di referti, prescrizioni e documentazione clinica, e riducendo la necessità di accessi fisici agli sportelli.

Sul piano organizzativo, l'Azienda ha introdotto e migliorato dispositivi di accoglienza e orientamento presso le sedi, quali punti informativi dedicati, sistemi di gestione delle code, percorsi guidati e segnaletica strutturata, volti a facilitare la fruizione dei servizi da parte dell'utenza. Sono state inoltre attivate iniziative di supporto all'utenza fragile o con minore dimestichezza digitale, attraverso attività di assistenza in loco e campagne informative mirate. Complessivamente, tali interventi hanno determinato una riduzione significativa dei tempi amministrativi, un alleggerimento della pressione sugli sportelli tradizionali e un miglioramento percepito della qualità e dell'accessibilità dei servizi sanitari offerti ai cittadini.



➤ *Appropriatezza prescrittiva e sviluppo dei percorsi assistenziali*

Nel corso dell'anno è stata posta particolare attenzione al tema dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso l'implementazione di un articolato sistema di monitoraggio e verifica relativo alle prestazioni di primo accesso e ai percorsi di follow-up. In tale contesto, l'Azienda ha attivato analisi sistematiche degli indicatori prescrittivi, con particolare riferimento alle classi di priorità, al fine di individuare eventuali scostamenti rispetto ai benchmark regionali e agli standard definiti da ATS.

A seguito di tali attività, è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro aziendale che ha avviato incontri mirati con i clinici per i quali è stata rilevata una percentuale di prescrizioni in classe U e B superiore alla media regionale e a quella dell'ATS di riferimento. Tali confronti hanno rappresentato momenti di approfondimento e condivisione, finalizzati a promuovere una maggiore consapevolezza sull'utilizzo appropriato delle classi di priorità e a favorire l'allineamento ai criteri prescrittivi definiti a livello regionale.

Parallelamente, l'Azienda ha provveduto a diffondere strumenti operativi di supporto alla prescrizione, tra cui il Manuale RAO, parzialmente integrato con il Modulo Prescrittivo aziendale, e il vademecum sulla corretta prescrizione predisposto da ATS, accompagnandone la trasmissione con attività di sensibilizzazione e richiamo alle principali indicazioni operative. Queste azioni hanno contribuito a rafforzare l'appropriatezza clinica e organizzativa delle richieste, riducendo fenomeni di sovra-prioritizzazione e migliorando la gestione complessiva delle liste di attesa.

Contestualmente, l'Azienda ha proseguito nel consolidamento dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei modelli organizzativi basati sulla multidisciplinarietà e multiprofessionalità, anche attraverso il potenziamento e la revisione dei percorsi interni di cura. In particolare, sono stati rafforzati i meccanismi di presa in carico integrata, favorendo una maggiore sinergia tra specialisti, medicina territoriale e servizi ospedalieri, e migliorando la continuità assistenziale tra i diversi livelli di cura. Complessivamente, tali interventi hanno favorito un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili, contribuendo a contenere fenomeni di inappropriately e a garantire maggiore equità e tempestività nell'accesso alle prestazioni.

➤ *Innovazione, digitalizzazione e sviluppo dei servizi*

In linea con gli obiettivi di innovazione e digitalizzazione previsti dalla programmazione regionale e nazionale, nel 2025 l'ASST ha proseguito il percorso di rafforzamento delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi informativi aziendali, attraverso un insieme coordinato di interventi tecnici, organizzativi e progettuali.

In particolare, sono state sviluppate iniziative volte al potenziamento della rete dati, con interventi di aggiornamento e messa in sicurezza delle infrastrutture esistenti, nonché all'estensione della connettività nelle sedi aziendali. Un ambito di rilievo ha riguardato la predisposizione delle attività necessarie all'implementazione della Cartella Clinica Elettronica, attraverso l'analisi dei fabbisogni, la definizione dei requisiti funzionali e organizzativi, la mappatura dei processi clinico-assistenziali e l'avvio di percorsi di formazione e accompagnamento al cambiamento rivolti agli operatori sanitari.



Parallelamente, sono state avviate le attività propedeutiche alla digitalizzazione delle liste di attesa, anche in vista dell'adeguamento ai nuovi flussi informativi regionali, tra cui il flusso LAR. In tale contesto, l'Azienda ha lavorato alla revisione dei processi di gestione delle prenotazioni e delle agende, con l'obiettivo di migliorare la tracciabilità delle informazioni, l'appropriatezza nella gestione delle priorità e l'integrazione tra sistemi.

È stata inoltre realizzata una revisione complessiva del sito internet aziendale, orientata a migliorarne l'accessibilità, la fruibilità e la chiarezza dei contenuti, rendendolo maggiormente user-friendly e conforme agli standard e agli obblighi previsti dalle normative vigenti in materia di trasparenza, accessibilità e comunicazione pubblica. Tale intervento ha consentito di facilitare l'accesso alle informazioni e ai servizi da parte dei cittadini, anche in ottica di inclusione digitale.

Tra le iniziative di rafforzamento dei sistemi informativi, si segnala anche l'implementazione di specifiche rilevazioni relative agli accessi in Pronto Soccorso correlati a situazioni di violenza di genere, mediante l'utilizzo dell'applicativo PS3. Questa attività ha permesso una maggiore strutturazione e tracciabilità dei dati, a supporto sia delle attività clinico-assistenziali sia delle funzioni di monitoraggio e programmazione.

Infine, è stato potenziato l'utilizzo dei canali di comunicazione digitale e social dell'Azienda, attraverso la pubblicazione di contenuti informativi e divulgativi, tra cui interviste ai clinici e campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione su temi di prevenzione, salute e corretti stili di vita. Tali iniziative hanno contribuito a rafforzare il rapporto con i cittadini, promuovendo una comunicazione più diretta, trasparente ed efficace.

Complessivamente, le attività realizzate hanno contribuito a rendere più efficienti i processi clinici e amministrativi, a migliorare la qualità dei dati e dei flussi informativi e a sostenere in modo più efficace i sistemi di programmazione, monitoraggio e controllo aziendale.

Nell'ambito della realizzazione del PNRR Missione 6, Component 2 - Investimento 1.1.1 'DIGITALIZZAZIONE DEA I E II LIVELLO' è continuato il percorso evolutivo dell'ASST per la classificazione del livello di digitalizzazione secondo lo standard internazionale EMRAM di HIMSS, fortemente orientato alla valutazione dell'interoperabilità e della presenza di sistemi di dorsale siano requisiti di base per l'adozione value-based di soluzioni digitali a supporto dell'attività clinica.

➤ *Ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero*

Nell'ambito del piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR - MISSION 6 COMPONENT 2 – sono stati stanziati e assegnati all'ASST Ovest Milanese, con Decreto 8332 del 13/06/2022 finanziamenti destinati alla sostituzione di apparecchiature per un importo totale di € 6.909.500. Nel corso del 2024, rispetto a quanto definito nel provvedimento regionale sopra citato, sono stati rimodulati gli importi di alcuni CUP ad invarianza dell'importo complessivo della linea di investimento in oggetto. Nella tabella di seguito riportata l'elenco delle n. 13 apparecchiature sanitarie collaudate entro l'anno 2024. Si rileva che, con DGR n. XII/3734 del 30/12/2024 ad oggetto "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - Missione 6 Component 2 M6c2.1.1.2 – Presa d'atto della documentazione predisposta dalle ASST/IRCCS attestante il raggiungimento del target



M6c2-6 operatività delle grandi apparecchiature sanitarie al 31 dicembre 2024 e per l'anno 2025", è stato attestato, per la ASST Ovest Milanese, il pieno raggiungimento del target PNRR di cui alla Missione 6C1-6.

➤ *Qualificazione dell'attività ospedaliera e gestione dei percorsi di ricovero*

Nel corso del 2025 l'Azienda ha proseguito le azioni di qualificazione dell'attività ospedaliera, con particolare attenzione ai processi organizzativi connessi alla gestione dei flussi dei pazienti. In tale ambito, sono stati oggetto di intervento i percorsi di accesso e permanenza in Pronto Soccorso, nonché le fasi di ammissione e dimissione dai reparti di degenza, attraverso iniziative mirate alla razionalizzazione dei passaggi organizzativi e al miglioramento della continuità assistenziale.

Un ruolo centrale è stato attribuito al monitoraggio sistematico delle performance aziendali, anche tramite l'utilizzo degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), di cui 27 rientrano tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale. Tali indicatori sono oggetto di analisi costante attraverso elaborazioni interne e mediante la reportistica messa a disposizione da ARIA tramite la piattaforma Tableau, consentendo un controllo puntuale dei livelli di qualità, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni erogate, nonché l'individuazione tempestiva di eventuali criticità.

Parallelamente, sono stati rafforzati i sistemi di monitoraggio degli indicatori specifici di efficienza del Pronto Soccorso, con particolare riferimento alla tempestività della presa in carico dei pazienti con codici arancioni, al controllo della percentuale di abbandoni, nonché ai tempi di sbarellamento e ai tempi di boarding. L'analisi continuativa di tali parametri ha supportato l'adozione di interventi organizzativi mirati a ridurre i tempi di attesa e a migliorare la gestione dei flussi in entrata e in uscita, contribuendo a una maggiore fluidità dei percorsi assistenziali.

Sono stati inoltre consolidati modelli organizzativi orientati all'efficienza e all'appropriatezza dell'attività di ricovero, contribuendo a migliorare la capacità di risposta del sistema ospedaliero e a ridurre le criticità legate alla gestione dei posti letto, in particolare nelle aree medico-assistenziali. In questo contesto, è stata ulteriormente valorizzata l'integrazione all'interno delle reti ospedaliere e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) già consolidati, tra cui la Breast Unit e la Pancreas Unit, che rappresentano modelli organizzativi avanzati basati sulla multidisciplinarietà e sulla presa in carico strutturata del paziente. Tali reti contribuiscono a garantire elevati standard qualitativi, appropriatezza clinica e continuità delle cure lungo l'intero percorso assistenziale.

➤ *Sviluppo della rete territoriale e presa in carico della cronicità.*

Nel 2025 è proseguito il rafforzamento della rete territoriale, in coerenza con l'evoluzione del modello organizzativo regionale e con gli interventi previsti dal PNRR.

L'Azienda ha consolidato il ruolo delle strutture territoriali, con particolare riferimento alle Case di Comunità e agli Ospedali di Comunità, quali punti di riferimento per l'accesso ai servizi e la presa in carico della popolazione.



È stata posta particolare attenzione alla gestione della cronicità e delle condizioni di fragilità, attraverso il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare e dei percorsi integrati, favorendo il coordinamento tra i diversi attori del sistema sanitario e sociosanitario e rafforzando la continuità assistenziale.

Nel corso del 2025 l'Azienda ha inoltre avviato e consolidato iniziative innovative nell'ambito della sanità digitale, con particolare riferimento allo sviluppo di servizi di telemedicina finalizzati a migliorare l'accessibilità alle cure e la continuità assistenziale. In particolare, sono state attivate soluzioni di teleconsulto ematologico rivolte ai Medici di Medicina Generale (MMG), che consentono un confronto rapido e strutturato con gli specialisti ospedalieri, favorendo una gestione più appropriata dei pazienti sul territorio e riducendo il ricorso improprio alle strutture ospedaliere.

Sono stati inoltre implementati programmi di telemonitoraggio per pazienti affetti da patologie croniche, con specifico riferimento ai pazienti diabetici, attraverso l'utilizzo di dispositivi e piattaforme digitali per la raccolta e la trasmissione a distanza dei parametri clinici. Tali strumenti hanno permesso un controllo più continuativo dello stato di salute dei pazienti e un intervento tempestivo in caso di necessità, migliorando l'aderenza terapeutica e la qualità complessiva della presa in carico.

Parallelamente, è stato avviato l'utilizzo delle televisite per categorie di utenti fragili o con difficoltà di accesso alle strutture sanitarie, in particolare nell'ambito di alcune specialità quali Pneumologia e Reumatologia. Questa modalità ha consentito di garantire la continuità del follow-up clinico, riducendo al contempo gli spostamenti dei pazienti e i tempi di attesa, e contribuendo a un'organizzazione più efficiente delle attività ambulatoriali.

Complessivamente, l'introduzione e il progressivo sviluppo di tali strumenti ha rappresentato un elemento qualificante del processo di innovazione aziendale, contribuendo a rendere l'offerta sanitaria più flessibile, accessibile e orientata ai bisogni del paziente.

Di seguito viene rappresentato lo stato di avanzamento degli interventi M6-C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale":

<i>Denominazione</i>	<i>Comune</i>	<i>Indirizzo</i>	<i>Anno di attivazione</i>
COT Castano Primo	Cuggiono	via Badi, 2/4	2024
COT Magenta	Magenta	via Al Donatore di Sangue, 50	2024
COT Abbiategrasso	Abbategrasso	Piazza Mussi c/o PO di Abbiategrasso	2024
COT Parabiago	Parabiago	Via XI Febbraio, 31	2024
COT Legnano	Legnano	Via Candiani, 2	2024



Denominazione	Comune	Indirizzo	Anno di attivazione
CDC Busto Garolfo	Busto Garolfo	via XXIV Maggio, 17	2022
CDC Legnano	Legnano	via Candiani, 2	2022
CDC Parabiago	Parabiago	via XI Febbraio, 31	2023
CDC Cuggiono	Cuggiono	Via Badi, 4	2022
CDC Castano Primo	Castano Primo	Via Moroni, 1	2023
CDC Magenta	Magenta	via Al Donatore di Sangue, 50	2022
CDC Vittuone	Vittuone	Via Isonzo, 1	Prevista attivazione 2026
CDC Abbiategrasso	Abbiategrasso	Piazza Mussi c/o PO di Abbiategrasso	2023
CDC Gaggiano	Gaggiano	Via Marconi, 10	Prevista attivazione 2026
ODC Legnano	Legnano	Via Candiani 2	2022
ODC Cuggiono	Cuggiono	via Badi 2/4	Prevista attivazione 2026
ODC Abbiategrasso	Abbiategrasso	Piazza Mussi c/o PO di Abbiategrasso	2022
ODC Magenta	Magenta	Via Al Donatore di Sangue, 50	Prevista attivazione 2026

➤ *Valorizzazione delle risorse umane*

L'Azienda ha proseguito nel 2025 le politiche di valorizzazione del capitale umano, riconoscendo il ruolo centrale dei professionisti nel raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico. In tale ambito, sono state promosse attività formative e percorsi di aggiornamento professionale, in coerenza con il piano formativo aziendale e con gli indirizzi nazionali.

Le iniziative intraprese hanno contribuito a sostenere lo sviluppo delle competenze, il miglioramento continuo delle performance e il benessere organizzativo, favorendo al contempo la responsabilizzazione e il coinvolgimento del personale.

➤ *Generazione di valore pubblico e orientamento agli esiti*

Le azioni realizzate nel corso del 2025 hanno contribuito alla generazione di valore pubblico non soltanto in termini di incremento dei volumi di attività erogata, ma soprattutto in termini di miglioramento degli esiti di salute e della qualità dei servizi percepita dai cittadini.



L'approccio adottato dall'Azienda ha progressivamente rafforzato la correlazione tra output e outcome, orientando la performance verso una logica di impatto. In particolare:

- il miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni ha favorito una maggiore tempestività diagnostica e terapeutica;
- il rafforzamento dei percorsi di presa in carico ha contribuito alla continuità assistenziale e alla gestione integrata dei pazienti cronici;
- le azioni di appropriatezza hanno reso più efficiente l'utilizzo delle risorse disponibili;
- lo sviluppo della rete territoriale ha migliorato la prossimità dei servizi e ridotto il ricorso improprio all'ospedale.

Nel complesso, l'azione dell'ASST Ovest Milanese nel 2025 si è caratterizzata per un approccio integrato, coerente con i principi del ciclo della performance e finalizzato al miglioramento progressivo degli esiti sanitari, organizzativi e sociali, in una prospettiva di sostenibilità e creazione di valore per la collettività.

Principali risultati raggiunti dall'Azienda

I volumi di attività di seguito riportati, suddivisi tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriali, sono riferiti all'anno 2025.

➤ Polo Ospedaliero



ATTIVITA' DI RICOVERO

Ricoveri Totali: **37.825**

- Ricoveri Ordinari: **29.703**
- Day Hospital: **7.709**
- Ricoveri sub acuti: **413**

Peso medio DRG Medico: **0,875**

Peso medio DRG Chirurgico: **1,638**

Giorni Degenza Media (Ricoveri Ordinari): **8,40**



ATTIVITA' AMBULATORIALE

Prestazioni Ambulatoriali: **4.740.722**

Prestazioni BIC (Bassa Intensità Chirurgica): **6.321**

Prestazioni MAC (Macro - Attività Ambulatoriale Complessa): **31.312**

Prestazioni di Pronto Soccorso (non seguite da ricovero): **1.150.883**

Volume PNGLA (Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa): **230.020**

In particolare, per quanto riguarda l'assetto della rete di emergenza urgenza l'Azienda è dotata di:

- DEA di I livello presso il presidio di Magenta,



- DEA di II livello presso l'Ospedale di Legnano, che rappresenta il nodo principale per la gestione dei casi ad alta complessità,
- Pronto Soccorso presso il presidio di Cuggiono,
- Punto di Primo Intervento (PPI) presso il presidio di Abbiategrasso.

Tale configurazione consente una gestione integrata e graduata dei flussi di accesso in emergenza, garantendo la presa in carico dei pazienti secondo livelli crescenti di complessità assistenziale e assicurando appropriatezza, tempestività e continuità delle cure all'interno della rete aziendale.



ATTIVITA' DEA, PS e PPI

Accessi Totali: **144.567**Codici Rossi: **2.197**Accessi non seguiti da Ricovero: **128.337**Codici Arancioni: **13.804**Prestazioni da PS: **1.458.649**Codici Verdi: **85.881**Codici Azzurri: **30.629**Codici Bianchi: **12.056**

➤ Polo Territoriale



ATTIVITA' TERRITORIALE

N. Prestazioni – Consultorio Totale: **38.448**

- N. Prestazioni – Consultorio (Prestazioni Socio-Sanitarie): **22.702**
- N. Prestazioni – Consultorio (Prestazioni Sanitarie): **15.746**

N. Prestazioni – Salute Mentale (46/SAN): **93.265**N. Prestazioni – Neuropsichiatria Infantile: **37.882**N. Ricoveri di sollievo c/o Hospice: **715**N. Giornate Erogate – Strutture CDD: **24.152**N. Ricoveri – Ospedali di Comunità: **78**N. Prestazioni – Case di Comunità: **5.096**



2. Il Ciclo di gestione della performance

Lo strumento di avvio del ciclo della performance è il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), istituito con il D.L. 80/2021, quale documento unico di programmazione e governance della Pubblica Amministrazione (PA). Il PIAO, adottato annualmente da ciascuna PA, integra gli ambiti della performance, con quelli della prevenzione della corruzione e della trasparenza, della programmazione del personale, della formazione e delle azioni positive. Pur non includendo la programmazione economico-finanziaria, rafforza l'efficacia del ciclo della performance grazie all'integrazione con gli altri strumenti di programmazione aziendale innescando un processo di miglioramento a livello organizzativo ed individuale.

Il corretto svolgimento del ciclo della performance è assicurato dal Sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale, disciplinato dalla procedura aziendale PUP 03, che prevede il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, individuate come centro di responsabilità (CdR), nelle fasi di negoziazione e assegnazione degli obiettivi.

Nello specifico la procedura stabilisce:

- definizione e assegnazione ai CdR degli obiettivi di budget, dei valori attesi di risultato e dei relativi indicatori;
- collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse, in coerenza con la programmazione economico-finanziaria e con gli altri livelli di programmazione;
- monitoraggio in corso di esercizio attraverso la misurazione degli indicatori e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, sia organizzativa sia individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici aziendali, agli organismi esterni competenti, ai cittadini, agli utenti e agli altri stakeholder.

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

Nell'ASST la performance viene misurata ai seguenti livelli:

1. **Livello aziendale:** la performance complessiva aziendale è misurata rispetto al raggiungimento dei seguenti obiettivi:
 - a) obiettivi aziendali di interesse regionale, annualmente assegnati dalla Regione ai Direttori Generali delle ASST;
 - b) obiettivi aziendali, definiti annualmente dalla Direzione Strategica in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali e con le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati.
2. **Livello di Unità Operativa:** la performance organizzativa di Unità Operativa (Struttura Complessa, Struttura Semplice e Struttura Semplice Dipartimentale), individuata come autonomo Centro di Responsabilità di budget, è misurata sugli obiettivi di budget annualmente assegnati dalla Direzione



Strategica. Gli obiettivi sono articolati per ambiti tenuto conto di funzioni e competenze, come specificato nei paragrafi successivi.

3. **Livello individuale:** ogni singolo dipendente dell'Azienda afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto viene valutato annualmente.

La valutazione individuale esprime, sulla base dei comportamenti organizzativi ed individuali e delle competenze tecnico/professionali agite, l'apporto che ciascun dipendente ha assicurato per il raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Struttura di appartenenza.

La correlazione tra valutazione della performance, retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale è stata definita, nel corso degli anni, negli accordi decentrati sottoscritti con le OO.SS. delle due Aree Dirigenziali, dell'Area del Comparto e la RSU.

Per quanto riguarda l'anno 2025 si è provveduto:

- per l'Area del Comparto a sottoscrivere in data 17 novembre 2025 specifica ipotesi di contratto integrativo in materia di produttività;
- per la Dirigenza dell'Area Sanità a sottoscrivere in data 17 dicembre 2025 specifica ipotesi di contratto integrativo in tema di fondo per la retribuzione di risultato;
- per la Dirigenza dell'Area Funzioni Locali - Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali, a sottoscrivere in data 18 luglio 2025, specifica ipotesi di contratto integrativo aziendale in tema di retribuzione di risultato.

Nei predetti accordi si è provveduto, tra l'altro, a quantificare l'entità economica degli specifici fondi, a definire i criteri di ripartizione degli stessi nonché le percentuali di rapporto tra performance organizzativa e performance individuale, a determinare la maggiorazione del premio individuale per le valutazioni più elevate e a specificare i criteri per la valutazione della performance individuale (per quanto riguarda la performance organizzativa la percentuale di raggiungimento degli obiettivi viene validata dal Nucleo di Valutazione).

Sempre con riferimento alla performance individuale, le modalità di valutazione e gli specifici strumenti sono stati definiti negli accordi sottoscritti con le OO.SS. di categoria e sotto riportati:

- Nuovo Sistema di Valutazione del Personale del Comparto "Procedura di valutazione della performance organizzativa e del contributo individuale del Personale dipendente del Comparto" - sottoscritto il 24/11/2025;
- "Regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) e di valutazione dell'area sanità – Dirigenza Medica, sanitaria e delle professioni sanitaria" Deliberazione n.450 del 29/12/2020;
- "Approvazione regolamento in materia di incarichi dirigenziali (affidamento, conferma e revoca) dell'area delle funzioni locali – sezione dirigenza amministrativa, tecnica e professionale Deliberazione n. 185 del 13/05/2021 aggiornato con Deliberazione n.553 del 27/12/2022.



3. La Performance

3.1 Obiettivi strategici dell'Azienda

Il contesto di sistema entro cui l'Azienda ha operato nell'anno 2025 è stato determinato da quanto contenuto nei seguenti provvedimenti:

- DGR n. XII/3670 del 16/12/2024 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2025 – quadro economico programmatico", attraverso cui sono stati definiti, per macroaree, gli impegni delle risorse per il funzionamento del sistema socio sanitario regionale;
- DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 recante "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025*" e gli atti nella stessa richiamati;
- DGR n. XII/4434 del 26/05/2025 ad oggetto "Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio-Sanitarie territoriali (ASST) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2025
- DDGW n. 8618 del 26/05/2025 ad oggetto "Declinazione degli indicatori relativi agli obiettivi dell'ASST Ovest - Anno 2025"
- DGR n. XII/4938 del 04/08/2025 "*Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025*";

La DGR n. XII/4434 del 26/05/2025 sopra richiamata prevede che la valutazione dei Direttori Generali delle strutture sanitarie pubbliche sia in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi, distinti in strategici e operativi, nonché dal punteggio riferito alla qualità/comportamenti manageriali.

Per l'anno 2025 la valutazione del Direttore Generale, come riportato nel Decreto della Direzione Generale Welfare n. 4374 del 03/04/2026, è stata pari a 86 punti, di cui 26 (su un massimo di 30) riferiti ai comportamenti manageriali mentre per quanto riguarda gli obiettivi strategici (su un massimo di 70) si rappresentano i seguenti risultati:

OBIETTIVI STRATEGICI - AREA	PUNTEGGIO
Tempi di attesa	9,70 / 12
Telemedicina	3,00 / 3
Sangue e Pronto soccorso	2,40 / 4
Reti ospedaliere	4,60 / 5
Rete territoriale	8,60 / 10
Prevenzione	4,50 / 5
NSG	12,76 / 15



AREA	PUNTEGGIO
Flussi informativi	3,89 / 4
Farmaceutica	5,00 / 5
Edilizia sanitaria	5,20 / 7
TOTALE	60 / 70

Negli allegati tecnici **Allegato n. 1a** “Obiettivi del Direttore Generale” e **Allegato n. 1b** “Obiettivi del Direttore Generale – Area Prevenzione”, è riportato il grado di raggiungimento degli *obiettivi strategici* contenuti nei provvedimenti regionali.

Gli obiettivi operativi (il cui mancato raggiungimento comportava una decurtazione fino a 5 punti dal punteggio finale) risultano tutti raggiunti:

- adesione agli indirizzi di Programmazione Anno 2025; ✓
- rispetto dei tempi di pagamento previsti dall’art. 1 co. 865 della L. 145 del 30 dicembre 2018; ✓
- rispetto delle "Linee di indirizzo" dell'Osservatorio nazionale delle LdA; ✓
- raggiungimento degli obiettivi minimi in ambito Prevenzione esplicitati così come declinati nel provvedimento di cui al punto 16. della presente DGR; ✓
- rispetto della scadenza di invio e protocollazione del Bilancio d’esercizio e dei Conti Economici Trimestrali come da comunicazione regionale ✓

3.2 Performance Organizzativa

Area Dirigenza

La performance organizzativa è correlata agli obiettivi di struttura organizzativa declinati annualmente. La Direzione Strategica, supportata dalla SC Controllo di Gestione, valutati gli obiettivi strategici aziendali, individua i target e gli indicatori da assegnare a ciascun CdR, tenendo conto delle funzioni e competenze, delle risorse assegnate e dei risultati conseguiti negli esercizi precedenti.

La misurazione e il grado di raggiungimento degli obiettivi e i relativi indicatori sono esplicitati nelle schede di budget, che vengono elaborate e condivise con responsabili di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice e con i coordinatori infermieristici durante appositi incontri.



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

Nel corso del 2025 la SC Controllo di Gestione ha effettuato periodici monitoraggi di verifica rispetto all'andamento degli obiettivi aziendali anche attraverso specifici reporting destinati alla Direzione Strategica per la valutazione di eventuali azioni correttive. Inoltre, si sono tenuti incontri del Collegio di Direzione con cadenza quindicinale, durante i quali sono stati presentati i risultati di periodo delle principali attività sanitarie e l'andamento degli obiettivi aziendali.

La misurazione della performance organizzativa, ovvero la verifica dei risultati raggiunti dalle strutture in staff alle direzioni e ai dipartimenti sanitari, è stata avviata nei primi mesi dell'anno 2025 ed ha interessato n. 86 Centri di Responsabilità (CdR).

CENTRI DI RESPONSABILITA'	Conteggio CDR	MIN	MEDIA	MAX
Direzione Amministrativa	6	92	96	100
Dipartimento Amministrativo	6	92	96	100
Direzione Generale	6	100	100	100
Staff Dir. Generale	6	100	100	100
Direzione Sanitaria	57	80	95	100
Dip. Cardiovascolare	6	93	97	100
Dip. Chirurgico	7	85	92	99
Dip. Servizi e diagnostica per immagini	8	92	98	100
Dip. della Donna e Materno Infantile	5	90	97	100
Dip. Emergenza Urgenza	4	87	93	100
Dip. Medico	8	90	93	97
Dip. Neuroscienze	8	80	91	97
Dip. Oncologico	3	90	94	96
Staff Dir. Sanitaria	8	95	99	100
Direzione Sociosanitaria	17	93	98	100
Dip. Salute Mentale e Dipendenze	6	96	99	100
Staff Dir. Sociosanitaria	11	93	97	100
Totale complessivo	86	80	97	100

A seguire, il report di dettaglio per singolo CdR con valutazione conclusiva attestata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni nella seduta del 23/06/2026.



Staff / Dipartimento	CDR	Valutazione finale
Dipartimento Amministrativo	Affari Generali e Legali	97
Dipartimento Amministrativo	Area Accoglienza	96
Dipartimento Amministrativo	Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	100
Dipartimento Amministrativo	Gestione Acquisti	98
Dipartimento Amministrativo	Gestione e Sviluppo Risorse Umane	95
Dipartimento Amministrativo	Gestione Tecnico Patrimoniale	92
Staff Dir. Generale	Controllo di Gestione	100
Staff Dir. Generale	Qualità e RM	100
Staff Dir. Generale	DAPSS	100
Staff Dir. Generale	Servizio di Prevenzione e Protezione	100
Staff Dir. Generale	Gestione Operative - Next GenerationEU	100
Staff Dir. Generale	Sistemi Informativi	100
Staff Dir. Sanitaria	DMP Legnano/Cuggiono	100
Staff Dir. Sanitaria	DMP Magenta/Abbiategrosso	100
Staff Dir. Sanitaria	Fisica Sanitaria	95
Staff Dir. Sanitaria	Ingegneria Clinica	100
Staff Dir. Sanitaria	Medicina Legale	100
Staff Dir. Sanitaria	Servizio Farmaceutico	100
Staff Dir. Sanitaria	Coordinamento locale Ospedaliero per il Procurement	95
Staff Dir. Sanitaria	Trial Office	100
Dip. Cardiovascolare	Cardiochirurgia	95
Dip. Cardiovascolare	Cardiologia e Unità Coronarica Legnano	96
Dip. Cardiovascolare	Cardiologia e Unità Coronarica Magenta	100
Dip. Cardiovascolare	Chirurgia Vascolare	99
Dip. Cardiovascolare	Nefrologia e Dialisi	93
Dip. Cardiovascolare	Riabilitazione Specialistica Cardio Respiratoria	99
Dip. Chirurgico	Chirurgia Generale Legnano	93
Dip. Chirurgico	Chirurgia Generale Magenta	94
Dip. Chirurgico	Chirurgia Plastica e della mano	99
Dip. Chirurgico	Ortopedia e Traumatologia Legnano	93
Dip. Chirurgico	Ortopedia e Traumatologia Magenta	93
Dip. Chirurgico	Urologia Legnano	85
Dip. Chirurgico	Urologia Magenta	90
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Anatomia Patologica	100
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Immunoematologia e Centro Trasfusionale	100
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Laboratorio Analisi	100
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Laboratorio di Microbiologia	100
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Medicina Nucleare	100
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Radiologia e Diagnostica per Immagini Legnano	93



Staff / Dipartimento	CDR	Valutazione finale
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Radiologia e Diagnostica per Immagini Magenta	92
Dip. dei Servizi e di diagnostica per immagini	Genetica Medica - Citogenetica e Genetica Molecolare	100
Dip. della Donna e Materno Infantile	Chirurgia Pediatrica	100
Dip. della Donna e Materno Infantile	Ostetricia e Ginecologia Legnano	96
Dip. della Donna e Materno Infantile	Ostetricia e Ginecologia Magenta	90
Dip. della Donna e Materno Infantile	Pediatria Legnano	100
Dip. della Donna e Materno Infantile	Pediatria Magenta	100
Dip. Emergenza Urgenza	Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza Legnano	87
Dip. Emergenza Urgenza	Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza Magenta	88
Dip. Emergenza Urgenza	Rianimazione e Anestesia Legnano	100
Dip. Emergenza Urgenza	Rianimazione e Anestesia Magenta	96
Dip. Medico	Malattie Infettive	90
Dip. Medico	Gastroenterologia	97
Dip. Medico	Medicina Generale - Geriatria Cuggiono	91
Dip. Medico	Medicina Generale Abbiategrasso	92
Dip. Medico	Medicina Generale Legnano	96
Dip. Medico	Medicina Generale Magenta	93
Dip. Medico	Pneumologia	93
Dip. Medico	Reumatologia	95
Dip. Neuroscienze	Chirurgia Maxillo-Facciale	94
Dip. Neuroscienze	Neurochirurgia	90
Dip. Neuroscienze	Neurologia	91
Dip. Neuroscienze	Oculistica Abbiategrasso	95
Dip. Neuroscienze	Oculistica Legnano	97
Dip. Neuroscienze	Otorinolaringoiatria Legnano	90
Dip. Neuroscienze	Otorinolaringoiatria Magenta	93
Dip. Neuroscienze	Riabilitazione Specialistica	80
Dip. Oncologico	Ematologia	90
Dip. Oncologico	Oncologia Legnano	96
Dip. Oncologico	Oncologia Magenta	96
Staff Dir. Sociosanitaria	Coordinamento attività consultoriale	99
Staff Dir. Sociosanitaria	Cure Palliative - Hospice	100
Staff Dir. Sociosanitaria	Cure Primarie	98
Staff Dir. Sociosanitaria	Direzione igienico san. Strutture territoriali	100
Staff Dir. Sociosanitaria	Distretto Magentino	98
Staff Dir. Sociosanitaria	Distretto Abbiatense	98
Staff Dir. Sociosanitaria	Distretto Castanese	97
Staff Dir. Sociosanitaria	Distretto Legnanese	97
Staff Dir. Sociosanitaria	Gestione cure domiciliari	93
Staff Dir. Sociosanitaria	Staff Direzione Sociosanitaria (Funz. territoriali)	100
Staff Dir. Sociosanitaria	Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive	95
Dip. Salute Mentale e Dipendenze	Dipendenze	100



Staff / Dipartimento	CDR	Valutazione finale
Dip. Salute Mentale e Dipendenze	Coordinamento Disabilità e fragilità psichica e CDD	100
Dip. Salute Mentale e Dipendenze	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	96
Dip. Salute Mentale e Dipendenze	Psichiatria Legnano	100
Dip. Salute Mentale e Dipendenze	Psichiatria Magenta	100
Dip. Salute Mentale e Dipendenze	Psicologia Clinica	100

Area Comparto

Gli obiettivi di area comparto sono proposti direttamente dalle strutture interessate, anche in funzione di quelli strategici aziendali già definiti negli incontri di budget, e sono condivisi con tutto il personale coinvolto, che viene periodicamente informato del loro stato di avanzamento in modo da rilevare eventuali criticità ed azioni correttive.

Nel corso del 2025 sono stati definiti monitoraggi a cadenza quadrimestrale i cui relativi gradi di raggiungimento sono stati presentati per la validazione del Nucleo di Valutazione nelle sedute del 06/05/2025, 10/09/2025 e 14/01/2026.

A chiusura il Nucleo di Valutazione ha preso atto della correttezza della procedura ai fini dell'erogazione del compenso legato al grado di raggiungimento degli obiettivi di produttività che è pari al 100% per tutte le Unità Operative.

3.3 Performance Individuale

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

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

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

Allo stato attuale, il processo di valutazione relativo all'anno 2025, sia per il personale del comparto che per il personale afferente alle due aree dirigenziali non si è ancora concluso in quanto, così come previsto dai contratti integrativi aziendali, il processo si concluderà definitivamente con le valutazioni di II istanza.



Rispetto a quest'ultimo parametro, per l'anno 2025, per l'Area del Comparto sono state richieste n. 5 procedure di conciliazione (procedure di II istanza) su un totale di n. 3.527 dipendenti; mentre, per le due Aree Dirigenziali è pervenuta una sola richiesta su un totale di n. 829.

3.4 Obiettivi Risorse Aggiuntive Regionali (RAR)

Nell'accordo sottoscritto tra Regione Lombardia e le Organizzazioni Sindacali di categoria, approvato con DGR n. XII/4705 del 14/07/2025, sono state definite le linee guida relativamente agli obiettivi correlati alle RAR per l'anno 2025.

Entrambe le parti hanno condiviso l'obiettivo comune di una piena valorizzazione degli enti pubblici del sistema sanitario della Lombardia, fortemente impegnati nel processo di riforma di cui alla legge regionale n. 22/2021, nell'attuazione del PNRR e nel potenziamento dei servizi territoriali ed ospedalieri come declinato negli indirizzi di programmazione regionale.

Inoltre, le linee guida hanno fornito indicazioni circa le macroaree entro cui gli enti avrebbero dovuto individuare il progetto aziendale correlato alle RAR, nonché le modalità di partecipazione ai progetti aziendali, le quote per ciascuna categoria/profilo del personale avente titolo e i criteri di attribuzione delle stesse.

Alla luce di quanto sopra, l'Azienda ha individuato l'ambito del macro-obiettivo 4 “ *Definizione di Progetti finalizzati all'introduzione di soluzioni informatiche innovative in una logica integrativa dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari, Amministrativi e Tecnici con particolare attenzione anche alla Cybersecurity, nonché all'attuazione del percorso verso l'ecosistema di sanità digitale come riportato nel Piano Strategico di Sanità digitale 2023-2026 di Regione Lombardia (fascicolo sanitario elettronico 2.0 ed evoluzione all'ecosistema dei dati sanitari)*”.

In particolare, è stato sviluppato il progetto “*La sicurezza informatica in Azienda e la gestione dei dati*” (**Allegato n. 2** “Obiettivi correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali – Area Comparto e Dirigenza). Tale progetto, trasversale per tutti i dipendenti dell'Area del Comparto e delle Aree Dirigenziali, ha previsto la diffusione a tutto il personale dipendente, di informazioni/direttive/normative, regionali, nazionali ed europee, in materia di gestione, utilizzo dei sistemi informatici, cybersecurity e gestione dei dati sensibili. È stato articolato in due fasi:

- nella prima ogni dipendente doveva prendere visione, tramite la bacheca aziendale, dei regolamenti interni in materia entro il 30/09/2025 (Regolamento per l'utilizzo dei Sistemi Informativi ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 2016/679; Nota informativa in merito alla Cybersicurezza e Gestione della continuità operativa, con relativo vademecum; Regolamento relativo alla violazione dei dati personali – data breach);
- nella seconda doveva partecipare ad un corso di formazione FAD dal titolo "CYBER SECURITY: Protezione dei dati e misure di prevenzione" entro il 31/12/2025. Inoltre, in virtù della documentazione consultata nella prima fase, ogni Direttore/Responsabile doveva programmare una riunione per condividere ed individuare procedure per migliorare la sicurezza informativa e la gestione dei dati.



In data 06/08/2025 sono state sottoscritte le ipotesi di Contratto Integrativo Aziendale per le aree del Comparto e della Dirigenza, che sono state presentate insieme al progetto in data 10/09/2025 al Nucleo di Valutazione.

L'Azienda, con specifiche note, ha provveduto a informare tutto il personale dipendente e i Responsabili di Struttura circa gli accordi RAR sottoscritti, la progettualità individuata, le modalità di partecipazione, gli step e il cronoprogramma.

Sulla base di quanto sopra indicato al termine di ogni step si è provveduto ad inviare tutto il materiale pervenuto al Nucleo di Valutazione al fine di poter effettuare le validazioni previste che sono state effettivamente verbalizzate nelle date del 14/10/2025 e del 24/02/2026.

Di seguito si forniscono gli esiti certificati:

Prima fase: su un totale di 799 Dirigenti aventi diritto, n. 758 hanno raggiunto l'obiettivo previsto per il primo step pari al 94,86%; mentre per il personale del Comparto su un totale di 3.529 dipendenti aventi diritto, n. 3.417 hanno raggiunto l'obiettivo previsto per il primo step pari al 96,82%;

Seconda fase: sugli aventi diritto pari a 4.242, n. 4.122 hanno provveduto beneficiario delle RAR 2025 (97,17%).

3.5 Monitoraggio da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

L'ASST Ovest Milanese, in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29/06/2021, con Deliberazione n. 430 del 07/08/2024, ha nominato il nuovo Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) il quale si è insediato il giorno 10/09/2024.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, secondo quanto stabilito dal regolamento di funzionamento approvato con provvedimento aziendale n. 454 del 12/11/2021, ha il compito di verificare i risultati raggiunti dalle singole articolazioni organizzative e dall'Azienda nel suo complesso riguardo alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati, all'economicità ed all'efficacia della gestione.

L'attività di verifica si è sviluppata mediante analisi della documentazione messa a disposizione dall'Azienda per il tramite della SC Controllo di Gestione (reportistica, schede di rilevazione, griglie informatiche, ecc.) che funge da strumento di raccordo tra il NVP e la stessa Azienda, consentendo il monitoraggio dei processi di misurazione e di valutazione della performance.

Nel corso dell'anno del 2025 il NVP si è riunito nelle seguenti date:

- 10 gennaio 2025: Obiettivi Area Comparto – grado di raggiungimento IV trimestre 2024;
- 24 gennaio 2025: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027;
- 24 febbraio 2025: RAR 2024: valutazione esito finale progetti;
- 17 marzo 2025: Obiettivi di produttività – area comparto anno 2025;
- 6 maggio 2025: Obiettivi comparto 2025: grado di raggiungimento I quadrimestre;
- 27 maggio 2025: Certificazione progetti finalizzati specialistica ambulatoriale anno 2024 – DGR XI/4277 del 08/02/2021;
- 25 giugno 2025: Relazione performance – Anno 2024; Obiettivi Dirigenza Area Sanità e Area delle Funzioni Locali – PTA correlati alla performance organizzativa – Anno 2024;



- 09 luglio 2025: Attestazione OIV assolvimento obblighi di pubblicazione Amministrazione Trasparente;
- 10 settembre 2025: Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) 2025 – Presa d’atto delle aree di intervento individuate; Obiettivi comparto 2025: grado di raggiungimento II quadrimestre;
- 14 ottobre 2025: Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) 2025 – Verifica in ordine al positivo andamento dei progetti RAR;
- 12 novembre 2025: Monitoraggio riferito all’adeguamento degli obblighi di pubblicazione entro il 30/11/2025;
- 16 dicembre 2025: Incontro congiunto con il Presidente del “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”.

In adempimento a quanto previsto dall’art. 14, comma 4, lettera a) del D.lgs. n. 150/2009, si rinvia alla [“Relazione annuale del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni \(NVP\) sullo stato di funzionamento del sistema complessivo della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni per l’anno 2025”](#), pubblicato sul sito aziendale – sezione Amministrazione Trasparente - “*Controlli e rilievi dell’amministrazione*” – sottosezione “*Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe*”, in conformità della scadenza del 30 aprile 2026.

4. Benessere organizzativo

All’interno dell’Azienda è garantita la presenza del Comitato Unico di Garanzia, istituito con deliberazione n. 434 del 2021, quale figura con importanti funzioni nell’ambito delle parità e pari opportunità tra uomini e donne e della garanzia di tutela di ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta. Il CUG ha avuto modo di interagire con il Nucleo di Valutazione nella seduta del 16 dicembre 2025 relazionando rispetto alle attività espletate nell’anno 2025 e all’attuazione delle azioni programmate nel Piano Triennale di Azioni Positive.

La presente relazione consuntiva analizza le attività del Comitato Unico di Garanzia (CUG) svolte nel corso dell’anno 2025 in attuazione del Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP). Allineandosi agli obiettivi aziendali, il Comitato ha adottato la scelta metodologica di gestire i progetti prevalentemente in modalità “isorisorse”, valorizzando le competenze interne e consolidando una sinergia partecipativa con i professionisti dell’Azienda.

Nell’anno 2025 sono stati portati a termine i seguenti interventi:

- *Convegno sulla “Medicina di Genere” (ex L. n. 3/2018)*: Erogato in modalità FAD asincrona con docenza esclusivamente interna, ha affrontato la salute femminile sotto il profilo clinico e psicologico. Visto il riscontro positivo, è confermato per il 2026.



- *Bando “Bollini Rosa” (Fondazione Onda)*: La partecipazione per il biennio 2026-2027 ha premiato l'attenzione aziendale ai percorsi per la salute della donna con tre Bollini Rosa per l'Ospedale di Legnano e due per l'Ospedale di Magenta.
- *Corso “Conoscere e prevenire la violenza di genere”*: Percorso specifico per le dipendenti incentrato sulle procedure operative dei Pronto Soccorso aziendali e sul riconoscimento del pericolo. Ha integrato una docenza esterna con relatori interni.
- *Consigliere di Fiducia*: Figura esterna di garanzia nominata a marzo 2025. Il report anonimo ha rilevato poche segnalazioni per tensioni gerarchiche; è stata pianificata una futura sensibilizzazione per accrescere la fiducia in questo canale protetto.
- *Corso “La Comunicazione efficace e l'arte di ascoltare”*: Realizzato in due edizioni a docenza interna per sviluppare le abilità relazionali e fornire tecniche di de-escalation utili a prevenire gli episodi di violenza contro gli operatori.
- *Questionario sul clima organizzativo*: La rilevazione ha restituito un "non risultato" a causa della bassa affluenza e della resistenza alla compilazione, evidenziando il bisogno di futuri interventi per superare lo scetticismo del personale.

Si dà formale evidenza che il CUG ha esaurito il proprio mandato istituzionale nel mese di ottobre 2025. Al fine di evitare soluzioni di continuità e garantire il passaggio di consegne, l'organismo continuerà a operare in regime di prorogatio fino all'insediamento del nuovo Comitato.

Inoltre, in applicazione della Direttiva n. 2/2019 del Ministero per la Pubblica Amministrazione, il CUG ha provveduto a predisporre entro i termini previsti (30 marzo) la relazione annuale sulla condizione del personale (**allegato n. 3**).

5. Lavoro Agile

L'art. 14 della L. 124 del 07 agosto 2015, in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche e la L. nr. 81 del 22 maggio 2017 “*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*”, hanno disciplinato nell'ordinamento italiano una nuova modalità di svolgimento della prestazione lavorativa denominata smart working, di seguito anche "lavoro agile"; tale materia è stata poi ricompresa all'interno dei vigenti CCNL dell'Area del Comparto e delle due Aree Dirigenziali.

L'ASST Ovest Milanese, dopo confronto con la RSU, le OO.SS dell'Area del Comparto e delle due Aree Dirigenziali, con deliberazione n. 489 del 19/09/2024, ha approvato/adottato il Regolamento Aziendale in materia di lavoro agile – smart working.



Nel sopra richiamato Regolamento sono state disciplinate, tra l'altro, le modalità di fruizione, i criteri di assegnazione, gli strumenti di lavoro e controllo, le misure di prevenzione nonché i tempi di durata e modalità di recesso.

Tale attività, nell'anno 2025 ha coinvolto n. 20 dipendenti appartenenti al personale Sanitario, Tecnico ed Amministrativo del Comparto, nell'ottica di migliorare, anche sulla base delle esigenze del lavoratore, l'ambiente professionale e, di conseguenza, il benessere organizzativo con importanti ripercussioni sulla creazione di Valore Pubblico.

6. Customer Satisfaction

La normativa vigente riconosce ai cittadini – sia a titolo individuale che in forma associata – un ruolo attivo nel processo di valutazione delle performance organizzative delle pubbliche amministrazioni. Tale coinvolgimento si concretizza attraverso l'espressione del proprio livello di soddisfazione in merito ai servizi e alle attività erogate. Il feedback degli utenti viene raccolto mediante diverse modalità: segnalazioni, reclami, osservazioni e suggerimenti, nonché attraverso specifiche indagini di Customer Satisfaction, al fine di monitorare in modo puntuale la qualità percepita.

Nel 2025 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST ha registrato:

- ✓ n. 285 segnalazioni, di cui n. 63 relative a Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (CA). Sul totale delle 285 segnalazioni, n. 60 non sono state processate per mancanza di requisiti (assenza dei documenti necessari per avviare l'istruttoria);
- ✓ n. 831 istanze relative al mancato rispetto dei tempi di attesa;
- ✓ n. 87 encomi;
- ✓ oltre 2.800 contatti per richieste di assistenza e informazioni, ricevuti allo sportello, telefonicamente e via e-mail/PEC, in collaborazione con le UO Aziendali. Ciò evidenzia l'importanza e l'efficacia del servizio URP per la cittadinanza.

Si rileva anche quest'anno un sensibile aumento delle segnalazioni relative ai comportamenti dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e della Continuità Assistenziale, così come delle istanze relative ai tempi di attesa.

Questo fenomeno è anche dovuto all'attenzione mediatica nazionale e locale sui tempi di attesa nelle strutture sanitarie pubbliche, unitamente agli interventi promossi dalle associazioni a tutela dei cittadini (ad esempio, Sportello Salute, Lega Pensionati, ecc.), che hanno determinato in questo territorio un consistente aumento delle istanze volte a garantire l'effettuazione delle prestazioni sanitarie nei tempi prescritti.



L'attività dell'URP è stata svolta in stretta sinergia con le diverse Unità Operative (UO) aziendali, al fine di garantire un supporto efficace nella gestione delle istanze e nel miglioramento continuo dei servizi offerti.

Per quanto concerne le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri, la rilevazione della soddisfazione degli utenti viene effettuata tramite la somministrazione di questionari dedicati, specificamente elaborati per raccogliere valutazioni qualitative sulle esperienze di fruizione.

I risultati ottenuti da tali questionari vengono sintetizzati in apposite schede riepilogative, predisposte dall'URP, che vengono poi trasmesse ai referenti delle UO che ne facciano richiesta, affinché possano analizzare i dati e utilizzarli come strumento di riflessione e di indirizzo per l'implementazione di azioni correttive e migliorative. Questo approccio si inserisce in un'ottica di valorizzazione del contributo degli utenti ai fini dell'innalzamento della qualità dei servizi e dell'incremento del Valore Pubblico generato.

I dati complessivi sono aggiornati sul sito aziendale della Customer Satisfaction, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

7. Collegamento con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Nel corso dell'anno 2025 il Responsabile per la prevenzione della Corruzione e Trasparenza (di seguito RPCT) ha predisposto la sezione "*rischi corruttivi e trasparenza*" del [Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027](#), adottato con deliberazione n. 35 del 31/01/2025.

La pianificazione anticorruzione ha visto il coinvolgimento delle strutture deputate alla gestione delle aree di rischio in un'ottica di implementazione e potenziamento delle misure anticorruzione nel registro dei rischi allegato al Piano.

Il RPCT si è altresì interessato della diffusione del PIAO sia internamente, informando, con mail del 03/02/2025, tutti i Responsabili SS.CC. e Direttori di Dipartimento dell'Azienda, e dandone avviso a tutto il personale nella bacheca aziendale, sia esternamente, mediante pubblicazione in Amministrazione Trasparente e nel portale PIAO del sito del Dipartimento della Funzione Pubblica nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente.

Il RPCT ha monitorato con cadenza semestrale lo stato di attuazione delle misure preventive a cura di ciascuna struttura competente delle rispettive aree di rischio.

Al riguardo si precisa che è stata avviata una revisione metodologica nel procedimento di gestione del rischio. In linea con le indicazioni dell'Allegato 1 al PNA 2019, è stata utilizzata una matrice di valutazione basata su un approccio di tipo qualitativo. Per affinare la precisione della stima, si è passati da una scala a tre livelli a una scala ordinale a cinque valori (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto). Questa scelta tecnica permette di calibrare le misure preventive con maggiore aderenza all'effettiva esposizione al rischio. La misurazione si articola sull'analisi dei seguenti indicatori:

- Indicatori di Probabilità: Grado di discrezionalità, livello di interesse esterno, presenza di eventi sentinella, concentrazione del potere decisionale, trasparenza, controlli.



- Indicatori di Impatto: impatto organizzativo, economico, reputazionale e funzionale derivanti dal verificarsi dell'evento rischioso.

Tale metodologia è stata applicata alle aree di rischio "sperimentazioni cliniche" e "controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni".

Con riferimento alla trasparenza, il RPCT ha provveduto al monitoraggio [sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione](#) di cui alla Delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (di seguito ANAC) n. 192 del 07 maggio 2025, coinvolgendo attivamente i responsabili delle SS.CC. competenti rispetto alle sezioni di Amministrazione Trasparente selezionate dall'ANAC. Successivamente, nella seduta del 09/07/2025 il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha proceduto alla verifica degli adempimenti evidenziando la necessità di un monitoraggio supplementare per la risoluzione di alcune criticità residue.

A seguito delle azioni correttive intraprese dalle strutture competenti, il Nucleo ha formalmente attestato, nella seduta del 12/11/2025, il superamento delle criticità rilevate in prima istanza, confermando l'adeguamento dell'Ente agli standard richiesti. In esecuzione di quanto previsto dalla Delibera ANAC n. 192 del 07 maggio 2025, il RPCT ha provveduto alla pubblicazione degli atti conclusivi dell'iter di verifica.

L'attestazione, unitamente alla griglia di rilevazione analitica, è stata inserita sia sulla piattaforma digitale dedicata dell'ANAC, sia sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente" - Sottosezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione".

Si segnala altresì che non sono pervenute richieste di accesso civico semplice.

Nel corso dell'esercizio 2025, l'ASST Ovest Milanese ha portato a termine un radicale progetto di revisione e implementazione del nuovo portale internet aziendale. L'entrata in produzione del nuovo sito rappresenta un passo importante nel percorso di rinnovamento dell'immagine digitale dell'Azienda. In questo senso il progetto ha comportato una completa revisione e rinnovamento della piattaforma ispirandosi ai seguenti obiettivi:

- Nuova Grafica: un design moderno e professionale.
- Semplicità ed essenzialità: garantire agli utenti una navigazione più facile e gradevole da qualsiasi dispositivo.
- Immediatezza e maggiore accessibilità dei contenuti: trovare le informazioni che si cercano è ora più rapido e intuitivo.

Tale intervento non ha riguardato esclusivamente l'interfaccia comunicativa, ma ha rappresentato un'occasione strategica per un complessivo re-engineering della sezione "Amministrazione Trasparente".

Il processo di innovazione si è articolato su tre direttrici fondamentali:

- Ottimizzazione delle Modalità di Pubblicazione: per ciascuna sottosezione, sono state ridefinite le procedure tecniche di caricamento e visualizzazione dei dati. L'obiettivo è stato quello di garantire una maggiore fruibilità per l'utente finale, assicurando al contempo la piena aderenza agli standard di "formato aperto" e alle linee guida AgID sulla navigabilità.
- Revisione dell'Assetto Organizzativo: parallelamente all'aggiornamento tecnologico, l'Azienda ha proceduto a una puntuale ricognizione delle strutture responsabili della produzione e trasmissione dei dati per la pubblicazione. Tale mappatura aggiornata permette di individuare con estrema precisione



le competenze di ciascun ufficio, riducendo i tempi di latenza tra la produzione del documento e la sua pubblicazione online.

- Formazione del personale competente: consapevole che l'efficacia della trasparenza dipenda dalle competenze del personale, sono stati erogati specifici percorsi formativi e addestramenti operativi rivolti ai dipendenti addetti all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. La formazione ha riguardato sia le nuove funzionalità tecniche del backoffice del sito, sia il rispetto dei requisiti di qualità (integrità, tempestività e protezione dei dati personali) richiesti dal D.Lgs. 33/2013.

In ottemperanza alla Delibera ANAC n. 495 del 23 ottobre 2024, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ha coordinato l'implementazione dei nuovi schemi di pubblicazione vincolanti. Tale attività è stata condotta attraverso un metodo di lavoro partecipativo che ha coinvolto direttamente gli uffici detentori dei dati ed i responsabili della loro pubblicazione per le sezioni oggetto di revisione. L'adozione di questi schemi ha permesso di uniformare la rappresentazione dei dati agli standard nazionali, facilitare l'estrazione e il riutilizzo delle informazioni da parte degli utenti e ridurre i margini di errore nella compilazione delle tabelle di pubblicazione.

In attuazione della strategia formativa definita nel Piano formativo aziendale, nel corso dell'annualità 2025 è stato erogato un corso di aggiornamento in materia di anticorruzione e legalità, articolato in due sessioni formative svoltesi nelle date del 24 novembre e del 2 dicembre 2025. L'intervento formativo ha approfondito il complesso sistema delle responsabilità del pubblico dipendente e della Pubblica Amministrazione, con un'analisi multidisciplinare focalizzata sui seguenti profili:

- Responsabilità Civile: profili contrattuali ed extracontrattuali.
- Responsabilità Penale: i delitti contro la Pubblica Amministrazione alla luce delle recenti riforme (L. n. 114/2024 e D.L. 4 n. 92/2024).
- Responsabilità Amministrativo-Contabile: il danno erariale e il ruolo della Corte dei Conti.

Al fine di valorizzare le competenze professionali già presenti nell'Ente e favorire il trasferimento di conoscenze specifiche legate al contesto operativo interno, l'Amministrazione si è avvalsa di docenza affidata a risorse interne. Il monitoraggio della qualità percepita, effettuato al termine del ciclo formativo, ha evidenziato un elevato grado di soddisfazione da parte dei partecipanti, confermando la validità della metodologia didattica e la pertinenza dei temi trattati.

Relativamente all'applicazione dell'istituto whistleblowing, è attualmente vigente il regolamento aziendale adottato con deliberazione n. 683 del 21/12/2023, in attuazione del d.lgs. n. 24/2023, nonché delle linee guida ANAC di cui alla delibera n. 311 del 12 luglio 2023. È operativo il canale di segnalazione interno mediante apposita piattaforma informatica volta a garantire con maggior efficacia la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. Il canale criptato, è liberamente accessibile dalla Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale www.asst-ovestmi.it, nonché nella home page.



Nel corso dell'anno 2025 si sono registrate n. 10 segnalazioni. Il RPCT ha provveduto a gestire le stesse nel rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente.

Il RPCT ha provveduto altresì a fornire riscontro sull'applicazione del whistleblowing a Regione Lombardia nel rispetto della scadenza del 06/03/2025.

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, comma 14, della Legge 190/2012, è stata redatta entro il termine del 31 gennaio 2026, la Relazione annuale delle attività svolte dal RPCT nel 2025.

Con riferimento all'attuazione delle misure contenute nel PNRR, con deliberazione n. 36 del 21/02/2024 sono state implementate delle modifiche sulla composizione e sul funzionamento della Commissione Controlli PNRR, a suo tempo costituita nell'anno 2023, composta attualmente da:

- Responsabile SC Controllo di Gestione;
- Responsabile SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- Responsabile SC Affari Generali e Legali.

Al fine di preservare una posizione di indipendenza e di imparzialità nell'ambito dei controlli interni, i componenti della Commissione non sono direttamente coinvolti in nessun progetto PNRR. Nel corso dell'anno 2025 la Commissione ha avuto modo di coordinare le attività di verifica sugli interventi PNRR attraverso riunioni periodiche con la Direzione Strategica e con i soggetti coinvolti.

Ad essa si aggiungono i controlli amministrativo contabili dei singoli progetti effettuati con particolare riferimento ai seguenti interventi:

- 1.1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione);
- 1.1.2 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature);
- 1.2.2 Centrali Operative Territoriali – Legnano, Magenta, Cuggiono, Parabiago;
- 1.1 Case di Comunità e presa in carico della persona – Magenta, Vittuone, Gaggiano, Busto Garolfo, Castano Primo.

L'efficacia dei controlli è documentata mediante apposite checklist di verifica, registrate cronologicamente e depositate agli atti aziendali. Inoltre, in data 26 maggio 2025, è stato eseguito un audit specifico sulla conformità della rendicontazione nel sistema ReGiS, come previsto dal Piano di Audit 2025.

8. Collegamento con la Privacy

Il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) ha apportato importanti novità in materia di trattamento dei dati personali e di privacy.

In particolare, all'art. 37, ha stabilito l'obbligo per il titolare del trattamento di nominare un responsabile della protezione dei dati (RPD), che può essere individuato in una figura interna o esterna all'Ente.

Al riguardo si evidenzia che questa Azienda, nel rispetto della normativa comunitaria, ha nominato il RPD con deliberazione del Direttore Generale n. 42 del 01 febbraio 2018.



Dal punto di vista organizzativo, l'ASST Ovest Milanese, oltre ad aver nominato un RPD "interno", ha previsto di delegare alcune funzioni del Titolare alle figure dirigenziali di seguito indicate, tenuto conto della complessità e della eterogeneità strutturale della stessa ASST:

- ✓ i Direttori di Struttura Complessa (SC) dell'area clinica, amministrativa e tecnica;
- ✓ i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) dell'area clinica, amministrativa e tecnica;
- ✓ i Responsabili di Struttura Semplice di Staff (SS di Staff);
- ✓ i Responsabili di specifiche funzioni assegnate agli staff della Direzione strategica.

Il restante personale viene autorizzato al trattamento dei dati per le funzioni e le mansioni ad esso attribuite.

In azienda sono nominati gli amministratori di sistema che operano presso la SC Sistemi Informativi.

Con delibera n. 93/2024 è stato riconfermato il gruppo di lavoro privacy, composto dai Responsabili di tutte le funzioni trasversali in azienda.

L'azienda è dotata delle seguenti policy aziendali:

- ✓ Reg. Privacy Reg. Privacy (deliberazione n. 188/2025);
- ✓ Reg. Data Breach (deliberazione n. 554/2022);
- ✓ IAP106 (istruzione operativa di emissione informative privacy);
- ✓ Reg. Sperimentazioni, contenente specifica disciplina per la gestione privacy nell'ambito della ricerca.

I regolamenti aziendali sopra richiamati costituiscono applicazione della normativa vigente e declinano le disposizioni volte a regolare la tutela della riservatezza dei dati personali e particolari nell'ambito aziendale nonché per l'adozione di provvedimenti ed atti amministrativi. Sono altresì declinate le misure e i procedimenti da osservare in caso di Data Breach.

Ad essi si aggiunge la Procedura aziendale gestione dell'attività di audit privacy interni (PAP163 – Rev. 0 del 28/10/2024) con la quale vengono definiti il processo di pianificazione, conduzione e gestione degli audit interni, in materia di privacy.

Nell'ambito del piano di formazione aziendale viene formulata la proposta formativa in materia di privacy che, negli anni, è stata modulata in differenti modi: rivolta a tutti i dipendenti dell'azienda o mirata a favore di determinate categorie professionali. Le attività formative vengono erogate sia in modalità FAD che con presenza in aula. In particolare, nell'anno 2025 si è tenuto il corso in modalità residenziale "I nuovi temi della privacy", diviso in 3 edizioni e rivolto principalmente a professioni sanitarie, con l'obiettivo specifico di presentare agli interessati gli aspetti applicativi della disciplina privacy connessi alla conduzione di studi scientifici con focus sui recenti aggiornamenti normativi in materia di ricerca.

9. Allegati

Allegato n. 1a "Obiettivi del Direttore Generale"

Allegato n. 1b "Obiettivi del Direttore Generale – Area Prevenzione"

Allegato n. 2 "Obiettivi correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali – Area Comparto e Dirigenza"

Allegato n. 3 "Relazione Annuale CUG - anno 2025"

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Valutazione - Espressa in punteggio e % di raggiungimento
Edilizia sanitaria	Attuazione degli investimenti finanziati con i fondi del PNRR - PNC e POR nei termini indicati negli strumenti di programmazione, compresi gli interventi inclusi nel Piano di Riordino della rete ospedaliera di cui al D.L. n. 34/2020	Conclusione degli interventi di propria competenza nei termini programmati ovvero, per gli interventi il cui termine è fissato al 31/3/2026 o al 30/6/2026, raggiungimento di uno stato di avanzamento lavori pari o superiore rispettivamente al 60% e all'80%	SAL = 60% per gli interventi da concludersi entro il 30/6/2026 SAL = 80% per gli interventi da concludersi entro il 31/3/2026	5,20/7 74,3%
Farmaceutica	Monitoraggio trimestrale, in capo ai dipartimenti di cure primarie delle ASST prodotto insieme alle ATS, del valore di prescrizione per MMG sulla base degli assistiti, dei farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsaturated. Fatty Acid N3 - acidi grassi omega 3) e i farmaci di cui alla nota AIFA 1 e 48	Invio agli uffici regionali con cadenza trimestrale (luglio, ottobre e gennaio dell'anno successivo) di una scheda con il valore medio del consumo di farmaci sottoscritto da ATS e dip. Cure primarie ASST	3 report contenenti il valore medio di consumo dei farmaci	5,00/5 100%
Farmaceutica	Obbligo da parte delle Strutture che erogano i farmaci in File F di chiusura delle schede di Registro AIFA, quando il trattamento è concluso (obbligo di legge in capo al clinico). In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,03% a fine anno	Chiusura di tutte le schede di registro AIFA attive nel 2024, che abbiano avuto almeno una dispensazione di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione. In caso di mancata chiusura della scheda di registro a trattamento concluso, si dispone di un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% a fine anno.	100%	
Farmaceutica	Copertura della struttura da almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-Dispovigilance	Garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS Dispovigilance. Assicurare un'attenta attività di verifica e validazione di tutte le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza.	100%	
Flussi informativi	Adeguamento a specifiche	Flusso EMUR-PS, MICRO-BIO (entro settembre): adeguamento a nuove specifiche	adeguamento a nuove specifiche funzionali entro la scadenza ministeriale fissata (per emur-ps: violenza di genere)	3,89/4 97,3%
Flussi informativi	Tempestività e completezza invio flussi MdS e DGW	Flussi sanitari: tempestività della rilevazione, secondo scadenze previste da MdS e/o formalizzate da DGW	100%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso EVVAI Ricoveri e PS Sorvegliare le patologie che generano un accesso in ricovero nelle strutture pubbliche; il flusso EVVAI viene valutato e quindi validato con il confronto con il flusso SDO e il flusso 6SAN	>95%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Completezza delle informazioni nel flusso EMUR-PS: registrazione accessi in OBI	>1	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Scostamento massimo del 2% di parti non rilevati con il CeDAP rispetto ai parti segnalati con SDO	<2%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	copertura della SDO rispetto agli erogatori censiti nell'anagrafica delle strutture di ricovero (modelli HSP11 e HSP11bis)	100%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Flusso SDO: qualità della rilevazione (errori gravi)	≤1%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Copertura flusso SDO-R (riabilitativa), rispetto all'atteso (SDO dai reparti codici 28,75,56) secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	≥95%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Correttezza di compilazione delle scale del flusso SDO-R secondo i criteri definiti in note MdS e DGW	≥95%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Percentuale di impianti effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche SSN su protesi mammarie acquistate dal SSN (flusso consumi).	≥ 80%	

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Valutazione - Espressa in punteggio e % di raggiungimento
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Monitoraggio del numero di impianti di protesi mammarie effettuate e relativa alimentazione del Registro Regionale - Livello di copertura del Registro Nazionale e del Registro Regionale degli Impianti Protesici Mammari	≥95%	
Flussi informativi	Coerenza e accuratezza tra flussi	Allineamento HSP/assetto accreditato	≥ 90%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)* 1.000 abitanti	CIA1: valore >=4 e valore < 6 CIA2: valore >= 2,5 e valore < 6 CIA3: valore >= 2 e valore < 6	12,76/15
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01 b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi	<= valore 2024	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D33ZA: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	>= valore 2024	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D30Z: Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>= valore 2022	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale / Ospedaliera	PDTA03(B): Garantire un'adeguata aderenza al trattamento con Beta bloccanti nello scompenso cardiaco (maggiore o uguale al 75% dei giorni coperti dal trattamento) nei 12 mesi successivi alla prima prescrizione dopo il ricovero indice	Copertura farmacologica ≥ 75%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali	< 8% e attivazione specifici protocolli per la gestione del percorso post-dimissioni	
NSG	Monitoraggio raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>=90%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	100%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤2,5	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	>= 90%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>= 80%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropr. in regime ordinario	≤ 15%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H17C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti	<15%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti	<20%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤7,25%	

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Valutazione - Espressa in punteggio e % di raggiungimento
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	D01C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	≤14,55%	85,1%
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	D02C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	≤ valore 2024	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ valore 2024	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Distrettuale	D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤50	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Ospedaliera	H08Zb/H09Zb: Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali totali	> 15%	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023	≥95% entro 24 mesi	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P02C: MPR dose 1, coorte 2023	≥95% entro 24 mesi	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA PAP TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CA: Copertura screening oncologici [CERVICE UTERINA HPV TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CB: Copertura screening oncologici [MAMMELLA] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥60%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	
NSG	Raggiungimento target NSG - Area Prevenzione	P15CC: Copertura screening oncologici [COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura *In maniera subordinata in assenza di raggiungimento di copertura, il target può essere considerato raggiunto se e solo se il valore ottenuto è superiore del 5% del miglior risultato tra il 2023 e il 2024	

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Valutazione - Espressa in punteggio e % di raggiungimento
Prevenzione	Valutazione per l'area territoriale della prescrizione degli antibiotici attraverso la classificazione AWARe, che suddivide gli antibiotici in tre categorie: Access (accesso), Watch (attenzione) e Reserve (riserva), per promuovere un utilizzo più mirato ed efficace di questi farmaci essenziali.	Gli antibiotici "Access" sono raccomandati per la maggior parte delle infezioni, presentando uno spettro di attività ristretto e un buon profilo di sicurezza; gli antibiotici "Watch" sono destinati a condizioni specifiche, con un uso più controllato per limitare lo sviluppo di resistenze; gli antibiotici "Reserve" sono riservati alle infezioni da agenti multiresistenti, per preservarne l'efficacia nel tempo	>=65% o comunque miglioramento di almeno il 5% rispetto al 2024	4,50/5 90,0%
Prevenzione	Monitoraggio attività Commissione Invalidi per garantire una gestione ottimale seconda normativa regionale e ministeriale	Procedure urgenti: tempo intercorrente fra la data dell'acquisizione della domanda ex Legge 80/2006 da INPS e data di visita da parte della Commissione medica in riferimento agli accertamenti di invalidità civile e di Legge 104/92.	Non maggiore di 15gg	
Prevenzione	Copertura test HCV		Aumento di 5 punti percentuali della copertura dei propri assistiti rispetto alla copertura 2024 e compilazione >90% degli esiti di secondo livello e di presa in carico per i positivi al test anticorpale	
Prevenzione	Effettuare almeno 1 esercitazione durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS pubblici		Caricamento su Sasha del documento di valutazione relativo all'esercitazione effettuata durante l'anno solare 2025	
Prevenzione	Influenza anno di nascita <=1960	capacità di una regione di garantire un'offerta adeguata in termini di prevenzione della patologia influenzale	<u>Obiettivo minimo:</u> >=75% Oppure <u>Obiettivo ulteriore da perseguire:</u> >3% vs 2024	
Prevenzione	Promozione della Salute	Stabilizzazione Progetto Parchi	formalizzazione di un Documento Tecnico di definizione del modello organizzativo	
Prevenzione	Medicina Legale	Contenimento dei tempi di attesa per gli accertamenti di idoneità alla guida e messa a sistema di servizio di invio e ricezione flussi	Definizione del tracciato tipo per la rendicontazione dell'attività delle CML	
Rete territoriale	Attivazione delle CdC	Numero di case di comunità attive con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77 per CdC HUB	> 90%	8,60/10 86,0%
Rete territoriale	Attivazione degli OdC	Numero di ospedali di comunità attivi con tutti i requisiti obbligatori previsti dal DM77	> 90%	
Rete territoriale	Istituzione di Centri/Equipe per la psicopatologia dell'Adolescenza ex DGR 3720/24	Evidenza di avvio delle attività.	1 Centro/Equipe per la psicopatologia dell'Adolescenza avviato	
Rete territoriale	Implementazione delle indicazioni ministeriali e regionali in materia di accesso dell'utenza ai servizi territoriali e ambulatoriali di Psichiatria, NPIA, Psicologia e adeguamento delle prassi operative dei servizi amministrativi (CUP, aree amministrative) e di cura (UO Psichiatria, NPIA, Psicologia).	Documento Aziendale che certifichi: - L'adozione delle indicazioni regionali e realizzazione di procedure e prassi operative e le schede per l'accettazione e la valutazione della richiesta di accesso; - Numero di utenti e prestazioni processate come estemporanee dai CUP; - Tempi medi di attesa tra l'arrivo della richiesta e la prima risposta del servizio rilevati nel secondo semestre (1.7.2025-31.12.2025).	1 report	
Rete territoriale	Apertura e avvio dei Centri diurni di NPIA all'interno della propria ASST	Evidenza avvio delle attività del CD (accreditamento e contrattualizzazione)	almeno 1 Centro Diurno NPIA	
Rete territoriale	Sviluppo di percorsi per pazienti cronici e fragili	Presa in carico dei minori attraverso i consultori	Aumento dei minori presi in carico dai consultori e n. prestazioni svolte rispetto il 2024 Entrambi >1	

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Valutazione - Espressa in punteggio e % di raggiungimento
Rete territoriale	ALTRO Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MMG non aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MMG non aderenti a cooperativa	≥ 10%	
Rete territoriale	ALTRO Aumento della presa in carico dei pazienti cronici attraverso il coinvolgimento di MMG aderenti a cooperativa	Numero di pazienti cronici presi in carico sul totale dei pazienti di competenza, considerando solo i pazienti cronici dei MMG aderenti a cooperativa	≥ 20%	
Rete territoriale	ALTRO Monitoraggio cure domiciliari e presa in carico e raggiungimento obiettivi target PNRR - Raggiungimento target PNRR Cure Domiciliari come definito nelle Regole 2025 e incentivare la sorveglianza domiciliare programmata da parte dei MAP (sia nell'attività a ciclo di scelta che su base oraria, quest'ultima particolarmente orientata alla presa in carico degli assistiti afferenti agli AMT)	Raggiungimento target PIC previsto per l'anno 2025	Target presi in carico per ASST come da Regole 2025 paragrafo 5.10.3 Aumento Presi in carico da parte dei MAP rispetto al 2024 >1	
Reti ospedaliere	Adempimento degli indicatori specificati nella DGR XII/3458 del 25/11/2024 e DGR7755 del 28/12/2022 per la rete dei Centri di Senologia	Miglioramento indicatori DGR XII/3458/2024 e DGR7755 del 28/12/2022	Target previsti da: - DGR XII/3458/2024 - DGR7755 del 28/12/2022	4,60/5 92,0%
Sangue e Pronto Soccorso	Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti	>85%	2,40/4 60%
Sangue e Pronto Soccorso	Riduzione del tempo di sbarellamento nei rispettivi PS afferenti	Efficientamento delle tempistiche di sbarellamento	<=30%	
Sangue e Pronto Soccorso	Riduzione del tempo di boarding a livello di Hub così come definiti dalla DGR 3720 del 30/12/2024	Riduzione del tempo di sbarellamento e di boarding	<=20%	
Sangue e Pronto Soccorso	Presentazione di un piano (con declinazione di modalità e risorse) e cronoprogramma attuativo presentato in DG Welfare per raggiungere gli obiettivi individuati negli Indirizzi di programmazione per aumentare la raccolta del plasma da aferesi(+5% rispetto al 2024) e per garantire efficienza, sicurezza e appropriatezza trasfusionale	Incremento del plasma raccolto rispetto al 2024	>= 5%	
Sangue e Pronto Soccorso	Incremento della percentuale accessi in PS con codice priorità 2 (arancione) visitati entro 15 min	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage il codice di priorità 2 (arancione) che attendono un tempo massimo di 15 minuti	>85%	
Sangue e Pronto Soccorso	Riduzione del tasso di abbandono da Pronto Soccorso dei codici arancioni, rossi, verdi, azzurri	Numero di pazienti che lasciano il Pronto Soccorso dopo l'accettazione e prima della visita	< 1,25%	
Telemedicina	Avvio del Teleconsulto tra Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta (MAP/PLS) e Medici Specialisti	Creazione di agende specialistiche dedicate al teleconsulto con MAP/PLS in almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità.	Almeno 2 branche specialistiche e con almeno 2 ore settimanali di disponibilità per ciascuna specialità	3,00/3
Telemedicina	Adozione della Telemedicina - Telemonitoraggio di tipo 1 pazienti cronici	Definire almeno una progettualità di telemonitoraggio di tipo 1 da attuare entro il 31/12/2025, declinandone gli aspetti organizzativi, la coorte di pazienti da arruolare, lo scenario di applicazione (ospedaliero, integrato, territoriale), i professionisti e le strutture aziendali coinvolte, il volume di pazienti previsti ed il fabbisogno di dispositivi medici.	>= 1 progetto di telemonitoraggio di tipo 1 da attuare entro il 31/12/2025	

AREA	Descrizione Obiettivo	Indicatore	Target	Valutazione - Espressa in punteggio e % di raggiungimento
Telemedicina	Adozione della Telemedicina - Utilizzo della Televisita di controllo per i pazienti con patologie croniche (branche specialistiche: cardiologia, diabetologia, oncologia, pneumologia, neurologia), con le seguenti finalità: Rinnovo dei piani terapeutici; Programmazione del follow-up nell'ambito della presa in carico (PAI, pazienti complessi a gestione ospedaliera, reti di patologie, ecc.).	Erogare almeno il 10% delle visite di controllo in modalità telemedicina (circa 60.000 televisite nel secondo semestre), in ambito diabetologico e/o cardiologico e/o pneumologico e/o neurologico e/o oncologico, comprese le visite per rinnovo dei Piani Terapeutici in modalità televisita entro 31/12/2025	>= 10%	100%
Tempi di attesa	Raggiungimento dei target previsti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa che saranno validati con successivo provvedimento - Pubblici	Percentuale di raggiungimento del target per prestazione/raggruppamento	da PRGLA i target saranno validati con successivo provvedimento	9,70/12 80,8%
Tempi di attesa	Governo Liste d'attesa: domini centrali	Riduzione della % di negoziazioni che non hanno esitato in prenotazioni per assenza di offerta nei tempi previsti dalla classe di priorità prescritta	da PRGLA I punti percentuali target di riduzione per ciascun ente saranno validati con successivo provvedimento	
Tempi di attesa	Rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati	Raggiungimento dei target fissati con DGR n. XII/3720/2024 sui tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati (oncologici in calsse di priorità A e non oncologici in tutte le classi di priorità) rispettando i volumi 2024 (senza considerare i ricoveri con anno di prenotazione 2023)	88% oncologici programmati - classe di priorità A 85% non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	
Tempi di attesa	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B (per le B escluse quelle già considerate nell'indicatore NSG D10Z) - D - P - Pubblici	Percentuale di prestazioni per cui viene garantito il rispetto dei tempi di attesa, per classe di priorità	>=90%	
Tempi di attesa	Raggiungimento, per gli specialisti ospedalieri, del 90% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili con ricetta dematerializzata	Rapporto tra prescrizioni effettuate in DEM e totale prescrizioni prescrivibili in DEM	>=90%	
Tempi di attesa	Raggiungimento obiettivo DEM: percentuale di prescrizioni DEM in stato di "Blocco" associate alle prestazioni rendicontate in 28/SAN, dovrà essere in misura pari ad almeno il 98% e, di queste, la percentuale di prescrizioni DEM in stato "chiuso" dovrà essere pari ad almeno l'80%	Prescrizioni DEM in stato di blocco maggiore del 98%, di cui in stato erogato maggiore del 80%	98% Prescrizioni DEM in stato di blocco nel territorio 80% Prescrizioni DEM in stato erogato nel territorio	

Obiettivi minimi in ambito prevenzione ASST

DESCRIZIONE OBIETTIVO	Modalità di calcolo	Target	Valutazione - Espressa in punteggio e % di raggiungimento
Vaccinazioni - MPR dose 2, coorte 2018	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95%	4,50/5
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni -PC dose 3, coorte 2023	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95%	
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - Men C dose 1, coorte 2023	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95%	
Raggiungimento target NSG 2025 - Vaccinazioni - HPV dose 2, coorte 2013	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	
Vaccinazioni - Pol dose 4, coorte 2018	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95%	
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2007	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	
Vaccinazioni - Pol dose 5, coorte 2009	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>=95% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	
Vaccinazioni - Influenza target Operatori Sanitari	Numeratore: n° di vaccinati nel denominatore Denominatore: n° operatori sanitari secondo da FLUPPER	>=50% o comunque superiore di 5% assoluto rispetto all'anno precedente	
Vaccinazioni - DTP Donne in gravidanza	Numeratore: n° di vaccinati Denominatore: n° di residenti e assistiti da flusso CEDAP nati 2025	>= 70%	
Vaccinazioni - RSV coorte 2025	Numeratore: n° di vaccinati residenti e assistiti Denominatore: n° di residenti e assistiti	>= 80%	
Attuazione PNRR con riferimento a tutti gli interventi rientranti nella Missione 6 – Salute: PNRR, MISSIONE 6 COMPONENTE 2 SUB INVESTIMENTO 2.2. B – SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO – CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE. Raggiungimento del target al 100% degli operatori formati sui moduli A+B+C entro il 31/12/2025.	Numeratore: Numero operatori formati sui moduli A+B+ C. Denominatore: Target aziendale previsto.	100% entro il 31 dicembre 2025	
AUDIT PLANFLU: effettuare almeno un audit durante l'anno solare 2025 per tutte le ATS/ASST/IRCCS	Numero audit effettuato	Compilazione portale SASHA area audit	
Compilazione sul portale SASHA delle azioni del Piano Epidemico 25/26	Numeratore: Numero azioni compilate entro la scadenza del piano Epidemico Denominatore: Numero azioni del Piano Epidemico inserite su SASHA	Compilazione portale SASHA	
Utilizzo del sistema HERM LOMB -sezione audit	/	utilizzo del sistema HERM LOMB per l'effettuazione di almeno un audit per qualunque motivazione/area di intervento (audit interno ISO 9001, audit clinico, controllo di gestione, ecc)	
Medicina Legale - Implementazione di progetti di dematerializzazione e telemedicina applicati alla medicina necroscopica;	/	Stesura di un progetto di dematerializzazione dell'attività di medicina necroscopica entro 09-2025	90,0%
Medicina Legale - Sviluppo di buone pratiche per il fine vita	/	Implementazione di buone pratiche in attuazione della L. 219/2017	
Medicina Legale - Fruizione del Corso Polis "Intrecci - percorsi formativi multidisciplinari ed integrati per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere" e collaborazione con la DG Welfare nell'implementazione dell'attività di monitoraggio del fenomeno.	/	mettere a disposizione almeno due figure per ASST per la fruizione delle "pillole formative"	
PROMOZIONE SALUTE - EQUITA'	Azione territoriale declinata in coerenza con Azione Equity del PRP (programma individuato in accordo con ATS fra PP1, PP2, PP3, PP4, PP5, PL16, PL 20)/1	100%	
Attivazione di un percorso di valutazione dell'adesione all'igiene delle mani mediante osservazioni dirette, in almeno un presidio ospedaliero afferente all'Ente, secondo le modalità e le tempistiche individuate dalla UO Prevenzione.	/	Si/No	
Implementazione screening nutrizionale	Numeratore: N. cartelle cliniche relative nel 1° secondo semestre adempienti meritatamente allo screening nutrizionale Denominatore: N. cartelle cliniche relative nel 1° secondo semestre controllate da ATS	>= 90%	

RISORSE COINVOLTE	MACRO OBIETTIVO REGIONALE	TITOLO PROGETTO	DESCRIZIONE PROGETTO	INDICATORI FASE 1	INDICATORI FASE 2
Dirigenza Comparto	<u>Dirigenza:</u> Area di intervento – Macro Obiettivo 5 – Definizione di progetti finalizzati all'introduzione di soluzioni informatiche innovative in una logica integrativa dei servizi sanitari e socio sanitari, amministrativi e tecnici con particolare attenzione anche alla cybersecurirty, nonchè all'attuazione del percorso verso l'ecosistema di sanità digitale come riportato nel Piano strategico di Sanità digitale 2023-2026 di Regione Lombardia (fascicolo sanitario elettronico 2.0 e evoluzione all'ecosistema dei dati sanitari) <u>Comparto:</u> Area di intervento – Macro Obiettivo 4 - Definizione di progetti finalizzati all'introduzione di soluzioni informatiche innovative in una logica integrativa dei servizi sanitari e socio sanitari, amministrativi e tecnici con particolare attenzione anche alla cybersecurirty, nonchè all'attuazione del percorso verso l'ecosistema di sanità digitale come riportato nel Piano strategico di Sanità digitale 2023-2026 di Regione Lombardia (fascicolo sanitario elettronico 2.0 e evoluzione all'ecosistema dei dati sanitari)	La sicurezza informatica in Azienda e la gestione dei dati	Il progetto prevede la diffusione a tutto il personale dipendente, di tutte le informazioni/direttive/normative, regionali, nazionali ed europee, in materia di gestione, utilizzo dei sistemi informatici, cybersecuriti e gestione dei dati sensibili. L'apprendimento di tale nozioni permetterà al personale di ottimizzare l'utilizzo dei sistemi/supporti informatici e di gestire i dati sensibili secondo le direttive sulla privacy e sicurezza informatica, così da ridurre eventuali possibilità di errori e di violazione dei dati.	<u>Entro il 30 settembre 2025:</u> Diffusione e presa visione del Regolamento dei Sistemi Informativi e del Regolamento Data Breach e dell'Informativa relativa alla Cybersicurezza e Gestione della continuità operativa. L'accertamento della diffusione e presa visione sarà assicurato mediante l'accesso di ciascun dipendente alla Bachecca dell'Angolo del Dipendente per la rendicontazione al Nucleo di Valutazione.	1. <u>Entro il 31 dicembre 2025:</u> partecipazione e superamento del corso di formazione FAD " <i>CYBER SECURITY: Protezione dei dati e misure di prevenzione</i> " progettato per l'anno 2025 per tutto il personale. L'accertamento del corretto superamento del percorso formativo sarà accertata mediante il report estratto dalla piattaforma informatica Moodle. 2. <u>Nel periodo fra il 15 novembre 2025 e il 15 dicembre 2025,</u> ogni Direttore/Responsabile organizza una riunione con il personale per la condivisione dei contenuti della documentazione visionata in Fase 1, al fine di individuare eventuali procedure da adottare nella propria struttura. Trasmette alla SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane apposito verbale nel quale dichiara l'avvenuta riunione e la partecipazione alla stessa di tutto il personale afferente.



Ai vertici dell'Amministrazione

All'OIV dell'Amministrazione

Alla Presidenza del Consiglio dei ministri
Dipartimento della Funzione Pubblica
Dipartimento delle Pari Opportunità
monitoraggiocug@governo.it

Relazione annuale CUG
ASST Ovest Milanese – anno 2025
Format 2 della direttiva n. 2/2019

PREMESSA

Riferimento normativo

La relazione annuale sulla condizione del personale è un adempimento del Comitato Unico di Garanzia previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 recante le “Linee guida sulla modalità di funzionamento dei CUG nelle Pubbliche Amministrazioni” integrate dalla recente Direttiva n.2 del 26 giugno 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica e Dipartimento per le Pari Opportunità recante “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche”.

Finalità

La presente relazione costituisce lo strumento attraverso cui il Comitato Unico di Garanzia (CUG) esercita il proprio mandato di verifica sulla gestione del personale dell'Azienda. Partendo dal monitoraggio dei dati amministrativi, il documento analizza lo stato della parità di genere, l'equilibrio tra vita privata e professionale e il benessere organizzativo complessivo. L'obiettivo è duplice: misurare l'impatto delle misure già adottate e delineare nuove strategie per superare eventuali criticità. Tali proposte trovano attuazione nel Piano di Azioni Positive (PAP), integrato dal 2022 all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ASST Ovest Milanese, pilastro della programmazione strategica dell'Ente.

Struttura della relazione

La relazione aderisce al format ministeriale e si sviluppa su un doppio binario: da un lato, l'indagine statistica sulla popolazione aziendale (curata attraverso i dati delle strutture competenti); dall'altro, la narrazione delle attività del CUG. Questa seconda parte funge da bilancio di esercizio dell'organismo, dando conto sia degli impegni assolti nell'anno di riferimento, sia degli obiettivi prefissati per il nuovo ciclo di programmazione.

PARTE PRIMA_ Analisi dati sul personale

L'analisi prende le mosse dai dati tabellari trasmessi dall'Amministrazione per l'anno 2025. Il metodo scelto non è puramente descrittivo, ma si avvale di una comparazione con i dati del 2024 — già analizzati da questo organismo — per monitorare l'andamento nel tempo delle principali variabili riguardanti il personale. L'obiettivo è tracciare un bilancio dell'organizzazione aziendale, soffermandosi su quei settori e su quelle criticità che rientrano nelle macroaree di competenza del CUG.

Sezione 1. –Analisi del personale ASST Ovest Milanese per genere

Tabella 1_Ripartizione del personale per genere ed età nei livelli di inquadramento

QUALIFICA	Pos. Giuridica	UOMINI					DONNE				
		M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60	F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60
Dirigenza Medica SC	T.Ind	0	0	5	13	18	0	0	4	4	6
Dirigenza medica SS/SSD	T.Ind	0	2	11	20	12	0	1	8	14	14
Dirigenza Medica	T.Ind	10	69	45	39	18	7	135	125	70	21
Dirigenza Medica	T.Det	2	19	1	0	0	10	16	1	0	0
Dirigenza Sanitaria non medica SC	T.Ind	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Dirigenza Sanitaria non medica SS/SSD	T.Ind	0	0	1	0	1	0	0	2	4	2
Dirigenza Sanitaria non medica	T.Ind	0	3	4	2	2	2	11	16	19	8
Dirigenza Sanitaria non medica	T.Det	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0
Dirigenza PTA SC	T.Ind	0	1	2	4	0	0	0	1	2	1
Dirigenza PTA SS/SSD	T.Ind	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Dirigenza PTA	T.Ind	0	0	0	3	0	0	0	1	4	1
Area dei Professionisti della Salute/Funzionari	T.Ind	40	105	79	150	34	198	446	304	845	103
Area dei Professionisti della Salute/Funzionari	T.Det	1	0	0	0	0	3	1	0	3	0
Area degli Assistenti	T.Ind	13	6	16	31	5	27	21	31	90	26
Area degli Assistenti	T.Det	0	0	0	0	0	5	1	0	1	0
Area degli Operatori	T.Ind	5	36	35	56	13	18	94	157	239	100
Area degli Operatori	T.Det	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0
Area del Personale di Supporto	T.Ind	1	3	5	10	8	1	8	13	68	66
Totale personale		72	247	209	328	113	273	735	663	1.367	349
Totale personale per genere		969					3387				
% su totale personale		1,65	5,67	4,8	7,53	2,6	6,27	16,87	15,22	31,38	8
% su totale personale per genere		22,25%					77,75%				

Tabella 2_ Posizioni di responsabilità non dirigenziali remunerate, ripartite per genere ed età

TIPOLOGIA INCARICO	UOMINI					DONNE				
	M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60	F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60
Incarico di coordinamento	0	1	4	14	2	0	4	13	52	9
Incarico di funzione	0	5	3	10	5	0	9	12	40	8
totale personale	44					147				
% su totale per genere	23%					77%				

Tabella 3_ Posizioni di responsabilità dirigenziali remunerate, ripartite per genere ed età

INCARICHI DIRIGENZA	UOMINI					DONNE				
	M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60	F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60
Dirigenza Medica SC	0	0	5	13	18	0	0	4	4	6
Dirigenza medica SS/SSD	0	2	11	20	12	0	1	8	14	14
Dirigenza Sanitaria non medica SC	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Dirigenza Sanitaria non medica SS/SSD	0	0	1	0	1	0	0	2	4	2
Dirigenza PTA SC	0	1	2	4	0	0	0	1	2	1
Dirigenza PTA SS/SSD	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Totale	92					68				
totale %	57,50%					42,50%				

Tabella 4_ Anzianità nei profili e livelli non dirigenziali, ripartite per età e per genere

Permanenza nel profilo	UOMINI					DONNE					% personale
	M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60	F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60	
Inferiore a 3 anni	44	61	45	35	3	192	221	125	80	9	23,10%
Tra 3 e 5 anni	15	26	22	9	5	58	105	53	37	6	9,50%
Tra 5 e 10 anni	1	33	16	17	4	2	156	46	56	12	9,70%
Superiore a 10 anni	0	31	57	186	48	0	89	281	1073	268	57,60%

Tabella 5_ Personale dirigente suddiviso per fascia d'età e titolo di studio

Titolo di studio	UOMINI					DONNE				
	M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60	F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60
Laurea	8	7	5	8	0	13	7	3	13	2
Specializz. Post-laurea	16	83	67	75	42	20	156	162	105	37
Totale personale	24	90	72	83	42	33	163	165	118	39
% per genere	37,50%					62,50%				

Tabella 6_ Personale non dirigenziale suddiviso per fascia d'età e titolo di studio

Titoli di studio	UOMINI					TOTALE H	DONNE					TOTALE D	%pertitolo studio
	M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60		F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60		
Fino alla scuola dell'obbligo	1	8	15	54	13	91	6	30	81	281	88	486	16,30%
Licenza media superiore	17	43	80	159	29	328	45	90	289	928	112	1464	50,80%
Laurea breve	48	105	56	13	2	224	240	432	171	22	2	867	31%
Laurea	4	3	2	4	2	15	7	19	12	10	4	52	1,90%

Dall'analisi dei flussi informativi forniti dall'Amministrazione emerge che, al 31 dicembre 2025, i dipendenti in servizio presso l'ASST Ovest Milanese hanno raggiunto le 4.356 unità. La compagine aziendale risulta composta da 829 dirigenti (in aumento rispetto ai 752 del precedente esercizio) e 3.527 dipendenti del

comparto (rispetto ai 3493 del 2024). Questo incremento netto di 102 unità conferma la tendenza di rafforzamento degli organici e di investimento nel capitale umano strategico dell'Azienda.

Un indicatore di particolare rilievo per il benessere organizzativo è la stabilità del rapporto d'impiego: i contratti a tempo determinato sono limitati a 75 unità, incidendo per appena l'1,7% sull'intero corpo dipendente. Tale evidenza assume un valore ancora più significativo se proiettata sullo scenario descritto dall'ultimo Rapporto Annuale ISTAT. A livello nazionale, infatti, nonostante una generale crescita dell'occupazione e un calo dei contratti a termine, il lavoro precario rimane una barriera d'ingresso critica per i più giovani e continua a manifestare una persistente disparità a danno della componente femminile.

Si conferma, anche nel 2025, la netta prevalenza di personale di sesso femminile nell'ASST Ovest Milanese, sia nell'area del Comparto che in quella della Dirigenza (complessivamente il 77,8% del personale dipendente). La preponderante presenza di donne rimane un dato significativo se confrontato con la realtà nazionale: i dati ISTAT aggiornati a dicembre 2025 evidenziano che, sebbene l'occupazione femminile risulti in lieve crescita, il divario di genere rimane comunque strutturale; in particolare, le donne con carichi familiari e basse competenze, continuano a rappresentare oltre la metà della forza lavoro inutilizzata del Paese.

In questo contesto, l'Azienda si distingue per una capacità di assorbimento del lavoro femminile ben oltre la media nazionale ma con una distribuzione non uniforme tra i diversi livelli di inquadramento che configura un evidente "collo di bottiglia selettivo".

L'Azienda, infatti, anche nel 2025 mantiene un assetto organizzativo caratterizzato da una presenza femminile dominante (pari al 77,8% del personale totale e all'81,4% del comparto) che vede, tuttavia, una progressiva rarefazione delle donne man mano che si risale la piramide gerarchica. La rappresentanza femminile subisce una prima contrazione nella dirigenza, dove scende al 62,5%, per poi ridursi ulteriormente al 31,3% nei ruoli apicali di Struttura Complessa (SC). Questo scarto di ben 46,5 punti percentuali tra la base e il vertice decisionale conferma che la superiorità numerica e professionale delle donne non si traduce ancora in un'effettiva parità nella gestione del potere, delineando un contesto aziendale che, con il suo 31,3 %, si attesta al di sotto della media nazionale ISTAT del 35%.

Spostando l'attenzione sull'assetto dell'anzianità professionale, i dati riportati nella tabella 4 mostrano una fotografia estremamente chiara e ormai consolidata per la nostra Azienda: la maggior parte del personale del comparto tende a permanere nel medesimo profilo professionale per un periodo superiore ai 10 anni. Come confermato anche nelle precedenti analisi, questa condizione riguarda ben il 57,60% dei dipendenti dell'area del comparto, rappresentando la fascia ampiamente maggioritaria del personale in servizio. È interessante notare come questo fenomeno sia assolutamente trasversale e privo di distinzioni di genere: sia per gli uomini che per le donne, i volumi più alti si concentrano proprio nella massima anzianità di profilo (con punte di oltre 1.000 unità tra le donne nella fascia 51-60 anni), segno di una stabilità che accomuna l'intero organico.

Questa lunga permanenza è stata determinata storicamente dalle limitate possibilità di crescita previste dai precedenti contratti collettivi, che non offrivano canali di uscita fluidi verso ruoli di maggiore responsabilità. Il superamento di questa situazione di stallo potrebbe trovare una risposta concreta negli ultimi CCNL del comparto sanità e, in particolare, nel rinnovo firmato a ottobre 2025.

La novità sostanziale del rinnovo risiede nell'istituzione e nella piena operatività degli Incarichi di Elevata Qualificazione (EQ). Questi strumenti permetterebbero di offrire uno sbocco concreto a quei professionisti con esperienza decennale, aprendo l'accesso a ruoli di alta complessità; in tal modo, l'anzianità non sarebbe più un mero dato statico, ma diventerebbe il presupposto per valorizzare le competenze specialistiche e gestionali maturate sul campo.

L'introduzione del nuovo CCNL definisce, dunque, una cornice normativa preziosa, la cui piena efficacia si misurerà negli anni a venire attraverso la progressiva implementazione delle scelte gestionali e organizzative.

L'effettiva valorizzazione del personale potrà realizzarsi attraverso una graduale evoluzione dell'assetto organizzativo, supportata da una mirata programmazione della disponibilità economica (fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali).

In questa prospettiva, l'istituzione degli incarichi di Elevata Qualificazione (EQ) rappresenterebbe per l'Azienda un'opportunità strategica: investire in tali ruoli permetterebbe di trasformare parte di quel 57% di consolidata esperienza professionale in una risorsa dinamica e di valore. La vera sfida sarà, quindi, saper coniugare le potenzialità del contratto di ottobre 2025 con una pianificazione interna che ne accompagni lo sviluppo, rendendo concrete le prospettive di crescita per il personale.

Con riferimento al profilo anagrafico del personale, i dati del 2025 confermano la persistenza di una struttura demografica matura all'interno dell'ASST Ovest Milanese. La fascia di età compresa tra i 40 e i 60 anni continua a rappresentare il nucleo centrale dell'organico. Tuttavia, si registra una marcata *seniority* anagrafica: la sola componente tra i 51 e i 60 anni copre il 43,5% dell'intera popolazione aziendale, a cui si deve aggiungere la componente *over 60*, che supera la soglia del 13%.

In questo scenario, il dato più critico rimane la scarsa presenza di personale *under 31*. Nonostante l'incremento generale del corpo dipendente dell'ASST (+ 102 unità), la quota di giovani professionisti si attesta all'8,6%. Questo fenomeno, come evidenziato anche dal Rapporto ISTAT 2025, è il risultato combinato di un ricambio generazionale ancora parziale, dell'allungamento dei percorsi formativi specialistici e del progressivo slittamento in avanti dell'età di quiescenza.

Sotto il profilo dei titoli di studio, i dati del 2025 evidenziano un sostanziale consolidamento delle percentuali rilevate nell'anno precedente, confermando la stabilità della struttura formativa aziendale. Si rileva che la quota di personale con istruzione di livello universitario ha registrato un incremento contenuto ma significativo, passando dal 30,6% del 2024 al 32,9% nell'anno di analisi, con una persistente e netta prevalenza della componente femminile.

Questa continuità se, da un lato, conferma anche il persistere di un 16,3% di personale con istruzione primaria e di un 51% in possesso di diploma, dall'altro ribadisce come il miglioramento qualitativo dell'occupazione sia un processo graduale, fortemente condizionato dai tempi del ricambio generazionale. Nonostante l'assenza di variazioni percentuali significative nell'ultimo anno, il mantenimento di oltre un terzo dell'organico con formazione universitaria rappresenta comunque la base strategica su cui innestare i nuovi percorsi di Elevata Qualificazione (EQ). Tali percorsi consentirebbero di valorizzare proprio quelle competenze specialistiche che vedono nelle donne le principali protagoniste, pur in un quadro di *seniority* anagrafica.

Sezione 2. – Conciliazione vita/lavoro

Tabella 7_ Ripartizione del personale per genere, età e tipo di presenza

Tipo Presenza	UOMINI					totale U	%	DONNE					totale D	%
	M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60			F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60		
Tempo pieno	69	228	207	322	111	937	96,80%	262	693	584	1082	295	2916	86,10%
PT fino 50%	1	0	1	3	1	6	0,60%	0	2	6	33	13	54	1,60%
P T >50%	2	18	1	3	1	25	2,60%	11	40	73	252	41	417	12,30%

Tabella 8_ Fruizione delle misure di conciliazione

Tipologia di P.T.	UOMINI					Totale U	DONNE					Totale D
	M<31	M31_40	M41_50	M51_60	M>60		F<31	F31_40	F41_50	F51_60	F>60	
P.T. Orizzontale	2	18	1	4	1	26	11	29	44	186	40	310
P.T. Verticale	1	0	1	2	1	5	0	13	35	99	14	161

Tabella 9_ Fruizione dei congedi parentali e permessi L.104/1992 per genere

Numero permessi	UOMINI					Totali U		DONNE					Totali D	
	M<3 1	M31_4 0	M41_5 0	M51_6 0	M>6 0			F<31 0	F31_4 0	F41_5 0	F51_6 0	F>60 0		
Giornalieri 104	36	140	242	1.032	211	1.661	36,80 %	182	837	1.949	7.983	1.34 9	12.300	34,60 %
Orari 104	0	987	483	357	474	2.301	50,00 %	456	655	1.279	7.518	1.08 0	10.988	30,90 %
Giornalieri parentali	0	259	249	44	0	552	12,20 %	822	9.159	1.499	45	0	11.525	34,40 %
Orari parentali	0	0	0	0	0	0		3	560	169	0	0	732	2,05%
TOTALI	36	1.386	974	1.433	685	4.514		1.46 3	11.211	4.896	15.546	2.42 9	35.545	

Nel corso del 2025 la quota di dipendenti con contratto di lavoro part-time si attesta all'11,5% del personale, in calo rispetto al 12,1% del 2024. Di questa componente, il 10,8% è rappresentata da donne.

La tipologia contrattuale più diffusa si conferma essere il part-time orizzontale con prestazione lavorativa superiore al 50%, utilizzata prevalentemente per ragioni di natura assistenziale e di cura parentale. Rimane, invece, molto meno significativa - sia in termini assoluti che percentuali - la fruizione del part-time con prestazione inferiore o uguale al 50%, tipicamente scelto per lo svolgimento di altre attività lavorative autorizzate e compatibili.

In merito al profilo anagrafico dei dipendenti con prestazione superiore al 50%, si conferma la tendenza già rilevata nel 2024: la maggior parte delle donne si colloca nella fascia d'età 40-60 anni, mentre per gli uomini si rileva la massima concentrazione nella fascia 31-40 anni.

Quest'ultimo dato conferma quanto già evidenziato nella precedente relazione, sottolineando il consolidarsi nelle nuove generazioni di lavoratori di un approccio differente verso i temi della parità di genere e della conciliazione vita- lavoro, con una maggior condivisione della responsabilità di cura e, più in generale, di quelle familiari.

I dati relativi all'utilizzo dei congedi parentali facoltativi per l'anno 2025 confermano ulteriormente questa tendenza. La rilevazione evidenzia, infatti, un incremento in termini percentuali sia da parte degli uomini (+ 1,1%) che delle donne (+3,3%); queste ultime, pur rimanendo le principali fruitrici dello strumento, vedono oggi affiancarsi una partecipazione maschile sempre più significativa.

L'incremento dell'utilizzo dei congedi da parte di entrambi i genitori contribuisce di fatto, a ridurre il *gender gap* e a superare gli stereotipi legati ai ruoli di cura, percepiti ora come responsabilità condivisa piuttosto che come onere esclusivamente femminile.

Questa evoluzione culturale trova, ad avviso di chi scrive, un'ulteriore e coerente conferma nell'analisi dei permessi ex Legge 104/92, i cui dati ricalcano la medesima tendenza alla condivisione dei carichi di cura già osservata per i congedi parentali. Nello specifico, la fruizione dei permessi giornalieri vede coinvolto il 36,8% degli uomini e il 34,6% delle donne, mentre sui permessi orari la componente maschile raggiunge una quota del 50% a fronte del 30,9% femminile.

È opportuno precisare che tali evidenze includono sia l'attività di *caregiver* che assiste un familiare, sia il caso del lavoratore che usufruisce dei permessi per esigenze personali connesse al proprio stato di salute. In entrambi i casi, la spiccata incidenza maschile - specialmente in modalità oraria - testimonia una volontà di conciliare la presenza lavorativa con la gestione delle fragilità, evitando l'assenza per l'intera giornata. Tale dato si integra nel quadro di un welfare partecipato, dove la responsabilità della cura (sia essa rivolta ai

figli o a famigliari con disabilità) non è più percepita come prerogativa prevalentemente femminile, ma come impegno equamente ripartito tra i generi.

A completamento dell'analisi degli istituti di conciliazione vita-lavoro, occorre considerare anche del lavoro agile, sebbene i dati estrapolati dal PIAO 2026-2028 non appaiono particolarmente esaltanti. Nel 2025, infatti, solo 17 dipendenti hanno inoltrato domanda di attivazione, successivamente autorizzata dalla Direzione. Il personale coinvolto appartiene in modo trasversale sia al comparto che alla dirigenza (medica e PTA), confermando come lo strumento sia potenzialmente accessibile a tutti i profili, pur registrando un'adesione numericamente contenuta.

Tale esiguità suggerisce la necessità di approfondire le possibili resistenze culturali o le difficoltà tecniche che ancora ne limitano l'adozione su una più ampia scala.

In tal senso, si valuta positivamente l'impegno aziendale per il 2026 di introdurre questionari di gradimento e monitoraggi strutturati, rivolti sia al personale sia ai Direttori di Struttura. Tale indagine sarà fondamentale per rilevare la reale percezione di questo strumento che, si ritiene, possieda le caratteristiche per valorizzare l'autonomia dei dipendenti e il benessere organizzativo.

Sezione 3. – Parità/Pari opportunità

Piano triennale delle Azioni Positive

La presente sezione analizza l'attività del Comitato Unico di Garanzia (CUG) dell'ASST Ovest Milanese nel corso dell'anno 2025, con particolare riferimento all'attuazione delle misure previste dal Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP) in relazione alla macroarea della parità e delle pari opportunità.

Entrando nel merito delle azioni previste dal Piano e realizzate nel 2025, emerge un elemento fondamentale e caratterizzante l'operato di questo Comitato: la scelta metodologica di gestire la proposta formativa prevalentemente in modalità "isorisorse".

Tale approccio, che rappresenta il vero valore aggiunto di questo CUG, ha permesso negli anni del mandato di consolidare una discreta rete di collaborazioni con i professionisti dell'Azienda. Questi ultimi si sono resi disponibili a introdurre tempo e competenze a supporto del Comitato, testimoniando una profonda condivisione degli obiettivi di benessere e parità. Questa sinergia interna non solo ha ottimizzato le risorse disponibili, ma ha consentito al CUG di essere sempre più presente nel substrato aziendale, trasformando la formazione in un processo di partecipazione attiva e di reale appartenenza.

Coerentemente con questo quadro di consolidata collaborazione interna, nel 2025, per quanto riguarda la macroarea della Parità e delle Pari Opportunità, sono stati realizzati i seguenti interventi di formazione, informazione e sensibilizzazione, facendo leva prioritariamente sulle eccellenze professionali dell'Azienda, integrate, laddove necessario, da mirati apporti specialistici esterni.

Convegno annuale sulla "Medicina di Genere" (ex Legge n. 3/2018). Il corso, aperto a tutte le professioni dell'Azienda, è stato realizzato anche nel 2025 in modalità FAD asincrona con docenza esclusivamente interna. Il programma di quest'anno si è concentrato sulle diverse fasi della vita della donna, integrando l'analisi clinico- medica con quella psicologica e fornendo indicazioni pratiche per la gestione della salute femminile in ogni sua fase. Vista la numerosità delle richieste pervenute e il feedback estremamente positivo (customer), il CUG ha deciso di riproporre lo stesso tema del convegno anche per l'annualità 2026.

Riconoscimento "Bollini Rosa" - Fondazione Onda (Bando 2026- 2027). Un ulteriore ottimo risultato nella macroarea della parità e delle pari opportunità è rappresentato dalla partecipazione al bando di fondazione Onda per il biennio 2026-2027.

L'impegno dell'Azienda nella promozione della medicina di genere e nell'offerta di percorsi dedicati alla salute femminile ha portato all'ottenimento di importanti riconoscimenti: l'Ospedale di Legnano ha ottenuto tre Bollini Rosa, mentre l'ospedale di Magenta è stato premiato con due Bollini Rosa. Tali

certificazioni testimoniano concretamente l'attenzione ai percorsi diagnostico – terapeutici dedicati alle donne, confermando il ruolo dell'ASST Ovest Milanese come punto di riferimento per la salute femminile sul territorio.

Conoscere e prevenire la violenza di genere: dal riconoscimento del segnale alla gestione della vittima. Inaugurato nel 2025, questo percorso formativo è stato promosso dal CUG con una precisa scelta d'indirizzo: rivolgersi esclusivamente alle dipendenti dell'ASST, che rappresentano la netta maggioranza dell'organico. In un panorama mediatico caratterizzato da un costante bombardamento di notizie e da un'ampia offerta formativa generica, il CUG aziendale ha scelto di distinguersi proponendo un evento formativo concreto, calato nella realtà aziendale e finalizzato prioritariamente alla conoscenza della procedura operativa specifica attiva presso i Pronto Soccorso dell'ASST. Il corso è stato progettato su misura, adottando un linguaggio diretto e inclusivo, capace di raggiungere tutte le colleghe, con particolare attenzione verso chi può trovarsi in situazioni di maggiore fragilità. Il programma ha previsto inoltre la delineazione di un vero e proprio "identikit del violento", finalizzata a fornire strumenti pratici per il riconoscimento precoce del pericolo e la prevenzione della violenza. Considerata la natura particolare e la delicata sensibilità del tema, il CUG ha optato per l'inserimento di una docenza esterna, che ha operato in costante coordinamento con i relatori interni, garantendo così l'approccio specialistico necessario a un evento formativo di così elevata complessità. Visti gli ottimi feedback e l'elevata richiesta di partecipazione, superiore alle disponibilità iniziali, il CUG ha già programmato una riedizione del corso per il 2026 (proposta formativa 2026).

Attività del Consigliere di Fiducia. A latere delle iniziative della macroarea dedicata alla parità e alle pari opportunità, si colloca l'attività del Consigliere di Fiducia, figura esterna di garanzia nominata nel marzo 2025. In occasione dell'ultima seduta plenaria del CUG, il Consigliere ha presentato un report (in forma rigorosamente anonima) relativo alle segnalazioni ricevute e gestite (riguardanti principalmente tensioni comunicative con i superiori gerarchici).

Dall'analisi è emersa un'esiguità numerica delle segnalazioni che si presta a una duplice interpretazione: se da un lato può essere letta come un indicatore positivo del clima aziendale, dall'altro non si può escludere che una parte del personale debba ancora maturare la necessaria fiducia per aprirsi a questa nuova figura. Il Comitato, in accordo con il Consigliere, ha pertanto deciso di implementare le azioni di sensibilizzazione affinché tale figura sia percepita come un canale dedicato e sicuro, capace non solo di offrire ascolto, ma di fornire orientamento e supporto concreto nella gestione di episodi critici come molestie, discriminazioni o mobbing. L'obiettivo per il 2026 sarà quindi consolidare la posizione di questa figura di riferimento in azienda, affinché possa agire concretamente da supporto e accompagnare il lavoratore nel difficile percorso di risoluzione di tali condotte lesive della dignità, assicurando al contempo assoluta riservatezza e la piena tutela da qualsiasi forma di ritorsione.

Tabella 10_Composizione di genere delle commissioni di concorso

TIPO COMMISSIONE	UOMINI		DONNE		TOTALE		Presidente U/D
	valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%	
DIRETTORI di STRUTTURE COMPLESSE							
Incarico Direttore SC "Ch. Pediatrica"	17	94	1	5,6	18	100	U
Incarico Direttore S.C "Cure Primarie"	6	33	12	67	18	100	U
Incarico Direttore S.C. "Laboratorio Microbiologia"	7	39	11	61	18	100	U

Incarico Direttore S.C. "NPI"	7	39	11	61	18	100	U
Incarico Direttore S.C. "Ostetricia e Ginecologia"	6	33	12	67	18	100	D
Incarico Direttore S.C. " Pneumologia"	6	33	12	67	18	100	U
Incarico Direttore S.C. "Urologia"	10	56	8	44	18	100	D
DIRIGENTI	valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%	
Dirigente Medico -disciplina "Ematologia"	6	55	5	46	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Medicina Interna"	8	73	3	27	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Chirurgia Vascolare"	8	73	3	27	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Nefrologia"	7	64	4	36	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Farmacia Ospedaliera"	4	40	6	60	10	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Urologia"	8	73	3	27	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "NPI"	5	46	6	55	11	100	U
Dirigente Medico - "Direzione Medica"	3	27	8	73	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Oncologia"	7	64	4	36	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Ostetricia Ginecologia"	7	64	4	36	11	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Psichiatria"	5	46	6	55	11	100	U
Dirigente Medico- "Medicina Trasfusionale"	5	50	5	50	10	100	D
Dirigente Medico -disciplina "Medicina Interna"	6	60	4	40	10	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Cardiologia"	6	60	4	40	10	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Anatomia Patologica"	3	30	7	70	10	100	U
Dirigente Medico -disciplina "Ostetricia Ginecologia"	5	50	5	50	10	100	U
PERSONALE del COMPARTO	valori assoluti	%	valori assoluti	%	valori assoluti	%	
Operatore Tecnico Specializzato	5	63	3	38	8	100	D
Operatore Tecnico Specializzato	5	63	3	38	8	100	D
Assistente tecnico	5	63	3	38	8	100	D
Operatore Tecnico Specializzato	5	63	3	38	8	100	D
Assistente Amministrativo	2	25	6	75	8	100	D
Tecnico Perfusionista	4	50	4	50	8	100	U
Logopedista	3	38	5	63	8	100	U
Tecnico di Neurofisiopatologia	2	25	6	75	8	100	U
Fisioterapista	3	38	5	63	8	100	U
Tecnico di laboratorio	4	50	4	50	8	100	U
Collaboratore Amministrativo	7	88	1	13	8	100	D
Assistente Sociale	2	25	6	75	8	100	U
Collaboratore Tecnico professionale	1	13	7	88	8	100	U
Operatore Socio-Sanitario	4	50	4	50	8	100	U
Tecnico di Radiologia	3	38	5	63	8	100	U
Infermiere Pediatrico	2	25	6	75	8	100	U
Infermiere	3	38	5	63	8	100	U
Ortottista	2	25	6	75	8	100	U
Infermiere	4	50	4	50	8	100	U

Sempre nell'ambito della parità e delle pari opportunità, assumono particolare rilievo i dati riguardanti la composizione di genere delle commissioni di concorso aziendali, che nel 2025 descrivono un quadro in netto miglioramento rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente.

In particolare, la riserva di almeno un terzo dei componenti alle donne, prevista dall'art.57, comma 1, lett.a del D.Lgs. 165/2001, risulta rispettata nell'88% delle commissioni, segnando un significativo passo avanti rispetto al 75% registrato nel 2024.

Tuttavia, permane un aspetto di forte criticità per quanto riguarda la presidenza di tali organi collegiali di valutazione: i dati evidenziano infatti che solo 9 commissioni su un totale di 40 sono state presiedute da donne, una quota appena pari al 22,5%. Tale squilibrio indica che, sebbene la presenza femminile nelle commissioni sia cresciuta, i ruoli di vertice nei processi selettivi rimangono ancora a forte prevalenza maschile.

Tabella11_ Fruizione formazione suddiviso per genere, livello ed età

Classi età' Tipo formazione	DONNE							UOMINI						
	<30	DA 31 A 40	DA 41 A 50	DA 51 A 60	> DI 60	TOT.	%	<30	DA 31 A 40	DA 41 A 50	DA 51 A 60	> DI 60	TOT.	%
Obbligatoria (sicurezza)	4453,02	9467,32	8609,07	17868,4	3240,25	43638,46	76,54	1631,45	3355,22	2955,03	4178,17	1252,5	13373,17	23,46
Tematiche CUG	84	200	260	852	96	1492	86,34	12	56	52	96	20	236	13,66
Competenze manageriali/relazionali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aggiornamento professionale	3169,12	9024,2	6693,09	12453	2145,21	33485,02	83,42	693,41	2311,06	1425,4	1798,37	425,57	6655,01	16,58
Violenza di genere	25,3	16,58	37,35	178,26	46,09	304,34	98,65	0	0	0	4,15	0	4,15	1,35
Altro (raccomandazioni join commission-qualità-WHP)	947,29	2122,45	1685,35	3148,49	411,48	8316,26	83,25	138	516,53	377,55	527,35	112,3	1672,53	16,74
Totale ore	8679,13	21021,36	17285,26	34500,55	5939,39	87236,48		2475,26	6239,21	4810,38	6604,44	1811,17	21941,26	
Totale ore %	77,81	77,10	78,23	83,93	76,63	79,90		22,19	22,90	21,77	16,07	23,37	20,10	

Nel corso del 2025, l'Azienda ha erogato complessivamente 109.178 ore di formazione, registrando una flessione del 20,4% rispetto ai volumi del 2024 (pari a 137.107 ore). Si tratta di una contrazione che ha interessato in modo trasversale sia la componente maschile che quella femminile.

Sebbene le ore totali di formazione siano diminuite per tutti, il dato relativo alle ore medie pro capite mostra un divario positivo del 6,5% in favore delle donne. Il personale femminile non solo assorbe la quota maggiore di formazione, ma dimostra una capacità di presidio dei temi di aggiornamento professionale superiore alla media, rendendo l'investimento sul capitale umano femminile il più efficiente in termini di continuità, anche in periodi di contrazione del budget formativo.

Il dato più emblematico emerge dal confronto generazionale: nella fascia 51-60 anni, la componente femminile ha totalizzato da sola 34.500,55 ore, un volume che supera del 57% l'intera formazione erogata a tutta la popolazione maschile aziendale (21.941,26 ore) in tutte le fasce d'età messe insieme. Questa sproporzione conferma che il vero pilastro dell'aggiornamento continuo risiede nelle professioniste con maggiore esperienza, smentendo definitivamente il pregiudizio secondo cui l'attitudine alla formazione decada con l'anzianità.

Tabella12_ Divario economico, media delle retribuzioni omnicomprensive per personale a tempo pieno suddivise per genere nei livelli di inquadramento

Qualifica	Uomini	Donne	Valori assoluti	%
Dirigenza Medica SC	110.195,58	114.078,08	-3.882,50	-3,52
Dirigenza medica SS/SSD	81.288,44	82.376,59	-1.088,15	-1,33
Dirigenza Medica T IND	70.041,15	69.679,50	361,65	0,51
Dirigenza Medica T DET	59.022,26	60.018,08	-995,82	-1,68

Dirigenza non medica SC	76.512,43	79.060,96	-2.548,53	-3,33
Dirigenza non medica SS/SSD	63.560,46	69.160,24	-5.599,78	-8,81
Dirigenza non medica T IND	53.628,54	56.849,63	-3.221,09	-6,00
Dirigenza non medica T DET	47.387,48	49.236,83	-1.849,35	-3,90
Infermieri CA	0,00	30.381,45	-30.381,45	0,00
Infermieri CP	34.839,98	33.749,64	1.360,34	3,90
Ausiliari CS	22.621,47	23.574,06	-952,59	-4,21
Quadri CP	32.758,71	31.112,04	1.646,67	5,02
Impiegati CA	27.321,60	26.732,89	588,71	2,15
Impiegati CO	23.965,03	24.694,20	-729,17	-3,04
Impiegati CS	23.203,85	23.206,28	-2,43	-0,01
Operai CO	25.484,18	25.595,21	-111,03	-0,43
Operai CS	24.966,09	24.222,15	743,94	2,97

L'analisi delle retribuzioni medie per l'anno 2025 offre un quadro di particolare interesse che merita una riflessione specifica. In quasi tutte le categorie della dirigenza si registra, infatti, un differenziale economico a favore della componente femminile.

Tale scostamento economico, dato sicuramente positivo, appare verosimilmente riconducibile alla diversa pesatura delle singole strutture, al cumulo di incarichi o al raggiungimento di obiettivi strategici che alimentano in modo significativo le voci accessorie dello stipendio; tuttavia, questa condizione di maggior favore economico per le donne non risolve il problema del divario di genere nelle posizioni di responsabilità, specie in quelle apicali.

In sintesi, sebbene le poche donne che accedono al vertice lo facciano con profili e pesature gestionali elevate, la loro presenza numerica nei ruoli apicali rimane ancora inferiore rispetto alla componente maschile.

Diversamente da quanto rilevato per la dirigenza, le dinamiche retributive del personale del comparto confermano per il 2025 lo squilibrio economico già evidenziato nella precedente relazione e riguardante, in particolare, la qualifica dei Quadri CP.

In questa categoria che identifica gli incarichi di responsabilità non dirigenziale, continua infatti a registrarsi un discreto gender gap economico in favore della componente maschile: a fronte di una retribuzione media di 32.758,71 euro per gli uomini, quella femminile si attesta a 31.112,04 euro con uno scostamento di 1.646,67 euro.

Tale distonia retributiva, al di là della differente pesatura dei diversi incarichi di responsabilità non dirigenziale, appare più verosimilmente riconducibile alla maggior incidenza del part-time, che continua a gravare in modo prevalente sulla componente femminile dell'organico. L'istituto del part-time emerge dunque come fattore determinante nel ridurre la capacità reddituale delle lavoratrici: un onere che continua a pesare sulle donne nonostante i miglioramenti rilevati nei percorsi di conciliazione vita-lavoro.

Sezione 4. – Benessere del personale

Attività del CUG e Piano Triennale di Azioni Positive

Il benessere del personale rappresenta oggi una leva strategica fondamentale. È infatti ampiamente riconosciuto, che la qualità dell'ambiente di lavoro e la salute psicofisica individuale dei dipendenti, sono fattori determinanti per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni erogate.

In questa prospettiva, il benessere organizzativo supera i confini di mera macroarea di intervento del CUG per diventare un *asset* centrale nella strategia di ogni azienda. Investire sul benessere organizzativo significa agire direttamente sulla capacità dell'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi strategici.

Questa consapevolezza ha contribuito a generare un contesto favorevole alle attività proprie del Comitato Unico di Garanzia; il Piano Triennale di Azioni Positive, oggi, non è più solo uno strumento di programmazione ma rappresenta il mezzo concreto per contribuire a trasformare la qualità del contesto lavorativo in un valore aggiunto per l'Azienda.

In coerenza con quanto programmato nel PTAP per l'anno 2025, sono state realizzate diverse attività afferenti alla macroarea del benessere individuale e organizzativo, mirate a sostenere, monitorare e migliorare la qualità della vita lavorativa in Azienda.

Tra gli interventi realizzati si segnalano:

Il corso "La Comunicazione efficace e l'arte di ascoltare": iniziativa formativa estesa a tutte le professioni che, nel 2025, per il quarto anno consecutivo, è stata realizzata con due edizioni e con docenza completamente interna. La riproposizione del programma, già consolidato nel 2023, conferma la volontà di investire in modo costante sulle competenze relazionali non solo come pilastro fondamentale del benessere, ma come primario strumento di prevenzione della violenza contro gli operatori, fornendo tecniche concrete per la de-escalation e la gestione del conflitto. Visti i risultati positivi e i feedback ricevuti, il CUG ha deciso di confermare l'iniziativa anche nel 2026, prediligendo il personale che, per ragioni di servizio, rimane maggiormente a contatto con l'utenza.

Questionario sul clima organizzativo aziendale. L'indagine è stata condotta nel corso del 2025 mediante la somministrazione di un questionario anonimo in formato elettronico (moduli Google).

Nonostante l'utilizzo di uno strumento agile e di facile accesso, i risultati hanno evidenziato una modesta partecipazione del personale.

A fronte di una dotazione organica che al 31.12.2024 contava 4.245 dipendenti, hanno risposto all'indagine solamente 408 persone. Tale dato, attestandosi al di sotto del 10% del corpo dipendente dell'ASST, non ha consentito di considerare il campione come statisticamente significativo e rappresentativo dell'intera popolazione aziendale.

Questo esito ha imposto al CUG una riflessione sulle modalità di coinvolgimento e sulla necessità di individuare, per il 2026, strategie e canali di comunicazione e ascolto più efficaci, capaci di stimolare una maggior adesione e di restituire ai dipendenti il valore del proprio contributo nel monitoraggio del contesto lavorativo.

Valutazione del rischio specifico stress lavoro-correlato. Nel corso del 2024 era stato avviato l'aggiornamento della valutazione del rischio specifico da Stress Lavoro Correlato (SLC). La metodologia scelta era quella proposta dall'INAIL, che suggeriva percorsi di valutazione specificamente declinati per l'ambiente di lavoro sanitario.

Come già segnalato nella precedente relazione, la conclusione del percorso era subordinata all'acquisizione dei dati relativi agli eventi sentinella (es: assenze per malattia, ferie non godute, infortuni, ecc.), che ad oggi non risultano ancora pervenuti, impedendo di fatto la chiusura dell'indagine, la conseguente mappatura aggiornata dei livelli di rischio in azienda e l'individuazione di mirate misure di prevenzione e tutela del personale.

A completamento delle iniziative dedicate al benessere, si segnala che anche nel 2025 l'ASST Ovest Milanese ha mantenuto l'adesione al programma WHP (Workplace Health Promotion) per la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Tale iniziativa, dispone di uno spazio internet dedicato all'interno del portale aziendale, facilmente fruibile da ciascun dipendente con accesso diretto dalla *home page*.

PARTE SECONDA_ l'Azione del Comitato Unico di Garanzia

Sotto il profilo istituzionale si rileva che il CUG aziendale, istituito con deliberazione DG n. 434 del 2021, ha raggiunto la scadenza naturale del proprio mandato nell'ottobre 2025. Tuttavia, in piena conformità con la Direttiva Ministeriale n.2 del 2019 (punto 3.3) e con il Regolamento aziendale per il funzionamento del Comitato (approvato con deliberazione DG n. 111 del 2023), l'organismo ha proseguito la propria attività in regime di *prorogatio*. Tale continuità consentirà di dare regolare seguito alle azioni programmate garantendo il monitoraggio e l'attuazione degli obiettivi fissati nel PTAP nonostante la fase di transizione verso il rinnovo dei componenti.

Nel corso del 2025, il CUG si è riunito in seduta plenaria per tre volte. Tali incontri hanno riguardato principalmente la verifica dello stato di avanzamento dei lavori per la realizzazione delle azioni positive previste per l'annualità, la valutazione critica dei risultati raggiunti rispetto a quelli attesi e l'analisi delle eventuali azioni correttive introdotte per farvi fronte.

Parallelamente alle sedute plenarie, i diversi gruppi di lavoro individuati nel Piano Triennale di Azioni Positive (confluito nel PIAO 2026-2028) si sono incontrati autonomamente per dare attuazione ai progetti assegnati.

Tale modalità operativa ha assicurato che la realizzazione delle azioni positive programmate procedesse regolarmente.

Nell'ultima plenaria del novembre 2025 il Comitato ha provveduto al riesame e alla conferma degli interventi previsti per il 2026 e ha predisposto la proposta formativa per il medesimo anno.

La programmazione delle attività del CUG anche per il 2026 si svilupperà su un doppio binario:

1. *Proposta Formativa* che prevede la conferma dei corsi sulla:

"Comunicazione efficace e l'arte di ascoltare"

"Violenza di genere"

"Medicina di genere".

A questi si aggiunge un'importante novità per il 2026: un corso dedicato *all'autopalpazione del seno e all'approfondimento del PDTA della Breast Unit aziendale*. Tale iniziativa, volta a sensibilizzare le dipendenti sull'importanza della prevenzione oncologica e a far conoscere i percorsi di cura d'eccellenza interni alla nostra ASST, sarà realizzata anch'essa con docenza completamente interna, nella convinzione che le elevate professionalità presenti in azienda costituiscano il vero valore aggiunto per il benessere del personale.

2. *Altre Azioni Positive*. Questa seconda area d'intervento comprende le iniziative di benessere monitoraggio e tutela che esulano dall'ambito formativo e che mirano ad incidere direttamente sulla qualità della vita lavorativa. Tra le attività prioritarie di segnalano:

- Ricognizione del fabbisogno aziendale di posti negli asili nido, finalizzata alla stipula di eventuali convenzioni con strutture presenti sul territorio. Tale azione ha la funzione di sostenere i lavoratori e le lavoratrici nella gestione dei figli piccoli, riducendo significativamente l'impatto dei carichi di cura sulla vita professionale e favorendo una reale conciliazione vita-lavoro;
- Attività di verifica ed aggiornamento degli elaborati delle precedenti annualità: con particolare riferimento al Vademecum Maternità, Affidamento e Adozione e al Vademecum Disabilità e Congedi Parentali, per garantirne la rispondenza alle novità normative;
- Ricerca di strategie comunicative più efficaci e capillari in risposta alla scarsa partecipazione rilevata nell'indagine di clima. L'attività per il 2026 sarà improntata all'individuazione di nuovi canali di comunicazione e ascolto capaci di stimolare una maggior adesione del personale e di restituire ai propri dipendenti il valore del contributo nel monitoraggio del contesto lavorativo.
- Consolidamento della figura e della funzione del Consigliere di Fiducia: l'attività per il 2026 punta a potenziare la visibilità di questa funzione di garanzia, prevedendo ad esempio l'inserimento di un modulo informativo dedicato nel corso FAD per i nuovi assunti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'analisi condotta sui dati relativi al personale dell'ASST Ovest Milanese riferiti all'anno 2025 ha evidenziato un'organizzazione complessa composta principalmente da donne, la cui presenza tuttavia tende a ridursi progressivamente risalendo la scala gerarchica: permane infatti la criticità legata alle posizioni dirigenziali di comando, ancora caratterizzate da uno squilibrio di genere. Il quadro restituisce inoltre l'immagine di un corpo dipendente con un'età media elevata e un tasso di formazione universitaria complessivo pari al 33% che, benché stabile, fatica a crescere, e che trova la sua principale area di consolidamento proprio nella componente femminile.

In merito agli istituti di conciliazione vita- lavoro, l'analisi ha confermato come il part-time rimanga uno strumento a esclusivo appannaggio del genere femminile, che vi ricorre per gestire l'equilibrio tra impegni privati e professionali, accettando il sacrificio economico che questo determina in termini di retribuzione complessiva.

Diversamente, il ricorso più trasversale ai congedi parentali e ai permessi ex Legge 104/92, suggerisce una progressiva evoluzione culturale verso una maggiore condivisione delle responsabilità di cura nei confronti dei figli e dei famigliari fragili.

Un'attenzione particolare merita l'istituto del lavoro agile, strumento che nel corso del 2025 ha mostrato potenzialità non ancora pienamente espresse. Tale evidenza suggerisce la necessità di un'analisi più approfondita volta a comprendere se la scarsa adesione sia riconducibile a difficoltà di natura tecnica e tecnologica o, piuttosto, a una resistenza di tipo culturale che fatica a superare il modello tradizionale della presenza fisica.

In questo scenario il CUG dell'ASST Ovest Milanese ha operato nel corso del 2025 con l'obiettivo di promuovere, garantire la tutela della dignità del personale attraverso la figura del Consigliere di Fiducia e promuovere il benessere organizzativo e la cultura delle pari opportunità attraverso lo svolgimento di una discreta attività di formazione, articolata in percorsi dedicati e mirati.

L'impegno del Comitato per l'anno 2025 si è concluso con la definizione della programmazione delle attività per il 2026, approvata nel mese di novembre per assicurare la necessaria continuità d'azione ed evitare vuoti operativi nel passaggio al nuovo mandato.

L'obiettivo per il 2026 rimane quello di tradurre l'attenzione al benessere e alla parità in azioni concrete e calate nel contesto aziendale, portando i servizi di tutela e la cultura delle pari opportunità e del benessere organizzativo direttamente nei luoghi di lavoro.

Il CUG continuerà ad operare ricercando strategie di ascolto e comunicazione più efficaci e capillari, superando quelle criticità comunicative che sono state probabilmente la causa della scarsa adesione all'indagine di clima, al fine di far sentire ogni lavoratore e lavoratrice elemento fondamentale per la costruzione di un luogo di lavoro migliore, improntato al benessere e al rispetto della dignità di ciascuno.

Legnano, 31.03.2026

Il Presidente CUG
ASST Ovest Milanese
Simona Locarno

