



Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Verbale n. 7 del 10.07.2017

SEDE: Monza – V.le Elvezia n. 2 – sala blu

DATA: 10 luglio 2017

DURATA: 14,00 – 16,30

PARTECIPANTI:

per NVP:

- Stefano Del Missier	Presidente
- Alceste Santuari	Componente
- Antonio Gioiosa	Componente

per ATS Brianza:

- Paolo Civillini - Responsabile Ufficio Contabilità Direzionale Qualità
- Celestina Rusconi – Responsabile UOC Personale
- Ingrid Sartori - Servizio AAGG verbalizzante

ORDINE DEL GIORNO:

- Relazione Piano performance anno 2016
- Obiettivi 2017 RAR comparto
- Validazione II SAL obiettivi comparto
- Regolamento Nucleo di Valutazione ATS

1. Relazione Piano performance anno 2016

Il Dott. Civillini, responsabile dell'Unità operativa Gestione Qualità, presenta la "Relazione Piano performance", approvata con deliberazione n. 343 del 27.06.2017 che contiene i risultati raggiunti nel 2016, rispetto agli impegni strategici/operativi pianificati e gli esiti degli stessi. La relazione è lo strumento con cui l'ente illustra sinteticamente i risultati ottenuti nell'anno precedente e costituisce il ciclo di chiusura della performance.

Fatta salva la valutazione positiva sia rispetto alla metodologia utilizzata e sia al contenuto, i componenti del NVP esprimono i seguenti suggerimenti/proposte:

L'attuale documento è sostanzialmente una lettura interna e come tale sostanzialmente condotto con una "lente d'ingrandimento" interna. Sarebbe pertanto utile da un punto di vista:

- strutturale - ampliare e diversificare gli indicatori di esito/effetto in modo da evidenziare la ricaduta dell'attività sui contesto esterno e sui portatori d'interesse; ampliare le dimensioni di analisi (efficienza/equità ecc)
- programmatico/strategico - introdurre e sviluppare anche una parte più descrittiva sugli obiettivi/risultati raggiunti soprattutto alla luce del contesto di competenza
- comunicativo - rivedere la struttura/format del documento in modo da renderlo più fruibile per i portatori d'interesse dell'ATS

Inoltre evidenziano, per il futuro, che la presentazione al NVP del documento sia effettuata entro il termine di approvazione e, conseguentemente, preceda l'approvazione aziendale.

Tutto ciò premesso i componenti del Nucleo dopo aver esaminato la Relazione sulla Performance e suoi allegati esprimono il proprio parere positivo.

2. Obiettivi RAR comparto

Con DGR n.X/6688 del 9/6/2017 regione Lombardia ha approvato "la pre-intesa sulle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2017 tra la delegazione di parte pubblica e le OO.SS. del comparto della sanità pubblica". Il cronoprogramma regionale prevede la definizione dei progetti entro il 31.07.2017, previa condivisione con le rappresentanze sindacali aziendali e i progetti, dopo validazione dal Nucleo di Valutazione, sono immediatamente efficaci. E' prevista l'erogazione di una quota pari al 60% dovuto entro il mese di settembre 2017 e saldo dell'importo dovuto entro marzo 2018.

Il Dott. Civillini evidenzia l'impossibilità strutturale di disgiungere i progetti dell'area dirigenza da quelli dell'area comparto e che quindi i progetti sono i medesimi già approvati per la dirigenza.

Il Nucleo di Valutazione si esprime a favore della validazione dei progetti RAR, in quanto riconosce che la ATS ha rispettato il percorso indicato dalla Regione Lombardia.

3. Validazione II SAL obiettivi comparto

Il Dott. Civillini presenta le tabelle relative al II SaL degli obiettivi ATS. I componenti del Nucleo dopo aver visionato la documentazione concordano con gli esiti del SaL stesso.

Rispetto agli obiettivi il NVP evidenzia la necessità di porre particolare attenzione a quelli attinenti all'argomento della trasparenza e chiedono che con i prossimi Sal sia loro trasmessa una tabella riassuntiva di cosa/quanto/quando/chi doveva ed è stato fatto, comprensiva degli indirizzi di pubblicazione .

4. Regolamento Nucleo Valutazione

I componenti approvano il regolamento del Nucleo di Valutazione che verrà inviato alla Direzione Aziendale per approvazione con deliberazione.



Il Nucleo fissa la data del prossimo incontro per il giorno 28 agosto 2017 ore 14,00

Null'altro essendovi da deliberare, la riunione si è conclusa alle 16,30

Monza, 10.07.2017

✓ Stefano Del Missier

✓ Alceste Santuari

✓ Antonio Gioiosa

Il verbalizzante

✓ Ingrid Sartori

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2016

Approvato con deliberazione nr. 343 del 27 giugno 2017

DOCUMENTO DI PROPRIETA' DELLA ATS DELLA BRIANZA

ID: 03013

Rev. 2017/0

Sommario

<i>Premessa</i>	3
1. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ATS DELLA BRIANZA	4
2. GLI IMPEGNI STRATEGICI	5
2.1 Gli impegni strategici individuati nella prima annualità del piano 2016 - 2018	5
2.1.1 Prevenzione del fenomeno della corruzione	5
2.1.2 Trasparenza ed integrità	6
2.1.3 Più qualità nei servizi	7
3. LA PERFORMANCE	9
3.1 Le dimensioni della performance	9
3.2 Le dimensioni della performance rilevate	9
3.2.1 L'efficacia della programmazione ATS	10
3.2.2 L'efficacia dei processi produttivi ATS	11
3.2.3 L'efficacia esterna delle attività ATS	11
3.2.4 La propensione alla qualità dei processi produttivi ATS	12
3.3 LA "PERFORMANCE" DELL'ATS	13
GLI ALLEGATI	14
<i>allegato 1: esiti della verifica/valutazione finale degli obiettivi "ordinari" 2016</i>	14
<i>allegato 2: le dimensioni suggerite dall'OIV regionale</i>	15
<i>allegato 3: le dimensioni ipotizzate dall'ATS</i>	15
<i>allegato 4: esiti della verifica/valutazione finale degli obiettivi "straordinari" (risorse aggiuntive regionali 2016)</i>	16
<i>allegato 5: gli indicatori di analisi della "efficacia della programmazione ATS"</i>	16
<i>allegato 6: gli indicatori di analisi della "efficacia dei processi produttivi ATS"</i>	17
<i>allegato 7: gli indicatori di analisi della "efficacia esterna delle attività ATS"</i>	18
<i>allegato 8: gli indicatori di analisi della "qualità dei processi produttivi ATS"</i>	19
<i>allegato 9: gli indicatori di analisi della "performance ATS"</i>	19

Premessa

Il D.Lgs 150/2009 pone a carico di tutte le amministrazioni pubbliche l'obbligo di:

1. avviare dei "cicli di gestione della performance" (pianificazione – misurazione - valutazione – monitoraggio – rendicontazione) e ribadisce la necessità di collegare il "sistema incentivante" ad un "sistema di programmazione per obiettivi";
2. predisporre annualmente due documenti rispettivamente denominati:
 - a) "piano della performance"¹ contenente:
 - gli *impegni strategici* tendenzialmente triennali e la loro articolazione in *impegni operativi* annuali per ognuno dei quali devono essere definiti specifici indicatori finalizzati alla loro misurazione, verifica e valutazione;
 - le dimensioni e gli indicatori previsti per la misurazione e la valutazione della performance complessiva aziendale;
 - b) "relazione sulla performance"² contenente i risultati raggiunti nell'anno precedente.

Se il Piano della Performance individua e definisce, a livello aziendale, gli impegni strategici e gli impegni operativi è poi il **documento di budget**³ che li declina, a livello delle singole strutture organizzative aziendali, in specifici obiettivi annuali.

Conseguentemente il grado di raggiungimento degli obiettivi annuali di budget, che sarà misurato in sede di verifica/valutazione annuale, permetterà di rilevare il livello di raggiungimento degli impegni operativi di performance e contribuirà⁴, in tal modo, a valutare la performance complessiva aziendale.

¹ Documento che deve essere adottato entro il 30 gennaio di ciascun anno.

² Documento che deve essere adottato entro il 30 giugno successivo all'anno oggetto di analisi.

³ Il Documento di Budget comprende oltre agli obiettivi annuali derivanti dalla declinazione degli impegni strategici definiti dal "piano della performance" anche quelli derivanti dalla declinazione degli obiettivi che sono, con tempistiche differenti, posti dalla Regione Lombardia alla Direttore Generale dell'ATS. Allo stato attuale gli obiettivi annuali costituiscono la cerniera tra la programmazione aziendale strategica (piano della performance) ed il sistema incentivante.

⁴ La misurazione del grado di raggiungimento degli impegni strategici/operativi e degli obiettivi annuale permette di analizzare e valutare una delle dimensioni della performance: l'efficacia interna.

1. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ATS DELLA BRIANZA

Al fine di attuare quanto previsto dal legislatore l'ATS Brianza⁵ ha:

- adottato, con deliberazione n. 47 del 28 gennaio 2016, il proprio Piano della Performance 2016 – 2018, con il quale, nell'immediatezza della sua costituzione, ha individuato alcuni primi impegni strategici/operativi e ipotizzando alcune dimensioni di analisi da monitorare per poter valutare la propria performance aziendale;
- declinato, con deliberazione n. 606 del 10 novembre 2016, gli impegni strategici/operativi individuati dal Piano della Performance 2016 – 2018 in obiettivi "ordinari" annuali 2016 attribuendo la responsabilità della loro realizzazione a specifiche strutture organizzative aziendali⁶;
- effettuato la verifica/valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi ("ordinari") 2016 formalizzandone gli esiti nel documento denominato "OBIETTIVI: VERIFICA E VALUTAZIONE FINALE - 31 dicembre 2016" (ID 02813). Gli esiti della predetta verifica e valutazione finale sono riportati nell'*allegato 1: esiti della verifica/valutazione finale degli obiettivi "ordinari" 2016*;
- predisposto la presente relazione in cui sono riportati (cfr cap. 2) i "risultati ottenuti" rispetto impegni strategici/operativi previsti e perseguiti nel 2016 e gli esiti (cfr cap. 3) delle analisi delle dimensioni indagate.

⁵ Costituita con DGR n. X/4466 del 10/12/2015 a partire dal 1/1/2016 in attuazione della L.R. 23/2015.

⁶ Nel 2016 nelle more di approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico gli obiettivi sono stati attribuiti solo ai sei Dipartimenti e alle prime strutture provvisoriamente attivate.

2. GLI IMPEGNI STRATEGICI

2.1 Gli impegni strategici individuati nella prima annualità del piano 2016 - 2018

2.1.1 Prevenzione del fenomeno della corruzione

L'impegno strategico triennale

denominazione		prevenzione del fenomeno della corruzione	
IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	impegno	vedi documento Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (par. 4.1)	
	note	prosecuzione delle misure preventive e azioni previste dai PTPC ex Asl Mb e Lc	
IMPEGNI OPERATIVI	anno	impegno	indicatore
	2016	individuazione dei processi produttivi aziendali	processi/funzioni poas * 100 = 100%
		avvio della definizione delle fasi e delle responsabilità dei processi aziendali delle aree maggiormente a rischio	processi definiti/processi individuati * 100 = 100%
		identificazione del rischio da inserire nel "registro dei rischi"	documento di analisi = si
		avvio analisi rischi sui processi delle aree maggiormente a rischio	analisi effettuate/processi a rischio individuati * 100 = 100%
		individuazione dei rischi prioritari da valutare per le decisioni da adottare	documento di analisi = si
		avvio individuazione delle misure di prevenzione da adottare per i processi delle aree maggiormente a rischio: modalità, responsabilità e tempi	processi con misure/processi individuati * 100 ≥ 100%
		verifica dell'applicazione delle modalità di attenuazione del rischio	relazione PNA = si
	2017	completamento della definizione delle fasi e delle responsabilità di tutti i processi aziendali	processi definiti/processi mappati * 100 = 100%
		completamento analisi rischi sui processi aree a rischio	analisi effettuate/processi mappati * 100 = 100%
		completamento dell'individuazione delle misure di prevenzione da adottare per i processi delle aree maggiormente a rischio: modalità, responsabilità e tempi	processi con misure/processi mappati * 100 ≥ 100%
		verifica dell'applicazione delle modalità di attenuazione del rischio	relazione PNA = si
	2018	aggiornamento del piano	nuovo PTPC = si
		verifica dell'applicazione delle modalità di attenuazione del rischio	relazione PNA = si
aggiornamento del piano		nuovo PTPC = si	

I risultati ottenuti

anno	impegno	indicatore	risultati ottenuti
2016	adozione procedura Whistleblowing	procedura adottata = si	procedura adottata con delibera n. 237 del 05/05/2016 - ID 02074
	adozione regolamento art 53	regolamento adottato = si	regolamento approvato con delibera n. 719 del 29/12/2016 - ID 02762
	adozione codice di comportamento	codice adottato = si	codice di comportamento adottato con delibera n. 725 del 29/12/2016 - ID 02744
REALIZZATO	COMMENTO	Come noto la riforma ha modificato assetto e funzioni per FATS. L'attività di riorganizzazione ha reso di fatto superati i processi individuati nelle ex ACL rendendo quindi necessario quale prima attività la mappatura dei processi secondo l'organizzazione dell'Agenzia prevista nel POAS che, come originariamente indicato da Regione Lombardia, si doveva concludere nel primo semestre. Lo slittamento della data di presentazione del POAS, ad oggi adottato ma ancora in attesa di approvazione regionale, ha quindi impedito l'attuazione di tali fasi. Tuttavia, nel suo primo anno di vita, FATS si è comunque dotata di alcuni importanti strumenti di limitazione del rischio avviando anche il lavoro, non facile, di approvazione di diversi regolamenti e procedure interne. Conseguentemente si rende necessario rimodulare gli impegni operativi per gli anni 2017 e seguenti.	

2.1.2 Trasparenza ed integrità

L'impegno strategico triennale

denominazione		Trasparenza ed Integrità		
IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	impegno	vedi documento Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (par. 4.2)		
	nota			
IMPEGNI OPERATIVI	anno	impegno	Indicatore	
	2016	Predisposizione della pagina amministrazione trasparente sul sito web aziendale con individuazione del content management system (cms)	[presenza della pagina = si → p 50 + individuazione csm = si → p 50] = 100 punti	
		Realizzazione delle sezioni di livello 1 macrofamiglie	sezioni realizzate / da realizzare (28) * 100 = 100%	
		Realizzazione delle sezioni di 2 livello tipologie di dati	sezioni realizzate / da realizzare (46) * 100 = 100%	
		Inserimento prima informazione in sezione 1 livello	prima informazioni inserite / previste (28)* 100 = 100%	
		Inserimento prima informazione in sezione 2 livello	prima informazioni inserite / previste (46)* 100 = 100%	
		Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa	informazioni inserite / previste * 100 = 100%	
		Assicurare l'aggiornamento di tutti i documenti pubblicati	documenti aggiornati / pubblicati * 100 = 100%	
		Assicurare il formato di pubblicazione aperto o elaborabile	documenti aperti o elaborabili / pubblicati * 100 = 100%	
		monitoraggio pagine web	pagine monitorate / inserite * 100 = 100%	
	2017	aggiornamento delle pagine web amministrazione trasparente	pagine aggiornate / inserite * 100 = 100%	
		Completezza del contenuto. Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa	informazioni inserite / previste * 100 = 100%	
		Assicurare l'aggiornamento di tutti i documenti pubblicati	documenti aggiornati / pubblicati * 100 = 100%	
		Assicurare il formato di pubblicazione aperto o elaborabile	documenti aperti o elaborabili / pubblicati * 100 = 100%	
		monitoraggio pagine web	pagine monitorate / inserite * 100 = 100%	
	2018	aggiornamento delle pagine web amministrazione trasparente	pagine aggiornate / inserite * 100 = 100%	
		Completezza del contenuto. Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa	informazioni inserite / previste * 100 = 100%	
		Assicurare l'aggiornamento di tutti i documenti pubblicati	documenti aggiornati / pubblicati * 100 = 100%	
Assicurare il formato di pubblicazione aperto o elaborabile		documenti aperti o elaborabili / pubblicati * 100 = 100%		
	monitoraggio pagine web	pagine aggiornate / inserite * 100 = 100%		

I risultati ottenuti

anno	impegno	indicatore	risultati ottenuti
2016	Predisposizione della pagina amministrazione trasparente sul sito web aziendale con individuazione del content management system (cms)	[presenza della pagina = si → p 50 + individuazione csm = si → p 50] = 100 punti	1) presenza pagina amministrazione trasparente = si 2) individuazione csm = si
	Realizzazione delle sezioni di livello 1 macrofamiglie	sezioni realizzate / da realizzare (28) * 100 = 100%	sezioni realizzate 28/ da realizzare 28
	Realizzazione delle sezioni di 2 livello tipologie di dati	sezioni realizzate / da realizzare (46) * 100 = 100%	sezioni realizzate 46/ da realizzare 46
	Inserimento prima informazione in sezione 1 livello	prima informazioni inserite / previste (28)* 100 = 100%	informazioni inserite 28
	Inserimento prima informazione in sezione 2 livello	prima informazioni inserite / previste (46)* 100 = 100%	prima informazioni inserite 46/ prime informazioni da inserire 46
	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa. Per le informazioni mancanti evidenza delle mail di sollecito	informazioni inserite / previste * 100 = 100%	L'attività di inserimento delle informazioni e dei dati sul sito aziendale è sempre in corso e continuerà fino a nuova disposizione normativa. È stato effettuato l'invio delle mail di sollecito ai detentori o decuratori delle informazioni.
	Assicurare l'aggiornamento di tutti i documenti pubblicati. Per le informazioni mancanti evidenza delle mail di sollecito	documenti aggiornati / pubblicati * 100 = 100%	L'attività di aggiornamento delle informazioni e dei dati sul sito aziendale è sempre in corso. È stato effettuato l'invio delle mail di sollecito ai detentori delle informazioni. documenti aggiornati 265/ pubblicati 310* 100 = 85% pagine aggiornate 105/ inserite 124 * 100 = 85%
Assicurare il formato di pubblicazione aperto o elaborabile	documenti "non aperti o non elaborabili" / pubblicati * 100 = 0%	n documenti FILE pubblicati in formato NON APERTO o NON ELABORABILE 0 / totale n documenti FILE pubblicati 310 = 0%	
monitoraggio pagine web	pagine monitorate / inserite * 100 = 100%	n pagine monitorate 124 / Totale n pag. inserite 124 = 100%	
COMMENTO	<p>Il progetto ha raggiunto gli obiettivi prefissati in fase di programmazione in tal senso al 31/12/2016 è disponibile sul sito internet aziendale la pagina "Amministrazione Trasparente" con gli indicatori previsti dalla norma legislativa vigente. Si evidenzia che nel corso del 2016 sono intervenuti due fattori che hanno influito notevolmente sul progetto:</p> <p>1. Il decreto legislativo 97/2016 entrato in vigore l'8/8/2016 ha modificato notevolmente gli impegni che erano stati previsti inizialmente dal d.lvo 33/2013. Si precisa che tale decreto 97/2016 da un lato ha aumentato le informazioni ed i dati che, secondo il d.lvo 33/2013, devono essere inserite sul sito, mentre d'altro lato ha eliminato altre informazioni che in precedenza erano richieste. ANAC ha chiarito solamente a fine dicembre, con la delibera ANAC n. 1316/2016, come alcune informazioni devono essere predisposte.</p> <p>2. La migrazione alla nuova versione del sito internet della ATS che ha sostituito la precedente versione ha richiesto la revisione di tutte le pagine già disponibili per verificare il funzionamento dei file inseriti e dei link già attivati.</p> <p>Tutto ciò determina la necessità di ridefinire l'impegno e di rimodulare la programmazione operativa annuale prevedendo le attività previste per il 2019.</p>		

2.1.3 Più qualità nei servizi⁷

L'impegno strategico triennale

IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	impegno	estendere l'applicazione dei principi presenti nella Norma UNI EN ISO 9001 a tutta la nuova struttura organizzativa dell'Agenzia attuando un sistema di gestione per la qualità, integrato con gli altri strumenti organizzativi presenti, che contribuisca allo sviluppo dell'organizzazione interna	
	note	Con lo scioglimento delle Asl di Lecco e Asl di Monza e Brianza e la nascita della nuova ATS le strutture aziendali attualmente previste dai poa vigenti sono 100 - esclusi i Dipartimenti e alcune strutture figurative - (67 Mb + 39 LC) delle quali quelle responsabili di processi certificati sono 38 [25 Mb (10 servizi e 15 u.o. territoriali) + 13 LC]. L'accorpamento ha comportato in molti casi la duplicazione di strutture e pertanto le procedure da unificare in nuove procedure ATS sono - al 31/07/2016 - 145	
IMPEGNI OPERATIVI	anno	impegno	indicatore
	2016	predisporre le procedure generali del sistema qualità aziendale	procedure generali predisposte/da predisporre (5) * 100 = 100%
		ottenere il mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001:2008	mantenimento del certificato = si
		definire un piano aziendale di unificazione delle procedure di processo esistenti nelle disciolte asl in nuove procedure ATS	piano aziendale = si
		avviare l'unificazione delle procedure di processo	nuove procedure di processo ATS approvate/da unificare (59) * 100 = 100%
		estendere la procedura generale di "gestione dei documenti" anche alle strutture (non responsabili di processi certificati) ATS escluse dal dominio della certificazione ISO	(procedure di processo caricate nel "gestionale documenti"/procedure di processo approvate(59) * 100 = 100% → p. 70 + strutture coinvolte/da coinvolgere (100)* 100 ≥ 90 % → p. 30] = 100 punti
		estendere la rilevazione degli indicatori di processo ai servizi certificati dell'ex asl di monza	servizi attivati/servizi certificati (10) * 100 ≥ 70%
	2017	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali	nuove procedure ats approvate/da unificare (86) * 100 = 100%
		avviare l'estensione della procedura generale di "gestione delle segnalazioni, anomalie ecc." anche alle strutture non responsabili di processi certificati	strutture coinvolte/strutture non certificate (62) * 100 ≥ 15%
		avviare l'estensione della procedura generale di "gestione degli audit interni" anche alle strutture (non responsabili di processi certificati) ATS escluse dal dominio della certificazione ISO	strutture non certificate auditate/strutture non certificate (62) * 100 ≥ 15%
		completare la rilevazione degli indicatori di processo ai servizi certificati dell'ex asl di monza	servizi attivati/servizi certificati (10) * 100 = 100%
	2018	implementare l'estensione della procedura generale di "gestione delle registrazioni" anche alle strutture (non responsabili di processi certificati) ATS escluse dal dominio della certificazione ISO	strutture coinvolte/strutture non certificate (62) * 100 ≥ 75%
		implementare l'estensione della procedura generale di "gestione degli audit" anche alle strutture (non responsabili di processi certificati) ATS escluse dal dominio della certificazione ISO	strutture non certificate auditate/strutture non certificate (62) * 100 ≥ 75%
		estendere la certificazione a tutti i processi di acquisizione di "beni e servizi"	processi di acquisizione di beni e servizi certificati/da certificare * 100 = 100%
		assicurare il passaggio alla nuova UNI EN ISO 9001:2015	ottenimento nuovo certificato = si

⁷ Questo impegno strategico è stato definito successivamente all'approvazione del Piano della Performance 2016 – 2018 avvenuta con Del 47 del 28 gennaio 2016 e a seguito dell'attivazione di una funzione di coordinamento della "gestione qualità" avvenuta con prot 11511 del 06.04.2016 ed è stato declinato con gli obiettivi "straordinari" delle Risorse Aggiuntive Regionali ricomprendendo provvisoriamente questa funzione nel Dipartimento Amministrativo.

I risultati ottenuti

anno	impegno	indicatore	risultati ottenuti
REALIZZATO	predispone le procedure generali del sistema qualità aziendale	procedure generali predisposte da predisporre (5) * 100 = 100%	5 procedure generali predisposte
	ottenere il mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001 2008	mantenimento del certificato = si	la certificazione è stata mantenuta
	definire un piano aziendale di unificazione delle procedure di processo esistenti nelle disciote asi in nuove procedure ATG	piano aziendale = si	È stato predisposto il piano individuando concretamente le procedure da unificare nel triennio 2016, 2017 e 2018. Rispetto a quelle del 2016 a fronte delle ipotizzate 59 procedure si è rilevato che 3 potranno essere trasformate in "istruzioni operative"
	avviare l'unificazione delle procedure di processo	nuove procedure di processo ATG approvate da unificare (59) * 100 = 100%	Gono state rimesse 56 procedure unificate a fronte delle 59 ipotizzate. 3 procedure in fase di revisione sono state trasformate in "istruzioni operative"
	estendere la procedura generale di "gestione dei documenti" anche alle strutture (non responsabili di processi certificati) ATG escluse dal dominio della certificazione ISO	[procedure di processo caricate nel "gestionale documenti"/procedure di processo approvate(59) * 100 = 100% → p. 73 + strutture coinvolte da coinvolgere (100) * 100 ≥ 90 % → p. 33] = 100 punti	Tutte le procedure/istruzioni operative unificate sono state caricate nel "gestionale documenti" individuando, conseguentemente per esse, un codice identificativo univoco. Le procedure riguardano processi anche delle strutture non responsabili di procedure certificate ai fini ISO, pertanto risulta che tutte le strutture da coinvolgere lo sono state
estendere la rilevazione degli indicatori di processo ai servizi certificati dell'ex asi di Monza	servizi attivati/servizi certificati (10) * 100 ≥ 70%	È stata estesa la rilevazione su 4 delle 10 e con l'unificazione delle 56 procedure di processo sono stati definiti i nuovi "indicatori di processo e/o di risultato" permettendo in tal modo la predisposizione dei rispettivi due listini	
COMMENTO	Rispetto alle 6 azioni individuate 5 sono state completamente realizzate mentre per l'ultima, seppur in parte perseguita, si è valutata l'opportunità di non completarla ma di limitarla a sperimentare - con successo nei 4 casi - l'estensione su l'area di Monza delle modalità di raccolta dati utilizzata nell'area di Lecco e con l'unificazione delle 56 procedure di processo, di predisporre le nuove anagrafiche in modo da permettere nel 2017 di avviare la raccolta dei dati delle procedure unificate su tutte le strutture ATG. Le attività svolte ed i nuovi dati acquisiti hanno permesso e imposto la necessità di ricalibrare il contenuto dell'impegno permettendo di individuare nel 2019 il completo conseguimento dell'impegno		

3. LA PERFORMANCE

3.1 Le dimensioni della performance

Se la *performance* può essere definita come il “risultato o contributo che un soggetto (singolo individuo, organizzazione, unità organizzativa o sistema) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi finalizzati alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita”, ne deriva che la *performance* non è solo il “risultato ottenuto” ma anche “come questi risultati sono stati ottenuti”. Da ciò ne consegue che la misurazione/valutazione della *performance* non può consistere solo nel verificare il livello di raggiungimento degli impegni strategici/operativi prefissati ma deve tendere a misurare e valutare tutte quelle dimensioni aziendali la cui valutazione è ritenuta necessaria per poter esprimere una valutazione complessiva della realtà organizzativa indagata; in tal modo la “performance” si deve così necessariamente trasformare in una valutazione multidimensionale.

Nel “Piano della performance 2016 – 2018 – anno 2016”⁸, l’ATS Brianza a fronte delle “dimensioni analizzabili” (cfr allegato 2: *le dimensioni suggerite dall’OIV regionale*) aveva ipotizzato alcune proprie “dimensioni” (cfr allegato 3: *le dimensioni ipotizzate dall’ATS*) e si era impegnata a:

- individuare e rilevare, già per il 2016, gli indicatori necessari per poter valutare la dimensione dell’**efficacia interna**;
- individuare ulteriori indicatori che potessero rilevare le altre dimensioni della performance ponendo particolare attenzione alla dimensione **efficacia esterna**.

3.2 Le dimensioni della performance rilevate

Rispetto agli impegni (cfr § 3.1) assunti, l’ATS ha:

- rilevato la necessità di distinguere la dimensione dell’**efficacia interna** in due sottodimensioni rispettivamente denominate: **l’efficacia della programmazione** e **l’efficacia dei processi produttivi**;
- avviato un percorso di individuazione degli indicatori necessari per analizzare la dimensioni dell’**efficacia della programmazione** e per avviare l’analisi dell’**efficacia dei processi produttivi**, dell’**efficacia esterna**, della **propensione alla qualità dei processi produttivi**;

⁸ Delibera num. 47 del 28 gennaio 2016

- rilevato i dati necessari per la costruzione degli indicatori indicati nel punto precedente;
- ipotizzato e rilevato un indicatore sintetico di valutazione complessiva della **performance aziendale**.

Nella premessa della presente Relazione si evidenziava (cfr nota 5) che l'ATS Brianza è stata costituita il 1 gennaio 2016 conseguentemente è indispensabile segnalare che per tutti gli indicatori che esaminano le diverse "dimensioni della performance" non esistono dati storici da porre a base della valutazione dei dati riferiti all'anno 2016. Da ciò ne consegue che siamo in presenza di un percorso "in costruzione" nel quale la presente "Relazione" ne costituisce solo il primo passo.

Si deve inoltre evidenziare che ogni indicatore – riportato nei successivi paragrafi – è stato riportato in forma grafica evidenziando – in ognuno di essi – l'area dell'indicatore (da 0 a 100) ed il risultato ottenuto mentre i dati analitici (numeratore e denominatore) sono stati riportati in allegati specificatamente richiamati.

3.2.1 L'efficacia della programmazione ATS

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di raggiungere gli obiettivi definiti in sede di programmazione".

Nel 2016 la programmazione dell'ATS si è sviluppata attraverso due tipologie di



obiettivi⁹, pertanto il dato riportato nel grafico a margine è la sintesi di alcuni indicatori specificatamente dettagliati nel l'allegato 5: *gli indicatori di analisi della "efficacia della programmazione ATS"*

⁹ Gli obiettivi si sono differenziati per la diversa tipologia di finanziamento degli stessi (per gli "ordinari": i fondi incentivanti aziendali; per gli "straordinari": le Risorse Aggiuntive Regionali) e dal diverso processo di definizione degli stessi. Gli obiettivi "ordinari" (Del. n. 606 del 10/11/2016) erano la declinazione degli obiettivi strategici e di quelli attribuiti dalla Regione Lombardia alla Direzione Generale dell'ATS. Di quelli "ordinari" si è già accennato nel capitolo; quelli "straordinari" sono stati definiti con deliberazione num. 540 del 16 settembre 2016 e l'esito della verifica/valutazione finale degli stessi è riportato nell'allegato 4: *esiti della verifica/valutazione finale degli obiettivi "straordinari" (risorse aggiuntive regionali 2016)*.

3.2.2 L'efficacia dei processi produttivi ATS

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di raggiungere obiettivi connessi ai propri processi produttivi".

Questa dimensione è stata analizzata attraverso alcuni indicatori specificatamente dettagliati nell'allegato 6: *gli indicatori di analisi della "efficacia dei processi produttivi ATS"*



Rispetto a questo indicatore è opportuno evidenziare:

- il numero limitato di processi produttivi per i quali sono stati individuati indicatori di efficacia: 12 su 151;
- i singoli indicatori sono stati: **riparametrati**¹⁰ proporzionalmente (su base 100) rapportando tra loro il dato ottenuto e obiettivo atteso; inoltre sono stati **uniformati** in quanto non sempre la miglior performance tende al limite massimo (100) dell'area dell'indicatore.

Per questi motivi l'indicatore rilevato sul 2016 è di fatto al momento molto approssimativo.

3.2.3 L'efficacia esterna delle attività ATS

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di raggiungere gli scopi, le finalità alla base della sua esistenza".

Questa dimensione è stata analizzata attraverso alcuni indicatori specificatamente dettagliati



nell'allegato 7: *gli indicatori di analisi della "efficacia esterna delle attività ATS"*

Rispetto a questo indicatore è opportuno evidenziare:

¹⁰ Non occorre dimenticare che l'efficacia misura il rapporto tra risultati ottenuti ed obiettivi previsti e non sempre l'obiettivo previsto equivale al limite massimo (100) dell'area dell'indicatore

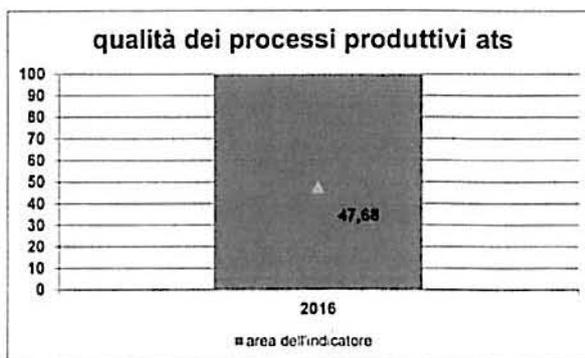
- il numero limitato di processi produttivi per i quali sono stati individuati indicatori di efficacia: 19 su 151;
- in molti casi si tratta di indicatori “per approssimazione” cioè indicatori che non misurano direttamente l’effetto, l’esito del processo ma piuttosto delle precondizioni che se raggiunte dovrebbero direttamente condizionare l’effetto/esito;

Per questi motivi l’indicatore rilevato sul 2016 è di fatto al momento molto approssimativo.

3.2.4 La propensione alla qualità dei processi produttivi ATS

Questa dimensione osserva la “capacità di una organizzazione di favorire un approccio qualitativo per processi”.

Nel 2016 l’ATS ha avviato una attività di unificazione dei processi produttivi e ciò è avvenuto attraverso la predisposizione di specifiche “procedure di processo” uniche per



tutto il territorio di competenza. I dati analitici alla base dell’indicatore rappresentato nel grafico sopra riportato sono specificatamente dettagliati nell’allegato 8: *gli indicatori di analisi della “qualità dei processi produttivi ATS”*.

Rispetto questo indicatore si deve osservare che:

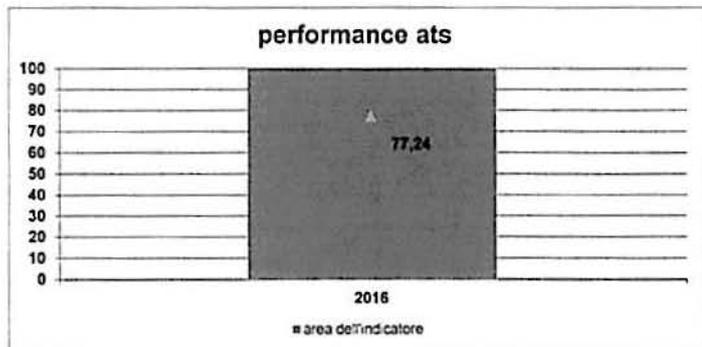
- è un indicatore “per approssimazione” in quanto non misura in modo diretto l’effettiva qualità ma una precondizione (l’esistenza di procedure) che se soddisfatta dovrebbero direttamente condizionare la qualità dei processi stessi;
- probabilmente rileva solo un aspetto (item) di qualità.

Per questi motivi l’indicatore rilevato sul 2016 è di fatto al momento molto approssimativo.

3.3 LA "PERFORMANCE" DELL'ATS

Poiché la misurazione/valutazione (cfr § 3) della *performance* si trasforma necessariamente in una valutazione multidimensionale e ogni dimensione della performance è stata (sia pure spesso – come è stato evidenziato nei rispettivi precedenti paragrafi – in modo un po' approssimativo) singolarmente misurata si pone la necessità di elaborare un indicatore sintetico complessivo per ATS.

I dati analitici alla base dell'indicatore rappresentato nel grafico a fianco riportato sono specificatamente dettagliati nell'allegato 9: *gli indicatori di analisi della "performance ATS"*



GLI ALLEGATI

allegato 1: esiti della verifica/valutazione finale degli obiettivi "ordinari" 2016

obiettivi aziendali	DIREZIONE	num obj	% riconosciuta nella verifica finale	% riconosciuta nella valutazione finale
		SANITARIA	10	100,00
	SOCIO SANITARIA	10	90,00	97,50
	AMMINISTRATIVA	7	100,00	100,00
	GENERALE	4	75,00	100,00
	ATS	31	93,55	99,19

2) a livello di Dipartimenti

DIREZIONE	struttura organizzativa	cod strutt	num obj	% riconosciuta nella verifica finale	% riconosciuta nella valutazione finale
SANITARIA	dip prevenzione medica	S100	5	100,00	100,00
SANITARIA	dip prevenzione veterinaria	S110	2	100,00	100,00
SANITARIA	dip cure primarie	S120	3	100,00	100,00
SOCIO SANITARIA	dip assi	S130	8	87,50	96,88
SOCIO SANITARIA	dip programmazione acquisto e controllo	S160	2	100,00	100,00
AMMINISTRATIVA	dip amministrativo	S150	7	100,00	100,00
GENERALE	Anticorruzione	A001	1	100,00	100,00
GENERALE	Trasparenza	A002	1	100,00	100,00
GENERALE	Servizio Prevenzione e Protezione Interna	MB34	1	100,00	100,00
GENERALE	distretti socio sanitari	S501	1	0,00	100,00

allegato 2: le dimensioni suggerite¹¹ dall'OIV regionale

gennaio 2012	ottobre 2013	significato
Economicità		equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento
Efficacia esterna (impatto sui bisogni)		la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività a cui è chiamata a far fronte
Efficacia organizzativa	Efficacia organizzativa	l'efficacia del modello organizzativo in termini di formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità
Efficacia interna	Efficacia interna	capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità in termini di efficacia gestionale, cioè della capacità di raggiungere obiettivi definiti in sede di programmazione e che possono riguardare dall'acquisto dei fattori produttivi alla quantità di output prodotta
Efficienza	Efficienza produttiva	la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni
Qualità dei processi e dell'organizzazione	Qualità dell'organizzazione	la corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari
Appropriatezza		intesa come appropriatezza organizzativa e non clinica
Accessibilità e soddisfazione dell'utenza	Accessibilità	equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti a parità di altre condizioni

allegato 3: le dimensioni ipotizzate dall'ATS

dimensione	contenuto
efficacia interna	capacità di una organizzazione di raggiungere gli obiettivi (vedi impegni prefissati) definiti in sede di programmazione
efficacia esterna	capacità di una organizzazione di raggiungere gli scopi, le finalità alla base della sua esistenza
efficienza produttiva	capacità di una organizzazione di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti
efficacia organizzativa	l'efficacia dell'organizzazione intesa come struttura in sé
qualità aziendale	la capacità di una organizzazione di favorire un approccio e qualitativo per processi
accessibilità	l'attenzione di una organizzazione a facilitare i propri utenti a richiedere i servizi/attività istituzionali
strutturale	l'attenzione di una organizzazione ad assicurare l'idoneità delle proprie strutture, attrezzature allo svolgimento delle proprie funzioni
economicità	l'attenzione di una organizzazione all'utilizzo responsabile delle risorse economiche a disposizione

¹¹ Le indicazioni sono state elaborate, sotto il coordinamento dell'OIV regionale, da gruppi di lavoro in due momenti successivi

allegato 4: esiti della verifica/valutazione finale degli obiettivi "straordinari" (risorse aggiuntive regionali 2016)

Strutture	num obj	% RAGGIUNTO
dip amministrativo	11	100
dip assi	5	100
dip cure primarie	3	100
dip prevenzione medica	8	100
dip prevenzione veterinaria	3	100
dip programmazione acquisto e controllo	3	100
ATS	33	100

allegato 5: gli indicatori di analisi della "efficacia della programmazione ATS"

denominazione:	unità di misura	significato	algoritmo	cod pr	dato numeratore 2016	dato denominatore 2016	indicatore 2016
obiettivi ordinari ats	pesi	l'indicatore rileva la% di obiettivi "ordinari" raggiunti al fine di valutare l'efficacia interna	num obiettivi raggiunti/num da raggiungere* 100	A37	29	31	93,55
obiettivi rar ats	pesi	l'indicatore rileva la% di obiettivi "rar" raggiunti al fine di valutare l'efficacia interna	num obiettivi raggiunti/num da raggiungere* 100	A39	33	33	100,00

Si segnala che l'indicatore per gli obiettivi "ordinari" è stato determinato rispetto alla percentuale di raggiungimento riconosciuta in sede di verifica e non a quella successiva della valutazione

allegato 6: gli indicatori di analisi della "efficacia dei processi produttivi ATS"

denominazione struttura	denominazione	unità di misura	significato	algoritmo	ID stp	denominazione stp	cod. PI	dato numeratore 2016	dato denominatore 2016	indicatore 2016
epidemiologia	registrazione dei casi di tumore identificati	casi di tumori	l'indicatore rileva la completezza delle informazioni presenti nel registro tumori necessarie per poter monitorare in modo adeguato la distribuzione e l'andamento delle patologie neoplastiche	num. casi inseriti/num. casi tumori rilevabili/attesi*100	Sp 000	Attività extra processi	A08	8 621	26 308	32,77
fragilità e cronicità	governance delle azioni del piano territoriale di conciliazione	azioni	rileva il numero di azioni attivate e pertanto rileva la capacità dell'ATS di essere promotore della funzione nel proprio territorio	num. azioni attivate /num. azioni programmate*100	Sp 142	coordinamento rete	A12	10	10	100,00
affari generali e legali	sedute straordinarie	sedute	l'indicatore rileva l'efficacia della programmazione delle sedute deliberative	num. sedute deliberative straordinarie/num. sedute deliberative totali*100	Sp 008	gestione della delibera	A16	21	72	29,17
controllo di gestione	evaseione richieste regionali	richieste	l'indicatore rileva la % delle richieste regionali evase nei tempi	num. richieste regionali evase nei tempi/num. richieste regionali evase*100	Sp 009	gestione della contabilità analitica	A17	11	11	100,00
economico-finanziario	pagamento ai fornitori di beni e servizi	pagamenti	l'indicatore rileva la % dei pagamenti effettuati nei tempi	num. pagamenti tempestivi/num. pagamenti effettuati*100	Sp 012	gestione contabilità passiva	A18	17.180	21.532	79,79
economico-finanziario	richieste regionali	assolvimenti	l'indicatore rileva la % degli assolvimenti regionali eseguiti nei tempi	num. assolvimenti tempestivi/num. assolvimenti regionali richiesti*100	Sp 012	gestione contabilità passiva	A19	19	19	100,00
formazione e valorizzazione risorse umane	ore di formazione	ore	l'indicatore rileva l'incidenza del tempo dedicato alla formazione rispetto al tempo dedicato al lavoro	num. ore di formazione/num. ore lavorate*1	Sp 014	gestione del piano di formazione	A20	27.352	1.058.058	2,51
formazione e valorizzazione risorse umane	discendenti interni	discendenti	l'indicatore rileva la % dei discendenti interni formati sul totale del personale	num. discendenti interni formati/num. dipendenti*100	Sp 014	gestione del piano di formazione	A21	759	826	91,89
risorse strumentali e logistiche	spese per acquisti	spese	l'indicatore rileva la % di spese aggregate rispetto alle spese totali sostenute	spese per acquisti aggregati/spese totali per acquisti*100	Sp 027	gestione gare beni e servizi	A22	52.158	57.968	89,98
servizi informativi aziendali	continuità del servizio	servizio	l'indicatore rileva la continuità dei servizi	num. fermi servizi > 15 minuti/num. servizi*1	Sp 029	Continuità operativa dei servizi informatici	A23	nd	nd	ND
tecnico patrimoniale	manutenzioni ordinarie	interventi	l'indicatore rileva la % di interventi di manutenzione ordinaria eseguiti nei tempi con squadre interne	num. interventi di manutenzione ordinaria con squadre interne tempestivi/num. interventi di manutenzione ordinaria eseguiti*100	Sp 034	gestione manutenzione ordinaria	A20	575	639	89,98
programmazione e progettualità cure primarie	livello congruenza del PAI	prestazioni	verifica la bontà del percorso di responsabilizzazione dell'N/G rispetto al paziente cronico	prestazioni specialistiche eseguite/prestazioni specialistiche previste dal PAI*100	Sp 000	Attività extra processi	A38	nd	nd	ND

Si segnala che in due casi (ind A23 e A24) non è stato possibile recuperare i dati 2016

allegato 7: gli indicatori di analisi della "efficacia esterna delle attività ATS"

departito	denominazione struttura	denominazione	unità di misura	significato	algoritmo	Data	denominatore sta	cod. ATC	dati numeratore 2016	dati denominatore 2016	indicatore 2016
referario e sicurezza degli alimenti di origine animale	ibers	commercializzazione di animali e prodotti di origine animale	prestazioni	Indicatore rileva il mantenimento di garanzie sanitarie di elevato livello che consentono, senza restrizioni, la movimentazione di animali e prodotti di origine animale in ambito nazionale, comunitario ed extra comunitario	num parte respinte o non accettate/num parte certificate*100	Sp 005	certificazione	A01	2	2.377	0,08
referario e sicurezza degli alimenti di origine animale	ibers	commercializzazione di animali e prodotti di origine animale	prestazioni	Indicatore rileva il mantenimento di garanzie sanitarie di elevato livello che consentono, senza restrizioni, la movimentazione di animali e prodotti di origine animale in ambito nazionale, comunitario ed extra comunitario	num parte respinte o non accettate/num parte certificate*100	Sp 007	certificazione	A02	0	1.207	0,00
referario e sicurezza degli alimenti di origine animale	ibers	commercializzazione di animali e prodotti di origine animale	prestazioni	Indicatore rileva il mantenimento di garanzie sanitarie di elevato livello che consentono, senza restrizioni, la movimentazione di animali e prodotti di origine animale in ambito nazionale, comunitario ed extra comunitario	num parte respinte o non accettate/num parte certificate*100	Sp 108	certificazione	A03	1	2.243	0,04
referario e sicurezza degli alimenti di origine animale	ibers	commercializzazione di animali e prodotti di origine animale	prestazioni	Indicatore rileva il mantenimento di garanzie sanitarie di elevato livello che consentono, senza restrizioni, la movimentazione di animali e prodotti di origine animale in ambito nazionale, comunitario ed extra comunitario	num parte respinte o non accettate/num parte certificate*100	Sp 121	certificazione	A04	0	120	0,00
programmazione accreditamento acquisito prestazioni sanitarie e socio sanitarie	appropriata	tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	prestazioni	Indicatore rileva la percentuale di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate entro il tempo massimo regionale stabilito per le classi di priorità 1 e 2 dalle strutture del territorio	num. di prestazioni di primo accesso con classe di priorità 1 o 2 erogate entro i tempi previsti/num. totale di prestazioni erogate di primo accesso con classe di priorità 1 o 2*100	Sp 000	Attività extra processi	A09	124.434	143.745	86,42
programmazione accreditamento acquisito prestazioni sanitarie e socio sanitarie	appropriata	tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	parametri	Indicatore rileva il livello di appropriatezza delle prestazioni offerte in LDO per anziani e disabili	sommatore (% ottenute per LDO)/numero LDO controllate*1	Sp 133	appropriata e controllo prestazioni socio sanitarie	A10	7.084	70	93,21
programmazione accreditamento acquisito prestazioni sanitarie e socio sanitarie	appropriata	tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	verbali	Indicatore rileva la diminuzione delle carenze di requisiti di esercizio e accreditamento nelle LDO socio sanitarie per anziani e disabili	num verbali che hanno prodotto sanzioni/num verbali di vigilanza routinaria*100	Sp 132	abilitazione, aderenza e accreditamento in ambito socio sanitario, nuove attività e vigilanza routinaria	A11	32	81	39,51
programmazione e integrazione prestazioni socio sanitarie e sociali	accesso al pronto soccorso	accesso al pronto soccorso nel periodo estivo	accessi	Indicatore rileva gli accessi in pronto soccorso delle persone fragili nel periodo estivo e pertanto rileva la presenza o meno di rete sociale	num accessi in pronto soccorso/campioni target*100	Sp 143	valorazione del	A13	nd	nd	ND
programmazione e integrazione prestazioni socio sanitarie e sociali	ricovero in struttura sanitaria	ricovero in struttura sanitaria in periodo inferiore ai 7 gg dalla dimissione protetta	ricoveri	Indicatore rileva la % di pazienti che sono ricoverati in una struttura entro 7 gg dalla avvenuta dimissione protetta e pertanto rileva la criticità della funzione	num ric. in dimissione protetta re-ricoverati/num ric. in dimissione protetta*100	Sp 000	Attività extra processi	A14	nd	nd	ND
amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali	sviluppo risorse umane	ore assenza	ore	Indicatore/Indicatore rileva la corretta gestione delle risorse tramite la rilevazione del livello di assenteismo	num ore di assenza/num ore lavorate*100	Sp 032	gestione giuridica del personale	A24	330.292	1.068.058	30,91
amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali	sviluppo risorse umane	ore straordinario	ore	Indicatore rileva la corretta gestione delle risorse tramite la rilevazione del numero di ore di straordinario effettuate	num ore di straordinario/num ore lavorate*1	Sp 032	gestione giuridica del personale	A25	20.827	1.403.523	1,48
genere e prevenzione sanitaria	copertura dei controlli in aziende con dipendenti	aziende	aziende	Indicatore rileva la percentuale di aziende controllate	num aziende controllate/num aziende con dipendenti*100	Sp 000	Attività extra processi	A28	3.025	52.536	6,00
genere e prevenzione sanitaria	adesione screening mammografico	donne	donne	Indicatore rileva la percentuale di donne in fase di età compresa tra 50 e 69 anni, aderenti allo screening mammografico	num aderenti/num invitate*100	Sp 072	prevenzione delle patologie oncologiche mediante diagnosi precoce	A29	44.119	62.328	70,79
genere e prevenzione sanitaria	testo di conferma casi di morbillo	casi	casi	Indicatore rileva la percentuale dei casi di morbillo confermati, dalle analisi di laboratorio	num casi con conferma di laboratorio/num casi*100	Sp 000	Attività extra processi	A30	9	11	81,82
genere e prevenzione sanitaria	prevenzione e sorveglianza malattie infettive	comuni	comuni	Indicatore rileva la percentuale di comuni che adottano le linee guida sulla prevenzione del gas radon	num comuni che adottano linee guida gas radon/num comuni del territorio ATS (Branda)*100	Sp 079	espressione di parere tecnico sanitario in materia di igiene edilizia	A31	19	143	13,25
genere e prevenzione sanitaria	controlli nel settore della ristorazione	spedizioni e punti	spedizioni e punti	Indicatore rileva la percentuale di controlli effettuati presso le attività di ristorazione pubblica e collettive	num controlli effettuati nella ristorazione pubblica e collettiva/num aziende della ristorazione pubblica e collettiva*100	Sp 005	vigilanza e controllo in materia di sicurezza alimentare	A33	2.143	10.538	20,34
genere e prevenzione sanitaria	vigilanza nelle scuole	scuole	scuole	Indicatore rileva la percentuale delle scuole ispezionate sul totale delle scuole esaminate	num scuole ispezionate/num totale scuole*100	Sp 006	vigilanza e controllo negli ambienti di vita	A34	62	842	7,36
genere e prevenzione sanitaria	copertura vaccino mpr 1 ^a dose a 24 mesi	bambini	bambini	Indicatore rileva la percentuale di bambini vaccinati	num vaccinati/num residenti*100	Sp 000	Attività extra processi	A35	9.574	10.345	92,55
dirigenti amministrativi	gestione qualità	obiettivi operativi di alta	obiettivi	Indicatore rileva la % di obiettivi raggiunti al fine di valutare l'effetto della realizzazione del processo	num obiettivi raggiunti/num da raggiungere*100	Sp 033	obiettivi programmazione e controllo	A36	62	64	96,80

Si segnala che in due casi (ind A13 e A14) non è stato possibile recuperare i dati 2016

allegato 8: gli indicatori di analisi della "qualità dei processi produttivi ATS"

denominazione:	unità di misura	significato	algoritmo	cod prov	dato numeratore 2016	dato denominatore 2016	indicatore 2016
qualità dei processi produttivi ats	procedure	l'indicatore rileva la qualità dei processi ats	processi proceduralizzati/num processi mappati*100	B.005	72	151	47,68

allegato 9: gli indicatori di analisi della "performance ATS"

caratteristica = DIMENSIONE	denominazione:	unità di misura	significato	algoritmo	cod prov	dato numeratore 2016	dato denominatore 2016	indicatore 2016
efficacia interna	efficacia della programmazione ats	obiettivi	l'indicatore rileva la capacità dell'ats di raggiungere i propri obiettivi previsti dalla programmazione annuale	num obiettivi raggiunti/num obiettivi*100	B 001	194	2	93,55
efficacia	efficacia dei processi produttivi ats	percentuali	l'indicatore rileva la capacità dell'ats di raggiungere gli obiettivi dei propri processi produttivi	\sum % indicatori di efficacia riparametrati/num indicatori di efficacia considerati*100	B 002	972	10	97,17
effetto	efficacia esterna delle attività ats	percentuali	l'indicatore rileva l'effetto raggiunto dalle attività ats sul proprio contesto di riferimento	\sum % indicatori di effetto/num indicatori di effetto considerati*100	B 003	1200	17	70,56
qualità	qualità dei processi produttivi ats	procedure	l'indicatore rileva la qualità dei processi ats	processi proceduralizzati/num processi mappati*100	B 005	72	151	47,68
performance	performance ats	percentuali	l'indicatore rileva in modo sintetico il livello di performance dell'azienda sulla base dell'analisi delle dimensioni	\sum % indicatori delle dimensioni/num dimensioni analizzate*100	B 100	309	4	77,24



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6688

Seduta del 09/06/2017

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*

VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

APPROVAZIONE DELLA PREINTESA SULLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI PER L'ANNO 2017 TRA LA DELEGAZIONE DI PARTE PUBBLICA E LE OO.SS. DEL COMPARTO DELLA SANITA' PUBBLICA

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014;

Il Dirigente Tommaso Russo

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 12 pagine

di cui 7 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la L.R. 23/2015 e la successiva L.R. 41/2015 con la quale è stata approvata la riforma sanitaria che dà avvio al percorso di evoluzione del Servizio Socio Sanitario lombardo;

CONSIDERATO che la legge di riforma, basandosi su un fondamentale cambiamento di approccio ai bisogni di cura dei cittadini, potrà garantire il successo anche grazie ad un forte impegno da parte di tutti gli attori del sistema sanitario che sono chiamati ad un particolare sforzo organizzativo e professionale;

RICHIAMATA la D.G.R. n. X/5113 del 29/04/2016 che approva le linee guida per l'adozione dei Piani Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Regionali Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico e di AREU;

VISTA la D.G.R. N. X/5089 del 29/04/2016 che modifica la D.G.R. N. VII/003636 e istituisce i Coordinamenti regionali e individua la Delegazione di Parte Pubblica;

VISTA la D.G.R. n. X/5386 del 11 luglio 2016 "Approvazione della Preintesa sulle risorse aggiuntive regionali per l'anno 2016 tra Delegazione di Parte Pubblica e OO.SS. del Comparto della Sanità Pubblica";

VISTA la D.G.R. n. X/5954 del del 05 dicembre 2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 – (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza);

VISTO l'art. 22 (Gestione e sviluppo delle risorse umane) dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016, siglata nella seduta del 10 luglio 2014 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, dispone al comma 5 che: "Inoltre, in materia di contenimento delle spese di personale, si conviene di modificare il comma 3-bis dell'articolo 17 del decreto-legge n. 98/2011 – che impone, a partire dal 2015, il rispetto del vincolo previsto dall'articolo 2, commi 71 e 72 della legge n. 191/2009 (spesa 2004 diminuita dell'1,4%) indipendentemente dall'effettivo conseguimento dell'equilibrio economico – prevedendo che le Regioni siano considerate adempimenti ove venga accertato, con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73 della citata legge n. 191/2009, il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all'applicazione totale dello stesso nel 2020. Si conviene altresì di effettuare un approfondimento tecnico ai fini



Regione Lombardia

LA GIUNTA

dell'aggiornamento del parametro spesa 2004 – 1,4%”;

VISTA la “Preintesa sulle risorse aggiuntive regionali – anno 2017 - per il personale del Comparto della sanità pubblica” sottoscritta in data 01 giugno 2017 tra la Delegazione di Parte Pubblica dell'Assessorato al Welfare e le OO.SS. Regionali del Comparto della Sanità Pubblica, allegata alla presente delibera quale parte integrante e sostanziale;

VISTO il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del 10 aprile 2008 del comparto sanità, quadriennio normativo 2006/2009 - biennio economico 2006/2007;

VISTO il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del 31 luglio 2009 del comparto sanità, biennio economico 2008/2009;

PRESO ATTO:

- che i contenuti della Preintesa di cui sopra sono coerenti con le disposizioni contenute nella citata D.G.R. n. X/5954 del del 05 dicembre 2016 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 – (di concerto con gli Assessori Garavaglia e Brianza);
- che le risorse destinate a finanziare la Preintesa sopracitata sono compatibili per l'anno 2017 con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale dell'anno 2017, di cui alla stessa D.G.R. n. 5954/2016;

PRECISATO che le Risorse Aggiuntive Regionali previste per l'anno 2017 non si consolidano in alcuno dei Fondi contrattuali come previsto nella Preintesa allegata alla presente quale parte integrante;

PRECISATO altresì che la Preintesa ha durata fino al 31 dicembre 2017 e riguarda le Risorse Aggiuntive Regionali per l'anno 2017 che risultano essere vincolate ed indisponibili e che potranno essere utilizzate esclusivamente in seguito alla sottoscrizione di accordi a livello aziendale con le rappresentanze sindacali aziendali dei progetti di miglioramento discendenti dai macro obiettivi approvati con la presente Preintesa;

RITENUTO di approvare la “Preintesa sulle risorse aggiuntive regionali – anno 2017 - per il personale del Comparto della sanità pubblica”, sottoscritta in data 01 giugno 2017 tra la Delegazione di parte pubblica dell'Assessorato Welfare e le OO.SS. Regionali del Comparto della Sanità Pubblica, allegata alla presente quale



Regione Lombardia

LA GIUNTA

parte integrante;

DATO ATTO che entro il mese di marzo 2018 le ATS/ASST/IRCCS, AREU e ARPA dovranno rendicontare alla Direzione Generale Welfare, tramite certificazione del Direttore Generale debitamente validata dal Collegio Sindacale, gli importi erogati in base alla verifica del raggiungimento degli obiettivi da parte del nucleo di valutazione;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge:

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare la *"Preintesa sulle risorse aggiuntive regionali – anno 2017 - per il personale del Comparto della sanità pubblica"*, sottoscritta in data 01 giugno 2017 tra la Delegazione di Parte Pubblica dell'Assessorato Welfare e le OO.SS. Regionali del Comparto della Sanità Pubblica, allegata alla presente quale parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che:
 - i contenuti della Preintesa di cui sopra sono coerenti con le disposizioni contenute nella citata D.G.R. n. X/5954 del 5 dicembre 2016 *"Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2017"*;
 - le risorse destinate a finanziare la Preintesa sopracitata sono compatibili per l'anno 2017 con le risorse destinate a finanziare il Servizio Socio Sanitario Regionale dell'anno 2017, di cui alla stessa D.G.R. n. 5954/2016;
 - le Risorse Aggiuntive Regionali previste per l'anno 2017 non si consolidano in alcuno dei Fondi contrattuali, come previsto nella Preintesa allegata alla presente quale parte integrante;
3. di dare atto altresì che la Preintesa ha durata fino al 31 dicembre 2017, e riguarda le Risorse Aggiuntive Regionali per l'anno 2017 che risultano essere



Regione Lombardia

LA GIUNTA

vincolate ed indisponibili e che potranno essere utilizzate esclusivamente in seguito alla sottoscrizione di accordi a livello aziendale con le rappresentanze sindacali aziendali dei progetti di miglioramento discendenti dai macro obiettivi approvati con la presente Preintesa;

4. di dare atto infine che entro il mese marzo 2018 le ATS/ASST/IRCCS, AREU e ARPA dovranno rendicontare alla Direzione Generale Welfare, tramite certificazione del Direttore Generale debitamente validata dal Collegio Sindacale, gli importi erogati in base alla verifica del raggiungimento degli obiettivi da parte del nucleo di valutazione.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Preintesa sulle Risorse Aggiuntive Regionali

Anno 2017 - per il personale del Comparto Sanità

TRA

DELEGAZIONE DI PARTE PUBBLICA

E

OO.SS. REGIONALI DEL COMPARTO SANITA' PUBBLICA

In data 01 giugno 2017, la Delegazione di parte pubblica della Direzione Generale Welfare, così come composta ai sensi della D.G.R. n°X/5089 del 29/04/2016 e le Organizzazioni Sindacali Regionali del Comparto Sanità, si sono incontrate per la definizione delle Risorse Aggiuntive Regionali per l'anno 2017.

Le parti hanno proseguito la condivisione dell'obiettivo comune di una piena valorizzazione del sistema sanitario della Lombardia, come già previsto nell'anno 2016, soprattutto in un momento come quello attuale che vede anche nell'anno 2017 le ATS, le ASST, gli IRCCS di diritto pubblico nonché AREU, fortemente impegnati nel processo di riforma di cui alla legge regionale n. 23 dell'11 agosto 2015, che vedrà nell'anno 2017 la messa a regime anche dei nuovi servizi e della nuova suddivisione delle competenze a seguito della legge di riforma.

La delegazione trattante di parte pubblica e le OO.SS. sopra indicate sono consapevoli che la legge di riforma, potrà garantire il successo soprattutto sul presupposto di un forte impegno da parte di tutti gli attori del sistema sanitario che sono chiamati ad un particolare sforzo organizzativo e professionale, come già dichiarato nell'accordo RAR per l'anno 2016.

Alla luce di quanto sopra, Regione Lombardia e le OO.SS. sopra individuate convengono sulla opportunità di mantenere, anche per l'anno 2017, le quote RAR nella medesima misura prevista per l'anno 2016, nella consapevolezza pertanto dello sforzo di Regione Lombardia di non ridurre a nessun dipendente del Servizio Sanitario Regionale la quota teorica massima di RAR spettante, rispetto all'anno 2016 secondo gli obiettivi di cui al presente accordo. Inoltre, in via sperimentale ed esclusivamente per l'anno 2017, Regione Lombardia riconosce una quota aggiuntiva pari a 35,00 euro per ogni unità di personale in servizio, coinvolto nell'attuazione della l.r. 23/2015 nell'ambito dei macro obiettivi di cui alle pagine seguenti in ragione dell'impegno richiesto derivante dall'attuazione e implementazione della legge di riforma.

Inoltre, relativamente a quanto stabilito dalle Regole 2017 al paragrafo 7.17, le parti danno atto di non prevedere progetti di incentivazione del personale sanitario neo assunto del comparto dell'ATS Montagna e delle relative ASST di afferenza.

Le RAR 2017, da tenere debitamente distinte dalle risorse relative ai fondi di produttività aziendale, sono destinate al trattamento economico accessorio e non possono essere portate ad incremento dei fondi contrattuali.

FP CGIL Lombardia
45-
UIC FPL
UIC FPL
NURSING-AT
FIAS
CISL
ESI-USA E
1
B
C1 B

**PROGETTI DI MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO DESTINATI A TUTTO IL
PERSONALE IN SERVIZIO**

L'istituto contrattuale delle RAR risulta essere una delle leve che coniuga l'investimento di risorse economiche con i processi di sviluppo e miglioramento qualitativo e quantitativo delle prestazioni sanitarie, attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione del personale operante nel sistema sanitario regionale pubblico, finalizzato alle politiche di sviluppo organizzativo ed agli obiettivi individuati. A tal fine, per l'anno in corso, devono essere favorite tutte le iniziative per favorire l'avvio dei nuovi cambiamenti degli assetti organizzativi, operativi a decorrere dall'approvazione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS).

Ogni ente definirà al proprio interno gli obiettivi da attribuire alla totalità delle unità operative e alla totalità del personale in servizio nel 2017, individuando e dettagliando nello specifico uno o più degli obiettivi sotto indicati e specificando per ogni obiettivo le azioni che si intendono concretamente perseguire entro il 31/12/2017, con i relativi indicatori.

In tal senso si definisce il seguente accordo sulle RAR 2017.

Rispetto alle aree di miglioramento di interesse regionale, si ritiene di definire specifici macro obiettivi regionali, di comune rilevanza per Dirigenza e Comparto, il cui sviluppo dovrà avvenire nell'anno 2017 e che potrà permettere anche una maggiore valorizzazione del sistema sanitario lombardo alla luce della riforma in atto.

L'accordo parte dall'assunto di individuare obiettivi di interesse regionale che comportino risultati concreti a beneficio del sistema. Queste finalità vengono perseguite anche mediante la valorizzazione delle Risorse Umane del Servizio Sanitario, promuovendone la professionalità, nel rispetto degli orari contrattuali.

A tal proposito gli accordi che definiranno i progetti aziendali dovranno prevedere in modo specifico il grado di partecipazione ed il contributo atteso per il raggiungimento degli obiettivi, anche eventualmente a livello di equipe/gruppo di lavoro.

Le Aziende garantiscono le quote stabilite dal presente accordo, ferma restando la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Direzioni aziendali e degli organismi di valutazione. La Direzione Generale Welfare si impegna a verificare l'attuazione ed il rispetto puntuale dell'accordo.

La presente Preintesa ha durata fino al 31 dicembre 2017, e riguarda le Risorse Aggiuntive Regionali per l'anno 2017.

Come sopra già previsto le RAR 2017, da tenere debitamente distinte dalle risorse relative ai fondi di produttività aziendale, sono destinate al trattamento economico accessorio e non possono essere portate ad incremento dei fondi contrattuali.

Gli eventuali residui derivanti dall'applicazione del presente accordo saranno oggetto di comunicazione alle OO.SS entro il mese di aprile 2018 e potranno essere portati in incremento delle RAR anno 2018.

[Handwritten signatures and initials]
FP CGIL
UIC FPL
FSI-PSAC
AM
FIALS
ASL FPOCUS
Melfizan
B9
2

- predisposizione di nuove procedure entro il 31/12/2017 in base alle priorità definite dalle singole realtà;
- aggiornamento di procedure in essere entro il 31/12/2017 in base alle priorità definite dalle singole realtà;
- implementazione di un sistema di monitoraggio e verifica dei risultati prodotti dalla revisione dei processi/procedure;
- promozione di interventi di formazione e/o informazione rivolta agli operatori finalizzati a diffondere principi e strategie della L.R. 23/2015 (anche in riferimento all'area promozione della salute – prevenzione);
- attuazione delle disposizioni organizzative e funzionali codificate nelle leggi regionali n°23/2015 e n°15/2016 per i Dipartimenti e i Distretti veterinari con la predisposizione di uniformi procedure aziendali secondo le priorità definite dalle singole realtà.

PER ACSS

- promozione di interventi di formazione sull'evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo L.23/2015

MACRO OBIETTIVO 4 – Efficientamento operativo e miglioramento qualitativo di aree di:

4 a) attività clinica, tecnica e amministrativa nonché dei servizi in genere, attraverso le indicazioni e gli strumenti P.R.I.M.O./ P.I.M.O. con particolare riguardo a:

- sviluppo protocolli operativi per la comunicazione interna ed esterna;
- sviluppo protocolli/procedure per la prevenzione degli errori nella pratica clinica;
- qualificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici in un'ottica di appropriata, efficiente e qualificata concentrazione dell'offerta;
- implementazione di un sistema di monitoraggio e verifica dei risultati prodotti;
- sperimentazione di modalità di controllo in équipe interdisciplinari e multiprofessionali al fine di accrescere la competenza tecnica dei Servizi e migliorare l'efficacia dei controlli. Puntuale e corretta verifica delle prescrizioni e delle azioni correttive adottate dagli Osa a seguito di non conformità rilevate durante l'attività di controllo.

4 b) attività di prevenzione, con particolare riguardo a sviluppo di attività di formazione per un pieno e completo utilizzo del sistema informativo della prevenzione, ovvero sviluppare la capacità negli operatori (in relazione al proprio ruolo e alle funzionalità degli applicativi) di:

- interrogare e caricare i dati presenti nel DWH regionale per le aree di Malattie infettive, Vaccinazioni, Screening, Person@; I.M.PreS@;
- utilizzare e caricare gli applicativi gestionali MAINF; MaPI e Servizio di Segnalazione delle Malattie Professionali (SMP)
- interrogare e caricare i dati in tema di promozione della salute attraverso gli applicativi PROSA, Survey stili di vita e dei flussi dei programmi regionali (WHP, ecc.)

M

MACRO OBIETTIVO 5 - Applicazione/Revisione delle procedure dei servizi sanitari, amministrativi e tecnici inerenti le condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, individuate dalle 17 Raccomandazioni Ministeriali per la riduzione del rischio clinico, con particolare riguardo a:

*UILP
Ma-1b
AR
ju*

*U12 FPL
M
D*

*FSI-USAC
R*

*FP CCL
R*

*FIALS
R*

*M
R
S
E*

- Entro il 31/12/2017 è necessario revisionare e aggiornare le procedure collegate alle raccomandazioni Ministeriali, dando evidenza della predisposizione di almeno tre nuove procedure in base alle priorità definite dalle singole ATS/ASST;
- promozione di interventi di formazione e/o informazione rivolta agli operatori finalizzati a diffondere principi e strategie delle nuove procedure.

CRONOPROGRAMMA COMUNE A TUTTI I MACRO OBIETTIVI DELLA PRESENTE PREINTESA

- entro il 31 luglio 2017 predisposizione dei progetti;
- entro marzo 2018 rendicontazione dei progetti.

In merito alla valutazione dei progetti e all'erogazione delle risorse, ribadito che i sopra esposti macro obiettivi dovranno essere declinati a livello aziendale con le rappresentanze sindacali aziendali, in modo da tenere conto di realtà diversificate ed in coerenza comunque con i macro obiettivi regionali, le parti convengono quanto segue:

- fermo restando che l'ammontare delle RAR per ogni azienda è costituito da una quota pro-capite moltiplicata per il numero dei dipendenti, la quota pro-capite (per quota pro-capite si intende il n° di dipendenti in valore assoluto compreso il personale in aspettativa di maternità obbligatoria) per l'anno 2017 per il personale delle diverse categorie del comparto sanità è fissata come segue:

a. le quote procapite per tutti i dipendenti sono le seguenti:

Categoria	Quota annua 2017	Quota supplementare 2017	Totale
D/DS	765,00	35,00	800,00
C	705,00	35,00	740,00
B/BS	616,00	35,00	651,00
A	570,00	35,00	605,00

b. emergenza infermieristica: al personale infermieristico (infermiere, infermiere pediatrico, assistente sanitario, ostetrica), se operante su turni articolati sulle 24 ore, è riconosciuta un'ulteriore quota annua, in aggiunta a quella di cui al precedente punto a), di Euro 227,00; allo stesso personale, se non operante su turni articolati sulle 24 ore, è riconosciuta un'ulteriore quota annua, in aggiunta a quella di cui al precedente punto a), di Euro 100,00;

c. al personale operante su turni articolati sulle 24 ore è riconosciuta un'ulteriore quota annua, in aggiunta a quella di cui al punto precedente a), di Euro 227,00; tale quota non è cumulabile con quella prevista al precedente punto b);

- ogni progetto obiettivo aziendale, connesso ai macro obiettivi sopra indicati, viene valorizzato economicamente e la quota complessiva viene erogata proporzionalmente alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo stesso. Ogni dipendente deve essere coinvolto in almeno un progetto obiettivo. Resta la facoltà del dipendente di aderire a più progetti, ferma restando l'erogazione di un'unica quota corrispondente al progetto con il valore economico raggiunto più elevato;

*UIC FA
think*

*AR
gr*

*UIC FPK
Mo Th*

*FSI-USAC
fr
ALC
FP CGIL
The Vo.*

*FIALS
P
M
p
9*

*Luca
5
off*

- le Aziende provvederanno entro il 31 luglio 2017 alla predisposizione dei progetti di loro competenza relativi ai macro obiettivi, i quali dovranno essere coerenti con la presente Preintesa nonché condivisi con le rappresentanze sindacali aziendali;
- i progetti identificati a livello aziendale dopo la validazione operata dal Nucleo di Valutazione saranno immediatamente efficaci e non necessiteranno di ulteriori trasmissioni alla Direzione Generale Welfare;
- i compensi saranno erogati come segue:
 - erogazione di una quota pari al 60% dell'importo dovuto, previa verifica a livello aziendale del rispetto della tempistica definita nel crono-programma, entro il mese di settembre 2017;
 - saldo 2017 dell'importo dovuto, previa verifica a livello aziendale del rispetto della tempistica definita nel crono-programma, entro il mese di febbraio 2018;
- la verifica finale del raggiungimento degli obiettivi compete al Nucleo di Valutazione Aziendale.

Le parti comunque verificheranno lo stato di attuazione dei progetti ed i relativi crono-programmi.

Destinatario delle disposizioni del presente Allegato è il personale delle ATS, delle ASST, degli IRCCS Pubblici trasformati in Fondazioni, dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU), dell'Agenzia di Controllo del sistema socio sanitario lombardo e dell'ARPA, tenuto conto della specificità delle attività svolte dall'ARPA medesima.

E' altresì destinatario delle disposizioni del presente Allegato il personale delle ASP che applica il contratto della Sanità Pubblica per il quale l'attuazione della presente Preintesa avverrà per il tramite dell'Assessorato al Reddito di Autonomia, tenuto conto della specificità delle attività svolte dalle ASP medesime nonché il personale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale al quale lo stesso Ente provvederà con risorse proprie di bilancio.

UIL FPL
Maurito

Tom ~

UIL FPL
Mf RL

lo

Antonio J...

FP CGIL LOMBS

[Signature]

FIALS

[Signature]

FX-USA

[Signature]

Mp...

[Signature]

402

gr Mh Er APC Mr B

PER LA DELEGAZIONE DI PARTE PUBBLICA

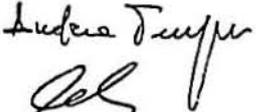
Giovanni Daverio



Tommaso Russo



Andrea Pellegrini



Marco Bosio



Marco Trivelli



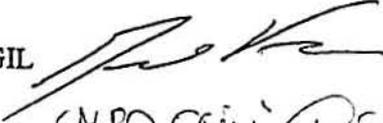
Marco Salmoiraghi

Luigi Cajazzo

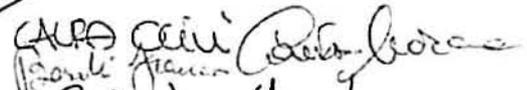


PER LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

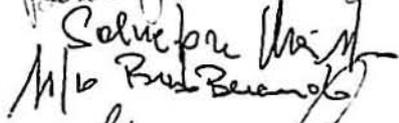
FP CGIL



CISL FP



UIL FPL



FSI USAE



FIALS

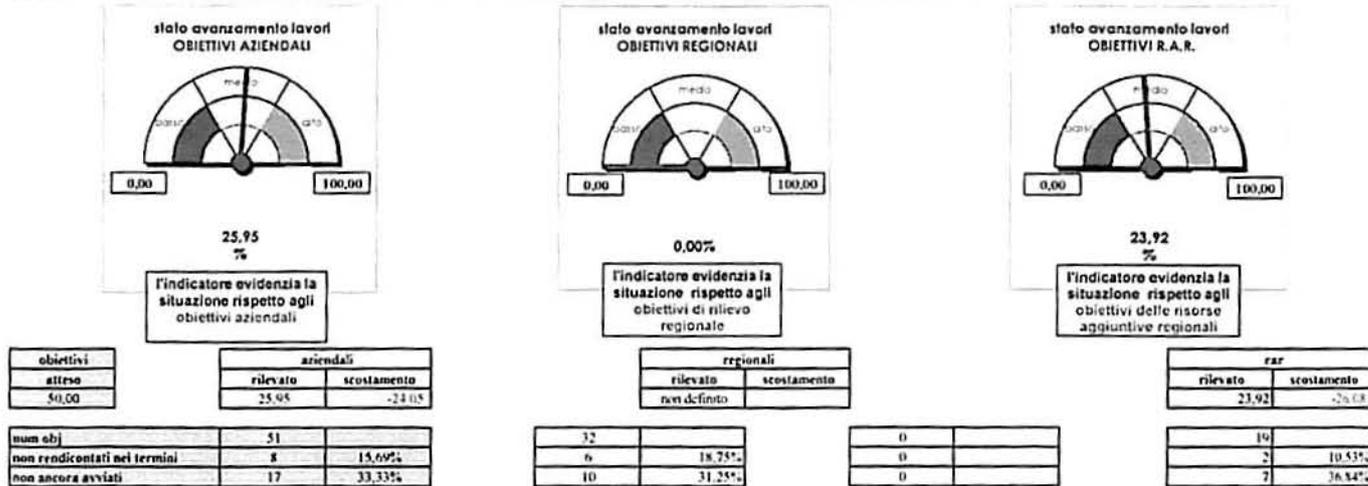


NURSING UP

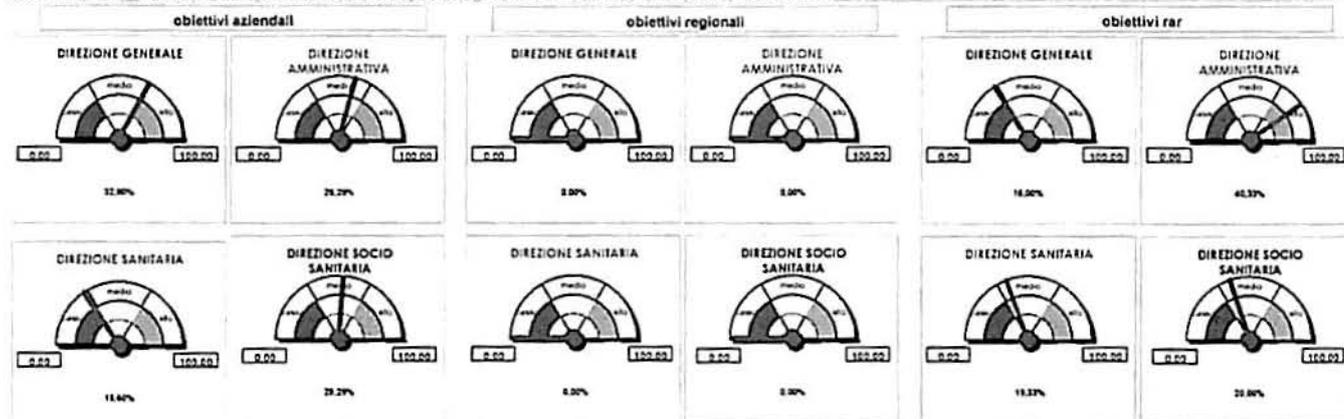


Milano, 01/06/2017

INDICATORI - ESITI DELLA VERIFICA DELLO STATO DI AVANZAMENTO LAVORI: ATS



INDICATORI - ESITI DELLA VERIFICA DELLO STATO DI AVANZAMENTO LAVORI: DIREZIONI



tipo obiettivi	direzione	atteso	rilevato	scostamento	num obj	non rendicontati nei termini	%	non ancora avviati	%
aziendali	generale	50,00	32,80	-17,20	6	2	33,33%	1	16,67%
	amministrativa	50,00	29,28	-20,72	10	1	10,00%	2	20,00%
	sanitaria	50,00	15,60	-34,40	10	2	20,00%	4	40,00%
	socio sanitaria	50,00	26,12	-23,88	6	1	16,67%	3	50,00%
rar	generale	50,00	16,00	-34,00	1	0	0,00%	0	0,00%
	amministrativa	50,00	40,33	-9,67	8	0	0,00%	2	25,00%
	sanitaria	50,00	19,33	-30,67	6	2	33,33%	3	50,00%
	socio sanitaria	50,00	20,00	-30,00	4	0	0,00%	2	50,00%

INDICATORI - ESITI DELLA VERIFICA DELLO STATO DI AVANZAMENTO LAVORI: DIPARTIMENTI

tipo obiettivi	direzione	dipartimento	rilevato	scostamento	num obj	non rendicontati nei termini	%	non ancora avviati	%
aziendali	generale	direzione generale	27,00	-23,00	2	2	100,00%	0	0,00%
	generale	funzioni di staff aziendale	27,50	-22,50	4	0	0,00%	1	25,00%
	amministrativa	direzione amministrativa	non definito		0	0		0	
	amministrativa	amministrativa, di controllo e degli affari generali e legali	25,62	-24,38	10	1	10,00%	2	20,00%
	sanitaria	direzione sanitaria	non definito		0	0		0	
	sanitaria	cure primarie	13,84	-36,16	4	2	50,00%	2	50,00%
	sanitaria	igiene e prevenzione sanitaria	15,80	-34,20	3	0	0,00%	1	33,33%
	sanitaria	veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	17,08	-32,92	3	0	0,00%	1	33,33%
	socio sanitaria	direzione socio sanitaria	non definito		0	0		0	
	socio sanitaria	programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitarie	9,45	-40,55	3	1	33,33%	2	66,67%
	socio sanitaria	programmazione e integrazione prestazioni socio sanitarie e sociali	42,78	-7,22	3	0	0,00%	1	33,33%
	rar	generale	direzione generale	16,00	-34,00	1	0	0,00%	0
generale		funzioni di staff aziendale	non definito		0	0		0	
amministrativa		direzione amministrativa	45,00	-5,00	1	0	0,00%	0	0,00%
amministrativa		amministrativa, di controllo e degli affari generali e legali	28,14	-21,86	7	0	0,00%	2	28,57%
sanitaria		direzione sanitaria	non definito		0	0		0	
sanitaria		cure primarie	10,00	-40,00	2	2	100,00%	1	50,00%
sanitaria		igiene e prevenzione sanitaria	20,00	-30,00	2	0	0,00%	1	50,00%
sanitaria		veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	20,00	-30,00	2	0	0,00%	1	50,00%
socio sanitaria		direzione socio sanitaria	non definito		0	0		0	
socio sanitaria		programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitarie	22,50	-27,50	2	0	0,00%	1	50,00%
socio sanitaria		programmazione e integrazione prestazioni socio sanitarie e sociali	17,50	-32,50	2	0	0,00%	1	50,00%

Sulla base delle attestazioni (descrittive e percentuali) delle "strutture" e di un particolare "algoritmo" è stato calcolato per ogni singolo obiettivo un "livello di problematicità" che potrebbe presentare il raggiungimento dell'obiettivo. La problematicità è stata classificata in 7 livelli:

- livello 0 - obiettivo raggiunto;
- livello 1 - realizzazione sostanzialmente in linea con l'atteso
- livello 2 - realizzazione in lieve ritardo; pertanto è opportuno tenere monitorati i prossimi sal;
- livello 3 - possibile problematicità per il raggiungimento dell'obiettivo;
- livello 4 - possibile non raggiungimento dell'obiettivo;
- livello 5 - non avvenuto raggiungimento dell'obiettivo;
- livello 6 (n.v.) - sal obiettivo valutabile (previsto non avvio delle fase realizzative delle azioni in cui si articola l'obiettivo)

