



Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Verbale n 3 del 29.03.2017

SEDE: sede legale della ATS Brianza – Viale Elvezia, 2 – Monza

DATA: 29 marzo 2017

DURATA: 10,30 – 13,00

PARTECIPANTI:

per NVP:

- Stefano Del Missier	Presidente
- Alceste Santuari	Componente
- Antonio Gioiosa	Componente – assente giustificato

per ATS Brianza:

- Raffaella Borra	Direttore Dipartimento amministrativo
- Paolo Civillini	Responsabile Ufficio Contabilità Direzionale Qualità
- Donato Offredi	Responsabile U.O. Qualità - area territoriale di Monza – Trasparenza ed Integrità
- Valter Valsecchi	Direttore Dipartimento Cure Primarie
- Corrado Guzzon	Responsabile U.O. Gestione Medicina Convenzionata

ORDINE DEL GIORNO:

1. validazione esiti obiettivi 2016 Medici di Medicina Generale e Pediatri Libera scelta (aree Monza e Lecco)
2. firma attestazione trimestrale obblighi di pubblicazione ex art. 14, 15,22 del D.lgs n. 33/2013
3. validazione griglia di valutazione ATS elaborata su modello ANAC con la dichiarazione da pubblicare sul sito
4. obiettivi 2017 - prima declinazione
5. varie ed eventuali



I componenti del Nucleo, come già espresso nella seduta precedente, ritengono opportuno approvare il regolamento del NVP per l'ATS.

1 Validazione esiti obiettivi 2016 Medici di Medicina Generale e Pediatri Libera scelta (aree Monza e Lecco)

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie, Dott. Valter Valsecchi, illustra i progetti cui sono legati gli obiettivi 2016 per i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PDL) di cui alla relazione che viene allegata la presente al verbale.

I progetti sono differenti per l'area di Lecco e per l'area di Monza in quanto il 2016 è stato l'anno di unione delle due disciolte ASL e i territori presentano molteplici differenze. Gli stessi sono i seguenti:

- MMG area territoriale di Monza il progetto clinico riguarda *"l'utilizzo di farmaci ipolipemizzanti a brevetto scaduto"*.

ESITO: hanno aderito al progetto governo clinico n. 466 MMG (91,5% dei MMG).

Hanno raggiunto l'obiettivo di incremento o mantenimento della prescrizione di farmaci ipolipemizzanti a brevetto scaduto 158 i medici che, pertanto, percepiranno la quota di incentivo pari a 3,08 euro per assistito.

- MMG area territoriale di Lecco il primo progetto clinico riguarda *"Aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti cronici"*.

ESITO: hanno aderito al progetto governo clinico n. 105 MMG per un totale di 4718 pazienti: questo campione ha una età media di 80 M e 78 F anni e consumo medio di 9 farmaci.

n. 103 medici partecipanti (su 105) hanno raggiunto l'indicatore: numero pazienti valutati/numero di pazienti segnalati dall'ATS $\geq 70\%$.

- MMG area territoriale di Lecco il secondo progetto clinico riguarda *"Aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'aderenza alla terapia per i pazienti cronici"*

ESITO: hanno partecipato n. 105 MMG per un totale di 4718 pazienti: questo campione ha una età media di 80 M e 78 F anni e consumo medio di 9 farmaci.

n. 103 medici partecipanti (su 105) hanno raggiunto l'indicatore: numero pazienti valutati/numero di pazienti segnalati dall'ATS $\geq 70\%$.

- 1 obiettivo per lo specialista pneumologo in carico al Servizio Igiene Sanità Pubblica

ESITO: Il Direttore del Servizio Igiene Sanità Pubblica ha comunicato che nell'ambito del Progetto "Individuazione cutipositività (sorveglianza diffusione infezione tubercolare)", svolto con la collaborazione del Dr. Andrea Turati, specialista pneumologo presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica – (sede di via De Amicis, Monza), sono stati effettuati n. 145 test di Mantoux più 45 valutazioni di Mantoux o di altri accertamenti già in possesso degli utenti presentatisi. Sono state soddisfatte tutte (100%) le richieste di accesso

Il Dott. Del Missier riconosce la validità del contenuto dei progetti e al fine della validazione chiede come siano stati informati i MMG e i PDL , come siano stati reclutati e come abbiano aderito.

Il Dott. Valsecchi spiega che, come avviene ogni anno, per il 2016 gli obiettivi dei progetti di governo clinico per i MMG erano stati approvati dal Comitato aziendale per la medicina generale e quelli dei pediatri dal comitato aziendale per la pediatria di famiglia (entrambi nel mese di marzo 2016). Nei due distinti comitati sono sempre presenti i rappresentanti delle OOSS di categoria, oltre ai rappresentanti dell'ATS.

Approvati i progetti, anche da Regione, è stata mandata per e-mail scheda di adesione a tutti i MMG e PDF chiedendo se intendevano aderire e partecipare.

Nella scheda per i MMG c'era l'indicazione dei livelli di partenza prescrittiva di ciascuno e l'obiettivo atteso con relativi indicatori.

I medici e i pediatri che intendevano partecipare hanno restituito la scheda di adesione firmata per accettazione.

Il Nucleo sulla base della relazione del Direttore del Dipartimento Primarie valida gli esiti degli obiettivi 2016 MMG e PDL .

2 Firma attestazione trimestrale obblighi di pubblicazione ex art. 14, 15,22 del D.lgs n. 33/2013

Viene firmata l'attestazione predisposta dal Dott. Offredi .

3 Validazione griglia di valutazione ATS elaborata su modello ANAC con la dichiarazione da pubblicare sul sito

Il Dott. Offredi presenta la "griglia di rilevazione al 31 marzo 2017" richiesta da ANAC che il Nucleo deve validare quale verifica sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Il Dott. Santuari fa notare che la delibera ANAC n. 236/2017 richiede l'attestazione "dell' OIV, o strutture con funzioni analoghe" e solleva l'eccezione che il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni non è

Il Dott. Santuari precisa che l'attestazione deve essere firmata dall'OIV e solleva l'eccezione che il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni della ATS non è una struttura con funzioni analoghe all'OIV. Per questo motivo ritiene opportuno soprassedere alla validazione in attesa di indicazioni più specifiche sulle attività che il Nucleo deve svolgere. Il Presidente Dott. Del Missier accoglie l'osservazione e precisa che la validazione, in attesa dei chiarimenti, potrà essere effettuata entro il mese di aprile.

4 Obiettivi 2017 - prima declinazione

Il Dott. Civillini precisa che la Regione sulla base delle regole invierà entro breve gli obiettivi del Direttore Generale. Nella fase attuale la ATS ha sottoscritto nel mese di maggio 2016 un accordo con gli stakeholders del territorio ed ha assunto dieci impegni che sono stati inseriti nel piano triennale della



ATS Brianza

performance. Dagli impegni sono nati 44 progetti che sono stati approvati con deliberazione ATS n. 110 del 20.02.2017. Gli obiettivi sono stati inseriti nel sistema gestionale informatico e i responsabili possono accedervi direttamente con possibilità di valutare l'andamento ed effettuare delle modifiche. Sono stati programmati degli steps di verifica e gli obiettivi saranno chiusi entro i primi giorni del mese di dicembre 2017.

Per quanto riguarda l'erogazione delle quote di incentivazione relative al raggiungimento degli obiettivi del personale del comparto è prevista, a seguito di accordo sindacale, l'erogazione di quote di incentivazione pari complessivamente al 35% dell'intero fondo, da ripartire in quattro quote trimestrali e seguenti a valutazione positiva trimestrale.

Il Presidente del Nucleo esprime parere favorevole alla metodologia di erogazione delle quote descritta, riconoscendo che si tratta di una metodica consolidata negli anni e che il fondo viene gestito con prudenza.

Monza, 29.03.2017

✓ Stefano Del Missier

✓ Alceste Santuari

✓ Antonio Gioiosa

Il verbalizzante

✓ Ingrid Sartori I. Sartori

Spett.le Nucleo di Valutazione

Con la presente relazione si sottopongono gli esiti e i risultati delle progettualità poste come obiettivo incentivante nell'anno 2016 relativi ai seguenti professionisti:

1 obiettivo per i medici di medicina generale area territoriale di Monza

2 obiettivi per i medici di medicina generale area territoriale di Lecco (di cui uno riferito ai MMG aderenti al progetto CREG)

1 obiettivo per i pediatri di famiglia (per tutta l'ATS)

1 obiettivo per lo specialista pneumologo in carico al Servizio Igiene Sanità Pubblica

Ogni anno (di solito entro marzo) con specifico Accordo Aziendale sottoscritto con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale, viene previsto e concordato uno specifico progetto clinico da realizzare entro l'anno corrente, con specifici indicatori di risultato. Verso il raggiungimento dell'obiettivo è previsto un riconoscimento economico, come stabilito dal vigente ACN, pari a 3,08 euro per assistito. Il budget relativo a tale quota di incentivo è stanziato a parte e specificatamente da Regione Lombardia.

Di seguito, si espone la descrizione degli obiettivi e la sintesi sui "Risultati", rispetto al raggiungimento e realizzazione degli stessi.

1 MEDICI DI MEDICINA GENERALE – area territoriale di Monza

Accordo aziendale Cure Primarie 2016

Progettualità Governo Clinico

Nel 2016 per i MMG dell'area territoriale di Monza il progetto clinico riguardava l' "utilizzo di farmaci ipolipemizzanti a brevetto scaduto".

Premessa

Gli **inibitori dell'HMG CoA Reduttasi** (codice ATC C10AA) sono al quinto posto tra i farmaci maggiormente utilizzati con un consumo DDD/1000 ab. die di 65.9 (rif. OsMed 2014).

La **Nota AIFA n 13**, (revisione 2013) in base ad una stratificazione del rischio cardiovascolare definito dalla Linea Guida ESC/EAS (European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society), stabilisce un target terapeutico specifico in base alla tipologia di dislipidemia da trattare, e identifica il trattamento di prima scelta per la terapia di ingresso. Le indicazioni privilegiano la scelta delle ATC che hanno dimostrato efficacia nei gruppi di popolazione target, e tra queste quelle meno costose. Le statine inserite tra i farmaci di prima scelta hanno dimostrato di associare oltre alla riduzione del livello di LDL ematico, anche altri benefici come un'azione protettiva dell'endotelio, una limitazione degli effetti del diabete e dell'insufficienza renale cronica oltre a ridotti effetti collaterali clinicamente rilevanti.

L'impiego di farmaci di seconda ed eventualmente di terza scelta (e la loro rimborsabilità) può essere ammesso quando il trattamento di "prima linea" si sia dimostrato insufficiente al raggiungimento del target terapeutico oppure abbia dato effetti collaterali importanti (mialgia, aumento glicosemia, alterazioni funzione renale) da giustificare l'ipotesi di intolleranza.

L'ezetimibe (farmaco di terza scelta) è consigliato in associazione con una statina per i pazienti nei quali le statine a dose ottimale non abbiano consentito il raggiungimento del target terapeutico desiderato, o in monoterapia per i pazienti in cui si sia dimostrata una intolleranza alle statine.

Obiettivo 2016

Incrementare l'utilizzo dei farmaci ipolipemizzanti (C10AA, C10AX09, C10BA02) a brevetto scaduto negli assistiti in carico alla Medicina Generale. L'indicatore prescelto è la “%DDD di farmaci ipolipemizzanti a brevetto scaduto/totale DDD di farmaci ipolipemizzanti”.

L'obiettivo attribuito ad ogni singolo medico tiene conto del livello di partenza rilevato nell'anno 2015 ed è espresso in termini di incremento percentuale dell'indicatore prescelto.

Sono state individuate quattro classi di prescrittività all'interno delle quali si collocano i livelli di partenza di ogni singolo medico. I medici appartenenti alla medesima classe condividono lo stesso obiettivo incrementale.

	Fascie di %DDD	OBIETTIVO (2016)
LIVELLO DI PARTENZA	<65%	+ 7%
	65%-72%	+ 5%
	73%-78%	+4%
	>= 79%	Mantenimento o miglioramento del livello di partenza

Risultati

Il N. di MMG aderenti al progetto governo clinico sono stati 466 (91,5% dei MMG).

Sono 158 i medici che hanno raggiunto l'obiettivo di incremento o mantenimento della prescrizione di farmaci ipolipemizzanti a brevetto scaduto.

I 158 medici in questione, pertanto, percepiranno la quota di incentivo pari a 3,08 euro per assistito.

A fronte di tale esito, si verificheranno conseguentemente dei residui sul budget stanziato, che – in quanto vincolati per i MMG - verranno posti a disposizione di tutti i MMG per una nuova progettualità clinica.

Segue tabella di sintesi sull'esito:

Progetto governo clinico 2016	
Utilizzo dei farmaci ipolipemizzanti a brevetto scaduto	
MMG aderenti alla Campagna - N = 466 (91,5% degli MMG)	

Valutazione progetto	N_MMG	IPOLIPEMIZZANTI			
		% DDD a Brev. Scad.	% DDD a Brev. Scad.	% DDD a Brev. Scad. [ex-ASLMB]	% DDD a Brev. Scad. [ATS]
		2015	2016	2015	2016
Obiettivo non raggiunto	308	70,2%	69,7%	72,8%	73,5%
Obiettivo raggiunto	158	78,8%	81,5%	72,8%	73,5%

2 MEDICI DI MEDICINA GENERALE – area territoriale di Lecco

Accordo aziendale Cure Primarie 2016

Progettualità Governo Clinico

Titolo del progetto: “Aumento prescrizione farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell’aderenza alla terapia per i pazienti cronici”

Razionale del progetto - Politerapia e ADR nel paziente anziano

L’invecchiamento della popolazione e l’aumento della prevalenza delle malattie cronico degenerative, ha comportato un incremento importante della comorbidità e della politerapia, ovvero l’assunzione concomitante di più farmaci della stessa o di diverse aree terapeutiche. Tali fenomeni nel paziente anziano vanno ad aggiungersi e possono esacerbare a loro volta situazioni contestuali di aumentata fragilità, depauperamento cognitivo e disabilità .

Uno studio nazionale condotto dal gruppo dell’Agenzia Italiana del Farmaco sulla qualità delle prescrizioni farmacologica nella popolazione geriatrica ha evidenziato l’ampia diffusione della politerapia nella popolazione anziana in Italia, dove il 49% dei pazienti con più di 65 anni assume da 5 a 9 farmaci e 11.3% assume dieci o più farmaci. Il gruppo di età risultato essere esposto al più alto carico farmacologico è quello tra i 75 e gli 84 anni, con il 55% dei soggetti trattati con 5-9 farmaci e il 14% con 10 o più farmaci.

Le interazioni farmacologiche rappresentano una delle componenti delle reazioni avverse da farmaci (ADR) tanto che il numero di farmaci in terapia è predittivo del rischio di incorrere in eventi avversi: si stima in letteratura che il 10-15% del totale dei pazienti che ricevono una politerapia farmacologica vada incontro ad interazioni di rilevanza clinica, tale dato è stimato fino all’83% nei pazienti in terapia con 7 e più farmaci.

L’inadeguata appropriatezza prescrittiva può determinare l’introduzione in terapia di molecole poco maneggevoli con stretto indice terapeutico e ad elevato potenziale di tossicità, o di più molecole potenzialmente a rischio di interazione, oltre che l’innescò del fenomeno conosciuto come “cascata prescrittiva”. Le linee guida internazionali spesso inducono l’introduzione di più farmaci, anche a scopo preventivo, rimanendo in un’ottica di “monopatologia” e basandosi su dati relativi ad una popolazione ideale. L’aumentata complessità del regime terapeutico può determinare inoltre scarsa aderenza da parte del paziente, sia a causa all’insorgenza di effetti collaterali che disincentivano l’assunzione della terapia, sia a causa di errore o confusione dovuti alla preponderanza nell’anziano ad un deterioramento cognitivo e funzionale o alla mancanza di un supporto sociale.

Parallelamente non va dimenticato che la terapia nelle pluripatologie croniche può essere indotta da più prescrittori, dai medici specialistici, al paziente stesso, che assume farmaci da banco per sua iniziativa, o i suoi care-giver e che tali terapie hanno una lunga storia prescrittiva e possono includere farmaci non più necessari o inadeguati.

Il medico di medicina generale è il professionista principale in grado di gestire l’elevata complessità clinico terapeutica e di monitorare periodicamente il regime farmacologico in atto e l’appropriata assunzione.

Il lavoro proposto per il governo clinico 2016 nelle intenzioni vuole facilitare la identificazione delle situazioni maggiormente a rischio e proporre al medico degli elementi a supporto del percorso decisionale di confermare od eventuale modifica della terapia come :

- la verifica dell’appropriatezza,
- un bilancio dei benefici attesi dalla terapia,
- i rischio connessi a particolari classi di molecole e/o ad associazioni
- le eventuali reazioni avverse insorte e non rilevate;

Obiettivo del progetto

Miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva attraverso la rivalutazione delle politerapie ad alto rischio di evento avverso.

Attività dell'ASL

La ASL ha fornito i dati relativi agli assistiti di età uguale o maggiore di 65 anni in carico al mese di febbraio, che nel trimestre Ottobre-Dicembre 2015 hanno consumato farmaci per **7 o più farmaci** (al 5° livello di ATC).

Attività del MMG

I medici hanno effettuato una valutazione del regime terapeutico evidenziando le situazioni di criticità con riferimento non solo ai farmaci secondo i criteri previsti dall'obiettivo e con il supporto degli aggiornamenti di letteratura sulla multi prescrizione nel paziente anziano.

Gli elementi critici relativi alla terapia che hanno richiesto una attenta valutazione, le informazioni raccolte dal paziente e l'esito decisionale sono stati registrati su una apposito file riconsegnata al servizio

Indicatore per il raggiungimento del risultato

Il 22% dei residenti della Provincia di Lecco (76.000) ha una età uguale o maggiore a 65 anni: in base ai criteri di selezione prescelti (7 o più farmaci nel trimestre) abbiamo individuato 8887 assistiti in politerapia, (in media 43 in carico ad ogni medico).

Risultati

Al progetto hanno partecipato 105 MMG per un totale di 4718 pazienti: questo campione ha una età media di 80 M e 78 F anni e consumo medio di 9 farmaci.

n. 103 medici partecipanti (su 105) hanno raggiunto l'indicatore: numero pazienti valutati/numero di pazienti segnalati dall'ATS \geq 70%.

3 MEDICI DI MEDICINA GENERALE – area territoriale di Lecco

Accordo aziendale Cure Primarie 2016

Progettualità Governo Clinico

Titolo del progetto: Presa in carico del paziente diabetico: miglioramento dell'assistenza

Migliorare l'appropriatezza della presa in carico del paziente diabetico. Il progetto

Il progetto, rivolto ai medici dell'area di Lecco che partecipano al CREG, vuole fornire alla totalità dei medici uno spunto di riflessione relativamente all'utilizzo degli strumenti di sorveglianza del paziente diabetico, in particolare modo chiede di censire per l'anno 2015 i valori di **HbA1c** e di dare evidenza del percorso terapeutico del paziente.

I medici hanno ricevuto l'elenco dei propri pazienti che possiedono una esenzione 013 e/o che nel 2015 hanno consumato farmaci per il diabete (ATC A10), con l'indicazione del numero di rilevazioni di emoglobina glicata eseguite nell'arco dell'anno **2015**.

Hanno indicato altresì:

- i valori di glicata medi
- l'aspetto critico che ha guidato il monitoraggio (controlli routinari in paziente in buon compenso, necessità di monitorare il paziente in compenso precario o instabile; controllo del compenso dopo modifica della terapia)
- il raggiungimento nell'arco dell'anno dell'obiettivo glicemico individuale.

Analisi

I pazienti, in carico ai **66 medici** partecipanti, selezionati secondi i criteri definiti risultano 5572 (34% del campione totale selezionato), 2480 Femmine con età media 71 anni e 3092 maschi con età media 68 anni.

L'indicatore prescelto è “% di pazienti valutati/totale pazienti in elenco” $\geq 80\%$.

Risultati

Relativamente a questo progetto, tutti i 66 medici di medicina generale hanno raggiunto l'obiettivo atteso sopra indicato.

4 PEDIATRI DI FAMIGLIA – ATS della Brianza

Accordo aziendale 2016

Progettualità Governo Clinico

Per l'anno 2016 era stato concordato uno specifico progetto di governo clinico per tutti i Pediatri di Famiglia dell'ATS della Brianza, denominato “**progetto asma nel bambino**” - identificazione e gestione

Gli elementi significativi del predetto progetto consistevano in:

- L'aumento del riconoscimento degli assistiti con asma
- Una maggiore gestione del problema con l'utilizzo degli strumenti disponibili nell'A.I.R.

Indicatori di risultato

Quali indicatori di risultato si identificavano i seguenti elementi

1. Incremento della presa in carico del paziente con asma (numero pazienti con attivazione APA 2016 > numero pazienti con APA 2015);
2. Effettuazione delle prestazioni previste dagli A.I.R. anche in forma associata (Spirometria, Prick test, PEF e pulsiossimetria 2016> Spirometria, Prick test, PEF e pulsiossimetria 2015).

RISULTATI

Numero Pediatri di Famiglia aderenti e partecipanti all'obiettivo: n.99 su 115 (Monza) e n. 49 (Lecco)
Totale partecipanti: n.148

Numero Pediatri che hanno raggiunto l'obiettivo:

Per l'area di Lecco: n. 37

Per l'area di Monza: n. 74

Ai Pediatri che hanno raggiunto l'obiettivo sarà riconosciuto l'incentivo di euro 1,00 per assistito.

5 OBIETTIVO SPECIALISTA PNEUMOLOGO 2016 - Dr. ANDREA TURATI

Come ogni anno, anche per il 2016 era stato stabilito un obiettivo di attività assegnato al medico specialista ambulatoriale Dr. Andrea Turati, presso il Servizio Igiene Sanità Pubblica.
L'obiettivo prevedeva l'effettuazione di circa 190 indagini con test di mantoux .

Scheda sintesi effettuazioni Mantoux Dr. Turati

2016-17 (2)											
ATTIVITA' DI CONTROLLO CONTATTI DI MALATTIA E POPOLAZIONI A RISCHIO TEST DI MANTOUX											
		UN SOLO TEST	SOGGETTI INVIATI X SCRINNENG (EFFETTUATI)	NEGATIVI ALLA PRIMA	POSITIVI ALLA PRIMA	NEGATIVI ALLA SECONDA	POSITIVI ALLA SECONDA	RX	ND	MANTOUX PER CENTRI ACCOGLIENZA	VALUTAZIONI DI ACCESSO SENZA MANTOUX
SPALLANZANI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
OPERATORI/VOLONTARI	45	45	45	44	1	0	0	1	0	45	
ADOZIONE	5	0	5	5	0	0	0	0	0		
CONTATT	296	42	296	178	39	132	2	42	6		
RAIB	73	73	73	59	11	0	0	12	2	73	45
BORGAZZI	27	27	27	15	6	0	3	6	3	27	
BRUGHERIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BOTTICELLI	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	447	187	446	301	57	132	5	61	11	145	45
		0								190	
			1*NEGATIVI	1*POSITIVI	2*NEGATIVI	2*POSITIVI	NON DISP	TOTALE PPD			
		Mantoux	301	57	132	5	11	506			

Risultati

Il Direttore del Servizio Igiene Sanità Pubblica ha comunicato che nell'ambito del Progetto "Individuazione cutipositività (sorveglianza diffusione infezione tubercolare)", svolto con la collaborazione del Dr. Andrea Turati, specialista pneumologo presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica – (sede di via De Amicis, Monza), sono stati effettuati n. 145 test di Mantoux più 45 valutazioni di Mantoux o di altri accertamenti già in possesso degli utenti presentatisi. Sono state soddisfatte tutte (100%) le richieste di accesso.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

DIREZIONE

Contabilità Direzionale e Qualità

C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco

tel. 0341 482232 - mail: codq@ats-briaanza.it



DOCUMENTO DI BUDGET obiettivi 2017

Approvato con deliberazione nr. 110 del 20 febbraio 2017

DOCUMENTO DI PROPRIETA' DELLA ATS DELLA BRIANZA

cod obj	cod obj trasv	tipo obiettivo	struttura capofila	struttura responsabile	cod cdf	risultato atteso	Termine	Descrizione dell'indicatore	Note	evidenze	mezza avvio realizzazione	cod obj indicatori strategici	descrizione impegno strategico
001	0.0.0.0.a	esclusivo	dipartimento amministrativo di controllo e degli affari generali e legali	dipartimento amministrativo di controllo e degli affari generali e legali	220	effettuare l'analisi della rispondenza del sito ats ai requisiti "agid" e avviare l'adeguamento del sito ai requisiti che non richiedono reinquadratura e/o modifica strutturale	31/12/17	tabella di raffronto adeguamenti effettuati da effettuare "possibili" *100 = 100% -- p. 50] = 100 punti	tabella di raffronto report adeguamenti effettuati	3	Imp 10		effettuare l'analisi della rispondenza del sito ats ai requisiti "agid" e avviare l'adeguamento del sito ai requisiti che non richiedono reinquadratura e/o modifica strutturale
002	0.0.0.0.a	esclusivo	dipartimento cure primarie	dipartimento cure primarie	221	avviare l'informazione, sviluppare e predisporre PAI (a cura MMG), verificare la congruità delle prestazioni specialistiche utilizzate	15/12/17	[PAI predisposti/assenti presi in carico mma * 100 >= 20% -- p. 50 * prestazioni specialistiche eseguite/prestazioni specialistiche previste dal PAI * 100 >= 20% -- p. 50] = 100 punti	mezza di avvio può variare in relazione alla tempistica regionale	4	Imp 02		avvio dell'informazione, sviluppo, predisposizione PAI (a cura MMG) e congruità delle prestazioni specialistiche utilizzate
003	0.0.0.0.a	esclusivo	dipartimento igiene e prevenzione sanitaria	dipartimento igiene e prevenzione sanitaria	222	predisporre una linea guida dipartimentale per definire e realizzare i piani mirati della prevenzione, presentare e approvare la linea guida da parte del comitato di coordinamento	15/12/17	[linee guida predisposte/da predisporre (1) * 100 = 100% -- p. 80 + approvazione linea guida da parte del comitato = si -- p. 20] = 100 punti	ID linee guida approvate	3	Imp 03		predisposizione di una linea guida dipartimentale per la definizione e la realizzazione dei piani mirati della prevenzione; presentazione e approvazione della linea guida da parte del comitato di coordinamento
004	0.0.0.0.a	esclusivo	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	225	realizzare iniziative di informazione e adeguare il sito internet aziendale per la parte dedicata alla veterinaria all'applicazione del nuovo poas	15/12/17	[sezioni realizzate/servizi veterinari poas attivati * 100 = 100% -- p. 50 + iniziative realizzate/tematiche individuate (2) * 100 = 100% -- p. 50] = 100 punti	elenco sezioni previste, realizzate immagine sito evidenze iniziative realizzate	3	Imp 05		realizzare iniziative di informazione e adeguare il sito internet aziendale per la parte dedicata alla veterinaria all'applicazione del nuovo poas
005	0.0.0.0.a	esclusivo	dipartimento programmazione e integrazione prestazioni socio-sanitarie e sociali	dipartimento programmazione e integrazione prestazioni socio-sanitarie e sociali	224	approvare linee guida su dimissioni protette tra ATS e strutture sanitarie, definite da tavolo di governance con GAT DP, ASST e attori della rete coinvolti. Condivisione utilizzo di una scheda di monitoraggio per verificare la sua corretta applicazione	15/12/17	[linee guida verbalizzate/incentivi GAT definiti * 100 = 100% -- p. 20 + definizione linee guida = si -- p. 20 + scheda di monitoraggio = si -- p. 10 + approvazione linee guida = si -- p. 40] = p. 100	verbali incontri ID linee guida approvate ID scheda	2	Imp 04		approvazione di linee guida DP tra ATS e strutture sanitarie in tema di Dimissioni Protette, definite dal tavolo di governance con GAT DP, ASST e attori della rete coinvolti. Condivisione dell'utilizzo di uno strumento di monitoraggio (scheda) per verificare la corretta applicazione delle linee guida
006	AnCo.01	principale	prevenzione della corruzione e trasparenza	prevenzione della corruzione e trasparenza	351	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019	15/12/17	1 scomporre in fasi e responsabilità i processi ats 2 classificare eventi potenzialmente rischiosi, effettuare analisi rischi, 3 integrare elenco processi a seguito attuazione poas 4 effettuare audit x verificare	1. elenco delle fasi realizzate 2. report delle analisi effettuate 3. elenco processi 4. verbale audit	2	Imp 06		realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomposizione in fasi dei processi provvisoriamente mappati individuando per ognuna di esse le competenze e le responsabilità, 2) classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi, 3) rivedere integrandoli la mappatura dei processi alla luce dell'attuazione del poas
007	AnCo.01	secondario	prevenzione della corruzione e trasparenza	dipartimento amministrativo di controllo e degli affari generali e legali	220	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C per quanto di competenza	15/12/17	azioni realizzate/da realizzare (4) * 100 = 100% azioni realizzate/da realizzare *100 = 100%	Elenco delle azioni aggiornato con le azioni realizzate di competenza	2	Imp 06		realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomposizione in fasi dei processi provvisoriamente mappati individuando per ognuna di esse le competenze e le responsabilità, 2) classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi, 3) rivedere integrandoli la mappatura dei processi alla luce dell'attuazione del poas 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive individuate
008	AnCo.01	secondario	prevenzione della corruzione e trasparenza	dipartimento cure primarie	221	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C per quanto di competenza	15/12/17	azioni realizzate/da realizzare *100 = 100%	Elenco delle azioni aggiornato con le azioni realizzate di competenza	2	Imp 06		realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomposizione in fasi dei processi provvisoriamente mappati individuando per ognuna di esse le competenze e le responsabilità, 2) classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi, 3) rivedere integrandoli la mappatura dei processi alla luce dell'attuazione del poas 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive individuate
009	AnCo.01	secondario	prevenzione della corruzione e trasparenza	dipartimento igiene e prevenzione sanitaria	222	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C per quanto di competenza	15/12/17	azioni realizzate/da realizzare *100 = 100%	Elenco delle azioni aggiornato con le azioni realizzate di competenza	2	Imp 06		realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomposizione in fasi dei processi provvisoriamente mappati individuando per ognuna di esse le competenze e le responsabilità, 2) classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi, 3) rivedere integrandoli la mappatura dei processi alla luce dell'attuazione del poas 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive individuate

cod obj	cod obj trasv	tipo obiettivo	struttura capofila	struttura responsabile	cod cdr	risultato atteso	Termine	Descrizione dell'indicatore	Note	evidenza	messe avvio realizzazione	cod obj indicatori strategici	descrizione impegno strategico
010	AnCo.01	secondario	prevenzione della corruzione e trasparenza	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	225	realizzare le azioni previste dal PTFC per quanto di competenza	15/12/17	azioni realizzate da realizzare *100 = 100%	E' in fase di predisposizione l'elenco delle azioni da realizzare in capo ad ogni Dipartimento e la relativa scadenza temporale. Il file sarà presentato e condiviso coi Dipartimenti e sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Anticorruzione.	Elenco delle azioni aggiornato con le azioni realizzate di competenza	2	imp.06	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomposizione in fasi dei processi provvisoriamente mappati individuando per ognuna di esse le competenze e la responsabilità; 2) classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi; 3) rivedere integrandola la mappatura dei processi alla luce delle indicazioni dei possessori di attività per verificare l'applicazione delle misure preventive individuate
011	AnCo.01	secondario	prevenzione della corruzione e trasparenza	dipartimento programmazione o acquisto prestazioni sanitarie e socioassistenziali	223	realizzare le azioni previste dal PTFC per quanto di competenza	15/12/17	azioni realizzate da realizzare *100 = 100%	E' in fase di predisposizione l'elenco delle azioni da realizzare in capo ad ogni Dipartimento e la relativa scadenza temporale. Il file sarà presentato e condiviso coi Dipartimenti e sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Anticorruzione.	Elenco delle azioni aggiornato con le azioni realizzate di competenza	2	imp.06	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomposizione in fasi dei processi provvisoriamente mappati individuando per ognuna di esse le competenze e la responsabilità; 2) classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi; 3) rivedere integrandola la mappatura dei processi alla luce delle indicazioni dei possessori di attività per verificare l'applicazione delle misure preventive individuate
012	AnCo.01	secondario	prevenzione della corruzione e trasparenza	dipartimento programmazione e integrazione prestazioni sanitarie e sociali	224	realizzare le azioni previste dal PTFC per quanto di competenza	15/12/17	azioni realizzate da realizzare *100 = 100%	E' in fase di predisposizione l'elenco delle azioni da realizzare in capo ad ogni Dipartimento e la relativa scadenza temporale. Il file sarà presentato e condiviso coi Dipartimenti e sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Anticorruzione.	Elenco delle azioni aggiornato con le azioni realizzate di competenza	2	imp.06	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomposizione in fasi dei processi provvisoriamente mappati individuando per ognuna di esse le competenze e la responsabilità; 2) classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi; 3) rivedere integrandola la mappatura dei processi alla luce delle indicazioni dei possessori di attività per verificare l'applicazione delle misure preventive individuate
013	DFAC.01	principale	prevenzione della corruzione e trasparenza	dipartimento programmazione o acquisto prestazioni sanitarie e socioassistenziali	223	definire contenuti di interfaccia web ats per favorire l'accesso alle informazioni, creare uno strumento per il cittadino sui tempi di attesa ambulatoriali coinvolgendo le USO socioassistenziali e sanitarie eroganti prestazioni amb oggetto di monitoraggio	15/12/17	Questionari raccolti da coinvolgere (216) * 100 = 100% → p35 * strutture sanitarie coinvolte da coinvolgere (32) * 100 = 100% → p35 * interfaccia web ats = si → p20 * format unico pubblicazione TdA da parte delle strutture san = si → p10] = 100 punti	1) questionari raccolti (con audit GeOu x verificare dati attestati) 2) verbale incontro con strutture 3) immagine dell'interfaccia 4) format alimentato (con audit GeOu x verificare alimentazione)	7	imp.01	definire contenuti di interfaccia web ats per favorire l'accesso alle informazioni, creare uno strumento per il cittadino sui tempi di attesa ambulatoriali coinvolgendo le USO socioassistenziali e sanitarie eroganti prestazioni amb oggetto di monitoraggio	
014	DFAC.01	secondario	prevenzione della corruzione e trasparenza	servizi informativi aziendali	289	realizzazione dell'interfaccia web ats e predisposizione documento contenente modalità di alimentazione	15/12/17	[interfaccia web ats = si → p 70 + documento operativo = si → p 30] = 100 punti		1) immagine dell'interfaccia 2) ID documento predisposto	7	imp.01	definire contenuti di interfaccia web ats per favorire l'accesso alle informazioni, creare uno strumento per il cittadino sui tempi di attesa ambulatoriali coinvolgendo le USO socioassistenziali e sanitarie eroganti prestazioni amb oggetto di monitoraggio
015	GeOu.01	principale	gestione qualità	gestione qualità	246	unificare le procedure, attivare la mappatura dei processi, avviare la rilevazione e gestione degli indicatori di processo e prodotti individuali nel 2016; reingegnerizzare il sistema delle "segnalazioni", ampliare le strutture oggetto di audit	15/12/17	[procedure unificate da unificare (173)*100 ≥ 80% → p 40 + elenco processi approvati per il 2016 (56)*100 = 100% → p 20 + avvio informatizzazione segnalazioni = si → p 10 + audit 2017 = 2016 (34) → p 20] = 100 punti	ID procedure; elenco processi report monitoraggi report segnalazioni ID audit	2	imp.08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche nell'ottica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rilevazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.	
016	GeOu.01	secondario	gestione qualità	dipartimento igiene e prevenzione sanitaria	222	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata da predisporre (17) * 100 = 100% → p 70 + indicatori definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate da realizzare = si → p 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entità: 30/05 - R.0065, R.0078, R.0255, R.0275, R.0261, R.0262, R.259; 30/09 - R.0038, R.0047, R.0054, R.0068, R.0274, R.0253 30/11 - R.0045, R.0254, R.0263, R.0264 1051 peto e il numero complessivo di procedure	ID procedura * cod indicatori/prodotti * verbalii e mail e/o simili	2	imp.08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche nell'ottica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rilevazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.

cod obj	cod obj trasv	tipo obiettivo	struttura capofila	struttura responsabile	cod cdr	risultato atteso	Termine	Descrizione dell'indicatore	Note	evidenze	mese avvio realizzazione	cod obj indicatori strategici	descrizione impegno strategico
017	GeQu.01	secondario	gestione qualità	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	225	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/09/17	[procedura approvata/da predisporre (8) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto per ciascuna procedura; entro il: 30/09 - R.0002, R.0003, R.0005, R.0011, R.0014, R.0019, R.0020, R.0032	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	2	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
018	GeQu.01	secondario	gestione qualità	dipartimento programmazione migrazione socio-sanitarie e sociali	224	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata/da predisporre (5) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/09 - R.0233 - R.0240, 30/09 - R.0233+R.0223+R.0239, 30/11 - R.0234; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	2	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
019	GeQu.01	secondario	gestione qualità	partenariato stakeholder domanda servizi	271	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata/da predisporre (1) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/11 - R.0163, (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	6	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
020	GeQu.01	secondario	gestione qualità	dipartimento programmazione accreditamenti o acquisto prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	223	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata/da predisporre (7) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/05 - R.0166 - R.0169 - R.0170 - R.0207 - R.0256, 30/09 - Nessuna, 30/11 - R.0172 - R.0204; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	2	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
021	GeQu.01	secondario	gestione qualità	affari generali e legali	204	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/09/17	[procedura approvata/da predisporre (2) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/03 - R.0270; 30/09 - R.0271; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	3	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
022	GeQu.01	secondario	gestione qualità	economico-finanziario	232	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/09/17	[procedura approvata/da predisporre (2) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/03 - R.0272; 30/09 - R.0273; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	2	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
023	GeQu.01	secondario	gestione qualità	formazione e valutazione risorse umane	236	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/05/17	[procedura approvata/da predisporre (4) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/05 - R.0128, R.0129, R.0130, R.0162; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	2	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
024	GeQu.01	secondario	gestione qualità	servizi informativi aziendali	289	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata/da predisporre (1) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/11 - R.0265; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	9	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.
025	GeQu.01	secondario	gestione qualità	sviluppo risorse umane	295	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/09/17	[procedura approvata/da predisporre (3) - 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/09 - R.0266, R.0268, R.0269; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	6	Imp 08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche netologica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura e classificazione dei processi; la rivisitazione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampliamento delle strutture oggetto di audit.

cod obj	cod obj trasv	tipo obiettivo	struttura capofila	struttura responsabile	cod cdr	risultato atteso	Termine	Descrizione dell'indicatore	Note	evidenze	messe avvio realizzazione	cod obj indicatori strategici	descrizione impegno strategico
026	GeOu.01	secondario	gestione qualità	tecnico patrimoniale	297	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata/da predisporre (1) * 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/11 - R.0209; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	9	Imp.08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche nell'ottica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura a classificazione dei processi; la revisione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampiamiento delle strutture oggetto di audit.
027	GeOu.01	secondario	gestione qualità	gestione qualità	246	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata/da predisporre (3) * 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/09 - R.0244; 30/09 - R.0242; 30/11 - R.0258; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	2	Imp.08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche nell'ottica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura a classificazione dei processi; la revisione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampiamiento delle strutture oggetto di audit.
028	GeOu.01	secondario	gestione qualità	dipartimento cure primarie	221	approvare le nuove procedure ats di competenza della struttura rispettando tendenzialmente il piano di lavoro definito nel campo note	30/11/17	[procedura approvata/da predisporre (12) * 100 = 100% → p 70 + indicatori processo definiti = si → p 10 + prodotti definiti = si → p 10 + iniziative informative realizzate/da realizzare * 100 = 100% → p 10] = 100 punti	almeno 1 indicatore e 1 prodotto; procedure riviste di massima entro il: 30/05 - R.0183 - R.0175; R.0176 - R.0194 - R.0199 - R.0200; 30/09 - R.0201 - R.0202; 30/11 - R.0185 - R.0192 - R.0193 - R.0203; (obj però è il numero complessivo di procedure	ID procedura + cod indicatori/prodotti + verbali e/o mail e/o simili	1	Imp.08	proseguire nel riallineamento delle procedure aziendali attraverso: l'unificazione delle procedure, anche nell'ottica di prevenzione dei rischi; l'attivazione della mappatura a classificazione dei processi; la revisione e gestione degli indicatori di processo e dei prodotti delle procedure unificate 2016; la reingegnerizzazione del sistema delle "segnalazioni qualità"; l'ampiamiento delle strutture oggetto di audit.
029	TRAS.01	principale	trasparenza	trasparenza	451	Assicurare l'inserimento delle informazioni previste dalla normativa da ANAC del n. 1310/2016, fornite dai dipartimenti. L'aggiornamento delle informazioni pubblicate fornite dai dipartimenti e l'invio alla Regione Lombardia della certificazione previste	22/12/17	[informazioni inserite / previste da anac * 100 = 100% → p 40 + informazioni adeguate/da adeguare * 100 = 100% → p 40 + certificazioni tempistiche trasmesse da trasmettere (4) * 100 = 100% → p 20] = 100 punti	tabella con elenco informazioni previste inserite e/o aggiornare con copia certificazioni trasmesse	1	Imp.07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazione previste	
030	TRAS.01	secondario	trasparenza	dipartimento cure primarie	221	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC * 100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate/da aggiornare * 100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp.07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazione previste
031	TRAS.01	secondario	trasparenza	dipartimento igiene prevenzione sanitaria	222	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC * 100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate/da aggiornare * 100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp.07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazione previste
032	TRAS.01	secondario	trasparenza	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	225	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC * 100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate/da aggiornare * 100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp.07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazione previste
033	TRAS.01	secondario	trasparenza	dipartimento programmazione	223	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC * 100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate/da aggiornare * 100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp.07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazione previste
034	TRAS.01	secondario	trasparenza	dipartimento programmazione e integrazione prestazioni socio-sanitarie e sociali	224	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC * 100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate/da aggiornare * 100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp.07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazione previste

cod obj	cod obj trasv	tipo obiettivo	struttura capofila	struttura responsabile	cod cdr	risultato atteso	Termine	Descrizione dell'indicatore	Note	evidenze	meas avvio realizzazione	cod obj indicatori strategici	descrizione impegno strategico
035	TRAS 01	secondario	trasparenza	affari generali e legali	204	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC *100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate da aggiornare *100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp 07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazioni previste
036	TRAS 01	secondario	trasparenza	economico-finanziario	232	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC *100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate da aggiornare *100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp 07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazioni previste
037	TRAS 01	secondario	trasparenza	formazione e valutazione risorse umane	236	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC *100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate da aggiornare *100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp 07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazioni previste
038	TRAS 01	secondario	trasparenza	risorse strumentali e logistiche	286	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC *100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate da aggiornare *100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp 07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazioni previste
039	TRAS 01	secondario	trasparenza	servizi informativi aziendali	289	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC *100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate da aggiornare *100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp 07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazioni previste
040	TRAS 01	secondario	trasparenza	sviluppo risorse umane	295	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC *100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate da aggiornare *100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp 07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazioni previste
041	TRAS 01	secondario	trasparenza	tecnico patrimoniale	297	Fornire tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016 e fornire il tempestivo aggiornamento delle informazioni pubblicate.	22/12/17	[informazioni inserite / previste da ANAC *100 = 100% → p 50 + informazioni aggiornate da aggiornare *100 = 100% → p 50 = 100 punti	la struttura capo fila predisporrà elenco delle informazioni da pubblicare, la tempistica del loro aggiornamento e ne promuoverà la tempestiva alimentazione con mail	tabella con elenco informazioni previste da inserire e/o aggiornare con relativa evasione	2	Imp 07	Assicurare l'avvenuto inserimento di tutte le informazioni previste dalla normativa della delibera ANAC n. 1310 del 2016, il tempestivo adeguamento delle informazioni pubblicate e l'invio tempestivo alla Regione Lombardia della certificazioni previste
042	DSS 01	principale	area distrettuale di lecco	area distrettuale di lecco	211	definire e validare strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fraggi partendo da una ricognizione degli strumenti attualmente utilizzati nella ats	15/12/17	num strumenti validati/num strumenti esistenti da riformulare *100 = 100%	l'obj così come l'impegno strategico dovrà essere rivisto alla luce delle decisioni regionali	ID strumenti	2	Imp 09	definire e validare strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fraggi partendo da una ricognizione degli strumenti attualmente utilizzati nella ats
043	DSS 01	sub-principale	area distrettuale di lecco	area distrettuale di monza brianza	212	definire e validare strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fraggi partendo da una ricognizione degli strumenti attualmente utilizzati nella ats	15/12/17	num strumenti validati/num strumenti esistenti da riformulare *100 = 100%	l'obj così come l'impegno strategico dovrà essere rivisto alla luce delle decisioni regionali	ID strumenti	2	Imp 09	definire e validare strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fraggi partendo da una ricognizione degli strumenti attualmente utilizzati nella ats
044	DSS 01	secondario	area distrettuale di lecco	dipartimento cure primarie	221	coinvolgere i medici di medicina generale nella definizione e validazione di strumenti di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fraggi	15/12/17	madri coinvolti/da coinvolgere *100 ≥ 80%	l'obj così come l'impegno strategico dovrà essere rivisto alla luce delle decisioni regionali	verbali degli incontri	2	Imp 09	definire e validare strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fraggi partendo da una ricognizione degli strumenti attualmente utilizzati nella ats
045	0.0.0.0 a	principale	servizio prevenzione protezione	servizio prevenzione protezione	354	predispone (30/4) le liquidazioni X sedi del contributo annuo aslri, ri definisce (30/5) i delegati X sedi da abilitare a aslri e verificare l'utilizzo corretto da parte degli operatori dei registri aslri rilevando gli errori	15/12/17	[liquidazioni effettuate/sedi (6)*100 = 100% → p 30 + delegati abilitati/sedi (6)*100 = 100% → p 30 = 60 punti verificati/sedi da verificare (6)*100 = 100% → p 40] = 100 punti	Nei 2016 le sedi erano 19 e a seguito del passaggio di competenza si sono ridotte a 6; per errori s'intendono quelli imputabili agli operatori	prospetti di liquidazione; reporti aslri persone abilitate; verificati/sedi da verificare; elenco errori rilevati	3	Imp 00	nessuno