



Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Verbale n 2 del 20.02.2017

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

DATA: 20 febbraio 2017

DURATA: 15,00 – 17,00

PARTECIPANTI:

per NVP:

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

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

ORDINE DEL GIORNO:

1. Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2017-2019
2. Piano triennale per la trasparenza
3. Piano Performance
4. Obiettivi RAR 2016
5. Definizione obiettivi 2017

1 Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2017-2019

La dott.ssa Raffaella Borra, nominata responsabile della Prevenzione della Corruzione della ATS Brianza, illustra ai componenti del NVP il Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2017-2019. Lo stesso è stato adottato con deliberazione n. 38 del 30 gennaio 2017 ed ha tenuto conto delle indicazioni nelle linee guida ANAC L'attività di riorganizzazione ha di fatto reso inattuali i processi precedentemente mappati dalle ex ASL LC e MB e, in attesa dell'approvazione della nuova organizzazione Aziendale, non è stato materialmente possibile procedere alla nuova mappatura dei processi, che verrà avviata nel 2017.

L'Amministrazione, nel corso del 2016, ha comunque avviato importanti attività di contenimento del rischio:

- Punto di partenza la diffusione della cultura della legalità quale valore imprescindibile di tutte le azioni dell'ATS: in data 11 giugno 2016 è stato sottoscritto un accordo territoriale per il welfare partecipato tra ATS, R.L. erogatori sanitari, sociosanitari, sociali, parti sociali, enti ...tra gli impegni assunti, primo per importanza, il rispetto della legge quale valore sociale;
- Adozione del Codice di comportamento dell'ATS;
- Adozione della Procedura di segnalazione degli illeciti
- Adozione del regolamento ex art. 53 D. lgs. 165
- Predisposizioni di n. 56 procedure aziendali
- Predisposizione di n. 12 Regolamenti

Per l'anno 2017 le azioni pianificate riguarderanno:

- Scomposizione in fasi dei processi parzialmente mappati individuando per ciascuna le competenze e le responsabilità;
- Classificare gli eventi potenzialmente rischiosi ed procedere all'analisi dei rischi;
- Aggiornare la mappatura dei processi in correlazione al nuovo POAS;
- Programmare degli Audit di verifica sull'applicazione delle misure preventive individuate.

2 Piano triennale per la trasparenza 2017-2019

Il Dott. Donato Offredi, nominato responsabile della Trasparenza della ATS Brianza, presenta il Piano relativo alla trasparenza, inserito nel piano Triennale Prevenzione della Corruzione di cui alla deliberazione n. 38 del 30 gennaio 2017, illustrando gli adempimenti riguardanti gli obblighi di pubblicazione dei dati e di una serie di documenti sul sito ATS – sez. Amministrazione Trasparente - come disposto dal D.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. In particolare richiama l'entrata in vigore del D.lgs. 97/2016 che ha aumentato le informazioni che devono essere inserite ed ha eliminato altre informazioni previste in precedenza. Si sta quindi procedendo a richiedere ai Servizi ATS i dati da pubblicare. Inoltre è in fase di revisione il sito dell'ATS con revisione delle pagine ove caricare i dati.

3 Piano Performance

Il Dott. Paolo Civillini illustra il Piano Performance di cui alla deliberazione n. 52 del 30.01.2017. Lo stesso essendo inserito nel Piano 2016 – 2018 si pone in continuità con gli impegni strategici triennali approvati l'anno precedente. In particolare il Piano performance individua a livello aziendale gli impegni strategici ed

operativi che poi nel documento di Budget sono specificati in obiettivi delle strutture organizzative aziendali.

4 Obiettivi Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) 2016:

Nel 2016 sono stati programmati e realizzati quali obiettivi RAR n. 33 procedure. Le stesse, a seguito dell'istituzione dell'ATS della Brianza, sono state utili e necessarie ad unificare le procedure delle ex ASL di Lecco e di Monza. Le stesse sono elencate nel documento ad oggetto "Obiettivi RAR 2016 – esiti della verifica finale" - 31 dicembre 2016, che il Dott. Civillini espone e relaziona al Nucleo di Valutazione.

strutture	n. obiettivi	raggiunti
Dipartimento amministrativo	11	11
Dipartimento assi	5	5
Dipartimento cure primarie	3	3
Dipartimento prevenzione medica	8	8
Dipartimento prevenzione veterinaria	3	3
Dipartimento programmazione acquisto e controllo	3	3
Totale	33	33

Poichè tutti gli obiettivi sono risultati raggiunti in fase di verifica annuale la Direzione non ha formulato osservazioni.

I componenti del NVP prendono atto di quanto relazionato e si allineano alla valutazione positiva finale espressa dalla Direzione strategica aziendale.

5 Obiettivi 2016 e 2017

Il Dott. Civillini precisa che per l'anno 2016 due obiettivi non sono stati completamente raggiunti e precisamente:

- obj 022: attivare almeno due PRESST sul territorio della ATS.
La verifica ha evidenziato che solo il PRESST della Valsassina è stato formalmente attivato mentre per l'ulteriore PRESST si è in presenza solo di uno studio di massima.
La Direzione pertanto propone al NdV di considerarlo raggiunto al 75%
- obj 031: predisporre un progetto per l'attivazione nel 2017 di un POT nel territorio dell'ATS

La verifica ha evidenziato che l'evidenza trasmessa non attesta l'avvenuta formale attivazione e il documento trasmesso appare più una buona bozza preliminare che non un progetto.

la Direzione propone invece al NdV di considerarlo comunque raggiunto al 100% perché il non raggiungimento evidenziato in sede di verifica dipende esclusivamente da una non corretta rendicontazione in quanto è noto che, sebbene non segnalato, l'ASST di Vimercate in data 25/11/2016 (prot 30952) ha chiesto la validazione di un progetto la costituzione di un POT presso il Presidio Ospedaliero di Giussano.

I componenti del Nucleo concordano con le proposte della Direzione e ritengono i due obiettivi uno raggiunto al 75% ee l'altro al 100%

Per quanto riguarda gli obiettivi 2017 si è in attesa dell'invio da parte di Regione Lombardia delle indicazioni sugli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Una volta ricevuto gli stessi verranno declinati alle Direzioni e Servizi competenti; nel frattempo saranno declinati e attribuiti gli obiettivi derivanti dalla



ATS Brianza

declinazione degli impegni strategici così come definiti nel piano della performance (vedi punto 3 precedente).

I componenti del Nucleo di valutazione chiedono di verificare se le due disciolte ASL disponessero di un regolamento relativo ai compiti e funzioni del Nucleo stesso, per valutare se adottarne uno nuovo per la ATS.

Monza, 20.02.2017

✓ Stefano Del Missier

✓ Alceste Santuari

✓ Antonio Gioiosa

Il verbalizzante

✓ Ingrid Sartori I. Sartori

L'anno 2017 il giorno 30 del mese di GENNAIO, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n 150 "Attuazione 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" prevede:

- lo sviluppo, per le Amministrazioni Pubbliche, del "ciclo di gestione della performance";
- l'obbligo di redigere, entro il 31 gennaio di ogni anno, il "piano della performance" contenente gli obiettivi strategici ed operativi e l'individuazione degli indicatori necessari per la misurazione e valutazione della performance aziendale;
- che eventuali variazioni intervenute durante l'esercizio siano tempestivamente inserite nel "piano della performance";

DATO ATTO che l'ATS della Brianza ha con deliberazione:

- n 47 del 28 gennaio 2016, approvato il "piano della performance" per il triennio 2016 - 2018;
- n 581 del 21 ottobre 2016, adottato il piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) che in attesa della prevista approvazione regionale;

CONSIDERATO che:

- il Piano della performance" da adottare al 31 gennaio 2017 si pone in una logica di continuità e di scorrimento rispetto alla originaria programmazione valevole per il periodo 2016 – 2018;
- la valutazione delle attività svolte nell'anno 2016 è attività necessaria e preliminare alla riconferma e/o rimodulazione dell'originaria programmazione;
- nel corso del 2016 sono stati definiti nuovi impegni strategici;

RITENUTA l'opportunità che le eventuali variazioni siano gestite direttamente dalla struttura organizzativa aziendale alla quale, a seguito dell'attuazione del nuovo piano di organizzazione aziendale strategico, sarà affidata la funzione diretta alla gestione del "ciclo di gestione della performance":

VISTO il documento denominato "Piano della Performance 2016 – 2018: anno 2017" allegato al presente provvedimento predisposto dall'Ufficio Contabilità Direzionale e Qualità;

VALUTATA la coerenza del predetto documento con le considerazioni precedentemente illustrate;

SU PROPOSTA del Responsabile del dall'Ufficio Contabilità Direzionale e Qualità;

VISTA l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile dell'Ufficio Contabilità Direzionale e Qualità proponente riportata in calce al presente provvedimento;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare il documento denominato "Piano della Performance 2016 – 2018: anno 2017" allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di delegare alla struttura organizzativa aziendale alla quale, a seguito del nuovo piano di organizzazione strategico, sarà affidata la relativa funzione di assicurare la gestione del "ciclo di gestione della performance" di provvedere tempestivamente all'adeguamento del presente "Piano della Performance 2016 – 2018: anno 2017" alle eventuali variazioni che si dovessero presentare durante l'esercizio;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di disporre l'invio della presente deliberazione ai Settori ed Uffici interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Massimo Giurponi)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dr. Paolo Giuseppe Cogliati)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Salvatore Silvano
Lopez)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Oliviero Rinaldi)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

U.O. PROPONENTE: UFFICIO CONTABILITA' DIREZIONALE E QUALITA'

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL RESPONSABILE
(Civillini di Paolo)

(firma)

SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa complessiva scaturente dal presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n. : _____ - Importo : _____ -

IL RESPONSABILE SERVIZIO ECONOMICO-FINANZIARIO
(Dr. Gaspare Maffei)

NOTE: _____

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: _____

- Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.
- Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL RESPONSABILE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, li..... Il Funzionario addetto

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. **52** DEL **30 GEN 2017**

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

PIANO DELLA PERFORMANCE

2016 – 2018: anno 2017

Approvato con deliberazione nr. del 2017

DOCUMENTO DI PROPRIETA' DELLA ATS DELLA BRIANZA

ID: 02054

Sommario

Premessa	3
1 GLI IMPEGNI STRATEGICI	5
1.1 Gli impegni strategici individuati nella prima annualità del piano 2016 - 2018.....	5
1.1.1 Prevenzione del fenomeno della corruzione	5
1.1.2 Trasparenza ed integrità.....	7
1.1.3 Più qualità nei servizi	9
1.2 I nuovi impegni strategici: 2017 – 2019	11
1.2.1 Dimissione protetta: si-cura	11
1.2.2 Il paziente al centro	11
1.2.3 Verso una prevenzione assistita	12
1.2.4 Conoscere la rete dei servizi sanitari e socio sanitari	12
1.2.5 Il filo diretto del dipartimento veterinario.....	13
1.2.6 Il valore dell'integrazione nella presa in carico dell'assistito con patologie croniche	13
1.2.7 accessibilità e partecipazione: non uno slogan ma un impegno	14
2 LA PERFORMANCE.....	15
2.1 Le dimensioni della performance.....	15

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" 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" 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**¹ 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 contribuirà², in tal modo, a valutare la performance complessiva aziendale.

Al fine di attuare quanto sopra indicato, l'ATS Brianza³ 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.

Conseguentemente questo nuovo documento si pone in continuità con il precedente ed in tale prospettiva focalizza la sua attenzione:

- sugli impegni strategici a suo tempo definiti verificando quanto avvenuto nel corso del 2016 - rispetto alle azioni previste – in modo da poter confermare e/o rimodulare l'originaria programmazione;

¹ 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.

² 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.

³ Costituita con DGR n. X/4466 del 10/12/2015 a partire dal 1/1/2016 in attuazione della L.R. 23/2015.

- su nuovi impegni strategici nel frattempo maturati e definiti dalla ATS Brianza.

In entrambi i casi gli impegni strategici triennali sono stati articolati in impegni operativi annuali per ognuno dei quali sono stati definiti degli specifici indicatori di risultato.

Ponendosi in una logica di continuità e quindi di scorrimento, all'originaria pianificazione prevista per gli anni 2016 – 2018 è stato, dove ritenuto opportuno, aggiunto lo sviluppo previsto per il 2019. Analogamente per i nuovi impegni, seppur introdotti con la presente pianificazione, è stata mantenuta tendenzialmente una programmazione triennale prevedendo come anno iniziale il 2017.

1 GLI IMPEGNI STRATEGICI

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

1.1.1 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%
	2017	verifica dell'applicazione delle modalità di attenuazione del rischio	relazione PNA = si
		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
		aggiornamento del piano	nuovo PTPC = si
	2018	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 ID02762
	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 l'ATS. L'attività di riorganizzazione ha reso di fatto superati i processi individuati nelle ex ASL 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, l'ATS 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.	

**Le
rimanenti
annualità**

IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	impegno	prevenire e contrastare il fenomeno corruttivo realizzando le azioni descritte nel P.T.P.C 2017 - 2019	
	note	vedi P.T.P.C 2017 - 2019	
IMPEGNI OPERATIVI	anno	impegno	indicatore
	2017	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) scomporre in fasi i processi inizialmente mappati individuando per ciascuna fase le relative competenze e responsabilità; 2) individuare i potenziali eventi rischiosi ed effettuare le analisi del rischio per ogni fase del processo; 3) rivedere la mappatura integrandola con eventuali ulteriori processi alla luce dell'attuazione del POAS; 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive.	azioni realizzate/da realizzare (4) * 100 = 100%
	2018	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) rivedere e/o implementare le misure preventive; 2) rivedere l'ultima mappatura processi e la scomposizione in fasi individuando competenze e responsabilità; 3) individuare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi; 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive previste.	azioni realizzate/da realizzare (4) * 100 = 100%
	2019	realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019: 1) completare l'elenco delle misure preventive; 2) completare la mappatura processi e la scomposizione in fasi individuando competenze e responsabilità; 3) individuare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi; 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive previste.	azioni realizzate/da realizzare (4) * 100 = 100%

1.1.2 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)		
	note			
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%	
	2017	monitoraggio pagine web	pagine monitorate / inserite * 100 = 100%	
		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%	prime 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 decisori 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%
	Assicurare il formato di pubblicazione aperto o elaborabile	documenti "non aperti o non elaborabili" / pubblicati * 100 = 0%	pagine aggiornate 105/ inserite 124 * 100 = 85% 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. 1310/2016, 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>		

**Le
rimanent
annualità**

IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	Impegno	Assicurare sul sito ats il tempestivo aggiornamento dei dati pubblicati comunicando tempestivamente alla Regione Lombardia il rispetto degli obblighi di pubblicazione ai sensi degli artt. 14, 15 e 22 del Dlgs 33/2013 e il progressivo adeguamento del sistema della "Trasparenza Amministrativa" alle indicazioni che introdurrà il legislatore nazionale e regionale.	
	note	Lo sviluppo progettuale sarà definito dalle delibere ANAC che saranno emanate soprattutto in tema di acquisti	
IMPEGNI OPERATIVI	anno	impegno	indicatore
	2017	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 certificazioni previste	[informazioni inserite / previste da anac * 100 = 100% → p 40 + informazioni adeguate/da adeguare * 100 = 100% → p 40 + certificazioni tempestive trasmesse/da trasmettere (12) * 100 = 100% → p 20] = 100 punti
	2018	Adeguare il sistema della "Trasparenza Amministrativa" sul sito web aziendale ai futuri previsti aggiornamenti che il legislatore nazionale e regionale introdurrà soprattutto in tema di acquisti	adeguamenti effettuati /da effettuare * 100 = 100%
	2019	Adeguare il sistema della "Trasparenza Amministrativa" sul sito web aziendale ai futuri aggiornamenti previsti nel 2018 - 2019 della attuale edizione 2016 del Piano Nazionale Anticorruzione.	adeguamenti effettuati /da effettuare * 100 = 100%

1.1.3 Più qualità nei servizi⁴

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
	2017	estendere la rilevazione degli indicatori di processo ai servizi certificati dell'ex asl di monza	servizi attivati/servizi certificati (10) * 100 ≥ 70%
		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%
	2018	completare la rilevazione degli indicatori di processo ai servizi certificati dell'ex asl di monza	servizi attivati/servizi certificati (10) * 100 = 100%
		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	

I risultati ottenuti

anno	impegno	indicatore	risultati ottenuti
REALIZZATO	predisporre 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 disciolte asl in nuove procedure ATS	piano aziendale = si	E' 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 ATS approvate/da unificare (59) * 100 = 100%	Sono 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) 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	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
COMMENTO	estendere la rilevazione degli indicatori di processo ai servizi certificati dell'ex asl di monza	servizi attivati/servizi certificati (10) * 100 ≥ 70%	E' 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
	Rispetto alle 6 azioni individuate 5 sono state completamente realizzate mentre per l'ultima, seppur in parte perseguita, si è valutato l'opportunità di non completarla ma di limitarla a sperimentare - con successo nei 4 casi - l'estensione sull'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 ATS. 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		

⁴ 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.

**Le
rimanenti
annualità**

IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	impegno	estendere l'applicazione dei principi del sistema qualità 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	per alcuni indicatori al momento non è possibile quantificare il valore del denominatore. A titolo puramente indicativo si riportano i seguenti dati: il nuovo POAS prevede 100 strutture di cui quelle in cui è presente almeno una procedura certificata sono ad oggi quantificabili in 30. Le procedure da unificare e/o rivalidare sono stimate in 196 (191 di processo e 5 generali) di cui 146 (141 + 5) da unificare e di queste quelle già unificate nel 2016 sono state 60 (55 + 5); 73 saranno riviste nel 2017 e 7 nel 2018. nel 2016 strutture auditate: n°29; audit previsti: n° 35; effettuati: n° 34; strutture auditate piu' volte: n° 5	
IMPEGNI OPERATIVI	anno	impegno	indicatore
	2017	perseguire 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.	[nuove procedure approvate/da unificare*100=100% → p 40 + num procedure monitorate/num procedure approvate anno 2016 *100=100% → p 20 + report segnalazioni predisposti/num strutture attivate*100=100% → p 20 + num audit 2017>num audit 2016 (34)→ p 20] = 100 punti
	2018	completare l'unificazione delle procedure aziendali, la gestione degli indicatori di processo e di prodotto, perseguire l'incremento del numero delle strutture oggetto di audit e assicurare il passaggio alla nuova UNI EN ISO 9001:2015 per le strutture interessate	[procedure approvate/procedure ATS*100=100% → p 20 + num procedure monitorate/num procedure approvate anno 2017 *100=100% → p 20 + num audit 2017>num audit 2016 (34)→ p 20 + ottenimento nuovo certificato=si → p 40]= 100 punti
	2019	assicurare che le strutture possiedano i requisiti preliminari alla certificazione ISO e l'effettuazione degli audit in tutte le strutture ATS	[strutture con requisiti/strutture attivate*100=100% → p 50 + strutture auditate/strutture attivate→ p 50]= 100 punti

1.2 I nuovi impegni strategici: 2017 – 2019

Nel corso del 2016 l'ATS Brianza ha ipotizzato, prevalentemente a livello dipartimentale, altri "impegni strategici" che sono stati recepiti e formalizzati, nel presente "piano".

1.2.1 Dimissione protetta: si-cura

Impegno strategico triennale	Garantire al cittadino in condizione di fragilità, cronicità e disabilità appropriate dimissioni che, assicurando la continuità delle cure, siano orientate al rientro al domicilio o al trasferimento in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali superando la frammentazione delle risposte esistenti	
note	<p>Nell'articolato percorso della presa in carico, il momento della dimissione da un ricovero, che già di per sé ha potuto rappresentare un elemento di rottura degli equilibri esistenti, rappresenta un passaggio in alcune situazioni di fragilità particolarmente delicato.</p> <p>Nel periodo gennaio-settembre 2015 si sono effettuate 6.201 dimissioni protette dalle varie strutture di ricovero alle seguenti strutture di accoglienza/presa in carico: ADI: 1.908; serv soc comunali: 213; cure intermedie: 608; riabilitazione: 1.763; reparti subacuti: 361; post-acute domiciliare 51; hospice: 477; cure palliative: 239; RSA 422; RSD: 1; nuclei SV in RSA/RSD: 2; casa famiglia o altro (*): 40.</p> <p>(*) es: segnalazione procura o giudice tutelare, percorsi di supporto minori/famiglia</p>	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	approvazione di linee guida DP tra ATS e strutture sanitarie in tema di Dimissioni Protette, definito 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	[istituzione GAT DP = si → p. 20 + definizione linee guida = si → p. 30 + definizione scheda monitoraggio = si → p. 10 + approvazione linee guida = si → 40] = p. 100
2018	applicazione delle linee guida attraverso un piano articolato di informazione e formazione alle UdO coinvolte compresi i Comuni. Monitoraggio della corretta applicazione delle linee guida e loro aggiornamento da parte del GAT DP alla luce di una parziale risposta ai bisogni dell'utente	[predisposizione piano di formazione = si → p. 40 + monitoraggio = si → p. 40 + aggiornamento linee guida = si → p. 20] = p. 100
2019	applicazione corretta del modello di Dimissioni Protette in tutto il territorio della ATS (secondo gli strumenti condivisi)	pazienti segnalati con modello definito/ pazienti segnalati * 100 ≥ 95%

1.2.2 Il paziente al centro

Impegno strategico triennale	migliorare la salute del paziente con patologia cronica attraverso un'attività programmata che preveda per ogni paziente cronico non complesso (preso in carico dal MMG) un "piano assistenziale individuale", una erogazione congruente di prestazioni specialistiche ed un consumo congruente di farmaci	
note	<p>il riferimento è rappresentato dalla c.d. "delibera della domanda" regionale in arrivo nei prossimi giorni; il dato stimato degli assistiti del territorio dell'ATS Brianza (una patologia cronica o più patologie croniche) è di circa 300.000; si ipotizza che i MMG possano prendere in carico 80.000 di questi assistiti; il numero di PAI dai quali si parte è uguale a 0.</p> <p>Nota: è stato riportato un indice del 90% di redazione del PAI in quanto è provato da tutti i lavori che esiste una % di assistiti che rifiuta la presa in carico. I consumi delle prestazioni specialistiche e farmaceutica saranno espressi in quantità (numero prestazioni per disciplina e/o confezioni)</p>	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	avvio dell'informazione, sviluppo, predisposizione PAI (a cura MMG) e congruità delle prestazioni specialistiche utilizzate	[PAI predisposti/pazienti presi in carico mmg * 100 ≥ 30% → p. 50 + prestazioni specialistiche eseguite/prestazioni specialistiche previste dal PAI*100 ≥ 40% → p. 50] = 100 punti
2018	implementazione del numero di PAI redatti ed incremento dell'indice di congruità delle prestazioni	[PAI predisposti/pazienti presi in carico mmg * 100 ≥ 60 → p. 50 + prestazioni specialistiche eseguite/prestazioni specialistiche previste dal PAI*100 ≥ 60 → p. 50] = 100 punti
2019	completamento predisposizione PAI con incremento dell'indice di congruità delle prestazioni PAI ed estensione della congruità ai consumi farmaceutici	[PAI predisposti/pazienti presi in carico mmg * 100 ≥ 90% → p.35 + prestazioni specialistiche eseguite/prestazioni specialistiche previste dal PAI*100 ≥ 70 → p35 + consumi farmaceutica per la patologia/consumi previsti dal PAI * 100 ≥ 30 → p 30] = 100 punti

1.2.3 Verso una prevenzione assistita

impegno strategico triennale	le strategie della prevenzione hanno maturato un approccio di assistenza alle imprese che coniuga l'attività di promozione di buone prassi con l'attività di vigilanza propria dei servizi di prevenzione. lo strumento utilizzato è quello dei piani mirati di prevenzione: percorsi di confronto, condivisione e integrazione con le istituzioni, le parti sociali e le associazioni di categoria, per la definizione di linee guida sui sistemi prevenzionistici. obiettivo è l'estensione di tale strumento all'area della salute del cittadino e del consumatore	
note	lo scopo è guidare le imprese nella definizione di buone prassi, con relative metodologie di autocontrollo, che possano diventare patrimonio delle stesse. tale approccio deve formarsi anche nell'area della salute del cittadino e del consumatore utilizzando l'esperienza già maturata nel servizio di prevenzione negli ambienti di lavoro. si può utilizzare il comitato di coordinamento, previsto dall'art.7 del d.lgs.81/08, quale strumento per stimolare gli operatori economici dei settori alimentare, esercizi pubblici e strutture collettive, a sviluppare un percorso in un'ottica di prevenzione assistita	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	Indicatore
2017	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	[linee guida predisposta/da predisporre (1) * 100 = 100% → p 80 + approvazione linea guida da parte del comitato = si → p 20] = 100 punti
2018	individuazione e approvazione, in sede di comitato di coordinamento, di almeno 2 ambiti di sviluppo dei piani mirati coinvolgenti altri servizi del dipartimento e dei relativi gruppi di lavoro	[incontri comitato effettuati/da effettuare (2) * 100 = 100% → p 50 + n.2 ambiti di sviluppo definiti con relativi gruppi di lavoro= si → p 50] = 100 punti
2019	approvazione dei piani mirati e avvio degli stessi con la realizzazione di almeno uno dei due seminari informativi	[approvazione piani mirati dal comitato= si→ p 50 + seminari realizzati/seminari da realizzare (1) x 100= 100% → p 50] = 100 punti

1.2.4 Conoscere la rete dei servizi sanitari e socio sanitari

impegno strategico triennale	migliorare l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari presenti nel territorio attraverso la conoscenza dei servizi offerti e delle modalità di fruizione degli stessi assicurando il miglioramento dell'informazione al cittadino, agli enti locali, ai soggetti erogatori di prestazioni, agli altri stakeholder tramite l'implementazione di una interfaccia Web	
note	Si ritiene che la finalità debba essere da una parte il perseguimento della corretta, completa e tempestiva conoscenza della rete d'offerta, della modalità e della tempistica di accesso alle prestazioni nei confronti dei soggetti fruitori e nel contempo la fornitura ai soggetti erogatori ed agli eventuali altri stakeholder delle informazioni normative e di contesto utili alla programmazione condivisa. Alcune azioni vedono coinvolti i Dipartimenti PIPSS, Cure Primarie e Amministrativo	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	Indicatore
2017	definire i contenuti di una interfaccia web ats al fine di: favorire l'accesso alle informazioni per le UdO e creare uno strumento utile al cittadino per la conoscenza dei tempi d'attesa ambulatoriali di tutti gli erogatori sanitari coinvolgendo tutte le UdO sociosanitarie e le strutture sanitarie eroganti prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio	[questionari raccolti/udo da coinvolgere (216) * 100 = 100% → p. 35 + strutture sanitarie coinvolte/da coinvolgere (32) * 100 = 100% → p. 35 + interfaccia web ats = si →p. 20 + format unico per la pubblicazione dei tempi di attesa da parte delle strutture sanitarie = si →p. 10] = 100 punti
2018	avviare il sistema di raccolta dei dati necessari per l'alimentazione dell'interfaccia web verificando la qualità dei dati pubblicati	[dati socio sanitari acquisiti/da acquisire * 100 ≥ 70% → p. 40 + dati sanitari acquisiti/da acquisire * 100 = 100% →p. 40 + valutazione dei dati acquisiti = si →p. 20] = 100 punti
2019	completare il sistema di raccolta dei dati necessari per l'alimentazione dell'interfaccia web verificando la qualità dei dati pubblicati	[dati socio sanitari acquisiti/da acquisire * 100 = 100% → p. 30 + dati sanitari acquisiti/da acquisire * 100 = 100% →p. 30 + valutazione dei dati acquisiti = si →p. 20 + dati pubblicati corretti/dati pubblicati * 100 = 100%→p. 20] = 100 punti

1.2.5 Il filo diretto del dipartimento veterinario

impegno strategico triennale	incrementare l'informazione ai cittadini/consumatori e agli operatori di settore rispetto alle tematiche legate alla prevenzione in sanità pubblica veterinaria attuali ed emergenti anche tramite un puntuale aggiornamento delle pagine/sezioni del sito aziendale dedicate alla veterinaria	
struttura capofila	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	
impegno strategico "principale"	promuovere la cultura della prevenzione dei cittadini, dei consumatori, dei lavoratori, dei corretti stili di vita e della salute della persona e dell'ambiente	
note	L'impegno strategico in quanto "innovativo" si concluderà alla fine del 2018 diventando per gli anni successivi attività di routine	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	realizzare iniziative di informazione e adeguare il sito Internet aziendale per la parte dedicata alla veterinaria all'applicazione del nuovo poas	[sezioni realizzate/servizi veterinari poas attivati * 100 = 100% → p. 50 + iniziative realizzate/tematiche individuate (2)* 100 =100% →p. 50] =100 punti
2018	realizzare iniziative di informazione e mantenere aggiornato sito Internet aziendale	[sezioni aggiornate/sezioni presenti * 100 = 100% → p. 50 + iniziative realizzate/tematiche individuate (3)* 100 =100% →p. 50] =100 punti

1.2.6 Il valore dell'integrazione nella presa in carico dell'assistito con patologie croniche

impegno strategico triennale	promuovere l'attivazione di processi di integrazione dei sistemi sanitario, sociosanitario e sociale attraverso l'utilizzazione di strumenti comuni di lavoro	
struttura capofila	Distretti	
impegno strategico "principale"	l'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale	
note	la legge regionale n. 23 del 11/8/2015: "Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: modifiche al titolo I e al titolo II della legge regionale 30/12/2009 n. 33" con il processo di riorganizzazione avviato con l'istituzione di ATS e ASST, ha posto le basi perché il cittadino sia messo al centro del sistema individuando nell'ATS l'organo deputato a garantire l'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali, rivolgendo la propria attenzione in particolare per i cittadini con patologie croniche o con condizioni di fragilità sociale. In questa direzione la normativa richiede l'avvio di modelli organizzativi, quali i PRESST che, in quanto decentrati sul territorio, possono consentire una più efficace presa in carico e maggior prossimità/continuità di cure. Secondo le più recenti valutazioni regionali le persone che potranno essere prese in carico nel territorio dell'ATS sono stimate in circa 360.000. E' quindi impegno strategico realizzare tali servizi garantendo libertà di scelta, omogeneità di metodologie, strumenti e prestazioni erogate, in particolare si intende assicurare che la valutazione del bisogno e la presa in carico sia effettuata considerando il bisogno clinico ed il bisogno sociale predisponendo strumenti valutativi informatizzati ed integrati. Il valore di tali servizi è fortemente innovativo, conseguentemente al momento non esiste una catalogazione degli strumenti utilizzati, per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili e gli stessi presidi socio sanitari territoriali (presst - pot) sono obiettivo strategico e quindi in via di realizzazione.	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	definire e validare strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili partendo da una ricognizione degli strumenti attualmente utilizzati nella ATS	num strumenti validati/num strumenti esistenti da riformulare * 100 = 100%
2018	diffondere l'utilizzazione da parte dei presidi socio sanitari territoriali degli strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili	num presidi socio sanitari territoriali che utilizzano i nuovi strumenti/num presidi socio sanitari territoriali esistenti * 100 ≥ 80%
2019	completare l'utilizzazione dell'utilizzo di strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili attraverso modello valutativo e relativa scheda nei presidi socio sanitari territoriali	[num presidi socio sanitari territoriali che utilizzano i nuovi strumenti/num presidi socio sanitari territoriali esistenti * 100 = 100% → p. 50 + num presi in carico con i nuovi strumenti/num assistiti cronico_fragili target da prendere in carico * 100 ≥ 60% → p. 50] = 100 punti

1.2.7 accessibilità e partecipazione: non uno slogan ma un impegno

impegno strategico triennale	assicurare a tutti i clienti una informazione on line completa, appropriata e aggiornata, adeguando la struttura del sito dell'ats alle linee linee guida dell'agenzia italia digitale dell'accessibilità dei siti della pubblica amministrazione	
struttura capofila	dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali	
impegno strategico "principale"	il rispetto della legge quale valore sociale	
note	ai fini della verifica dell'avenuto adeguamento del sito dovrà essere acquisita la valutazione positiva da parte i uno dei soggetti valutatori certificati disponibili sul sito dell'agid (Istituto dei Ciechi di Milano o altri Enti certificati dall'AGID)	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	Impegno	Indicatore
2017	effettuare l'analisi della rispondenza del sito ATS ai requisiti "agid" e avviare l'adeguamento del sito ai requisiti che non richiedono reingegnerizzazione e/o modifica strutturali	[tabella di raffronto = si → p 50 + adeguamenti effettuati /da effettuare "possibili"*100 = 100% → p 50] = 100 punti
2018	perseguire nell'adeguamento del sito ai requisiti previsti "agid"	adeguamenti effettuati /da effettuare "possibili"*100 = 100%
2019	completare l'adeguamento e assicurare l'informazione completa, appropriata e aggiornata	[Valutazione positiva = si → p 80 + sezioni aggiornate/da aggiornare * 100 = 100% → p 20] = 100 punti +

2 LA PERFORMANCE

2.1 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, l’ATS Brianza aveva ipotizzato alcune “dimensioni di analisi” e si era impegnata a:

- individuare e rilevare, già nel 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**.

Nel riconfermare le scelte effettuate con il Piano della performance 2016 – 2018 si ritiene opportuno evidenziare che nella fase di predisposizione del presente piano è emersa la seguente fotografia:

dimensione	contenuto	situazione al 31/12/2016	situazione prevista al 31/12/2017	situazione prevista al 31/12/2018
efficacia interna	capacità di una organizzazione di raggiungere gli obiettivi (vedi impegni prefissati) definiti in sede di programmazione;	rilevato	rilevato	rilevato
efficacia esterna	capacità di una organizzazione di raggiungere gli scopi, le finalità alla base della sua esistenza;	individuati un primo set di indicatori	rilevato	rilevato
efficienza produttiva	la capacità di una organizzazione di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell’attività e risultati ottenuti;	indicatori da individuare	indicatori individuati	indicatori individuati
efficacia organizzativa	l’efficacia una organizzazione intesa come struttura in sé;	indicatori da individuare	indicatori individuati	rilevato
qualità aziendale	l’attenzione di una organizzazione a favorire un approccio gestionale e qualitativo per processi;	indicatore individuato	rilevato	rilevato
accessibilità	l’attenzione di una organizzazione a facilitare i propri utenti a richiedere i servizi/attività istituzionali;	indicatori da individuare	indicatori individuati	rilevato
strutturale	l’attenzione di una organizzazione ad assicurare l’idoneità delle proprie strutture, attrezzature allo svolgimento delle proprie funzioni e alla	indicatori da individuare	indicatori individuati	rilevato
economicità	l’attenzione di una organizzazione all’utilizzo responsabile delle risorse economiche a disposizione.	indicatori da individuare	indicatori individuati	rilevato



DELIBERAZIONE N. 38 DEL 30 GENNAIO 2017

**OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE 2017-2019.**

L'anno 2017 il giorno trenta del mese di gennaio, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATA la Legge 6 novembre 2012 n. 190 recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", emanata in attuazione dell'articolo 6 della Convenzione ONU contro la corruzione, mediante la quale sono stati introdotti gli strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo;

PRECISATO che con l'approvazione di tale Legge il legislatore italiano si è orientato, nella lotta alla corruzione, verso un sistema di prevenzione che prevede:

- ad un primo livello, quello "nazionale", l'emanazione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA);
- ad un secondo livello, quello "decentrato", in carico ad ogni amministrazione pubblica la definizione di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) che, sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli;

PRESO ATTO che la Legge n. 190/2012 ha fatto del principio della trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, disponendo che il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione sia integrato con il Programma Triennale della Trasparenza e Integrità;

RICHIAMATO il Decreto Legislativo n. 33/2013. "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*" e ss.mm.ii, che è intervenuto normando in maniera compiuta il quadro degli adempimenti in materia di trasparenza;

DATO ATTO che:

- ANAC con determinazione n. 12 del 28.10.2015 ha approvato l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e con delibera n. 831 del 3.08.2016 ha adottato il nuovo PNA;
- secondo il contenuto dei citati Piani Nazionali Anticorruzione (PNA), ciascuna amministrazione deve adottare il proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, in cui confluiscono anche i contenuti del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, entro il 31 gennaio 2017;

DATO ATTO altresì che:

- con D.G.R n. X/4466 del 10.12.2015 è stata costituita l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza, nella quale sono confluite le ASL di Lecco e di Monza Brianza, con decorrenza 01 gennaio 2016;

- con D.G.R. X/4613 del 19.12.2015 è stato nominato quale Direttore Generale dell'ATS della Brianza il Dr. Massimo Giupponi, nato a Bergamo il 13.05.1964, con decorrenza dall'01.01.2016 fino al 31.12.2018, fatta salva la verifica intermedia dopo i primi 18 mesi;
- con deliberazione n. 1 del 04.01.2016 si è preso atto della costituzione dell'ATS della Brianza e della nomina del Direttore Generale;

RICHIAMATI i provvedimenti deliberativi n. 16 e n. 17 del 19.01.2016 con cui si è rispettivamente proceduto a nominare la dr.ssa Raffaella Borra Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il dr. Donato Offredi Responsabile per la Trasparenza;

PRECISATO che:

- in attesa della riorganizzazione dell'ATS, e tenuto conto della complessità aziendale come ampiamente dettagliato nel PTPC, le citate responsabilità rimangono in capo ai due Soggetti sopra richiamati;
- la predisposizione del PTPC e del PTTI, quale sezione del PTPC, è attribuita, ciascuno per la propria competenza, ai Responsabili di cui sopra;

VISTO il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019, comprensivo della sezione dedicata al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, predisposto – per quanto di competenza – dai menzionati Responsabili, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

SU PROPOSTA del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;

VISTA l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile proponente, riportata in calce al presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa

- di adottare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019, in cui confluiscono anche i contenuti del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- di pubblicare l'allegato Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019, come sopra articolato, nell'apposita sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente";
- di procedere alla comunicazione a Regione Lombardia dell'avvenuta pubblicazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019, comprensivo della sezione dedicata al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;

- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di disporre l'invio della presente deliberazione ai Settori ed Uffici interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Massimo Giupponi)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dr. Paolo Giuseppe Cogliati)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Salvatore Silvano
Lopez)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Oliviero Rinaldi)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

PROPONENTE: Responsabile per la Prevenzione della Corruzione

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL RESPONSABILE
(D.ssa Raffaella Clelia Borra)


(firma)

SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa complessiva scaturente dal presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n. : _____ Importo : _____

IL RESPONSABILE SERVIZIO ECONOMICO-FINANZIARIO
(nominativo)

NOTE: _____

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: _____

- Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.
- Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL RESPONSABILE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, il..... Il Funzionario addetto

ATS della Brianza - P.T.P.C. 2017 - 2019

AREA COL	AREA Descrittiva	PROCESSI descrittivi	FASI descrittive (Azione N°1)	DIPARTI Amministrativi	L.O.C. (previsione di risorse UO/S)	MISURE PREVENTIVE per le Azioni programmate	Programmazione Anno 2017				2018				2019			
							AZIONE_N°1 entro il 30.09.2017	AZIONE_N°2 entro il 30.09.2017	AZIONE_N°3 entro il 30.11.2017	AZIONE_N°4 entro il 30.11.2017	AZIONE_N°1 entro il 30.04.2018	AZIONE_N°2 entro il 30.06.2018	AZIONE_N°3 entro il 30.09.2018	AZIONE_N°4 entro il 31.12.2018	AZIONE_N°1 entro il 30.09.2019	AZIONE_N°2 entro il 30.06.2019	AZIONE_N°3 entro il 30.09.2019	AZIONE_N°4 entro il 31.12.2019
1	CONTRATTI PUBBLICI	Affidamento Lavori	da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Risorse strumentali e logistiche	Misure preventive per le azioni previste: a, b, d, h, l, m, n, o, z (come da legenda)	Scomposizione in fasi dei processi mappirati e individuazione (per ogni fase) delle competenze/responsabilità e relative U.O.S.	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.1	Revisione mappatura processi ed eventuale integrazione con ulteriori processi alla luce dell'attuazione del POAS	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive	Revisione e/o implementazione delle misure preventive	Revisione dell'ultima mappatura dei processi, scomposizione in fasi e individuazione (per ogni fase) delle competenze/responsabilità e relative U.O.S.	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.2 del 2018	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive	Completamento delle misure preventive	Completamento della mappatura dei processi, scomposizione in fasi e definizione (per ogni fase) delle relative competenze/responsabilità con indicazione delle U.O.S. interessate	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.2 del 2019	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive
			da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Risorse strumentali e logistiche													
			da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Risorse strumentali e logistiche													
2	INCARICHI E NOMINE	Incarichi di direzione di struttura complessa (SC)	da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Sviluppo risorse umane	Incarichi di direzione di struttura semplice (SS)	Scomposizione in fasi dei processi mappirati e individuazione (per ogni fase) delle competenze/responsabilità e relative U.O.S.	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.1	Revisione mappatura processi ed eventuale integrazione con ulteriori processi alla luce dell'attuazione del POAS	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive	Revisione e/o implementazione delle misure preventive	Revisione dell'ultima mappatura dei processi, scomposizione in fasi e individuazione (per ogni fase) delle competenze/responsabilità e relative U.O.S.	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.2 del 2018	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive	Completamento delle misure preventive	Completamento della mappatura dei processi, scomposizione in fasi e definizione (per ogni fase) delle relative competenze/responsabilità con indicazione delle U.O.S. interessate	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.2 del 2019	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive
			da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Sviluppo risorse umane													
			da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Sviluppo risorse umane													
			da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Sviluppo risorse umane													
3	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Incarichi di direzione di struttura complessa (SC)	da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Sviluppo risorse umane	Incarichi liberi professionali (art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/01)	Scomposizione in fasi dei processi mappirati e individuazione (per ogni fase) delle competenze/responsabilità e relative U.O.S.	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.1	Revisione mappatura processi ed eventuale integrazione con ulteriori processi alla luce dell'attuazione del POAS	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive	Revisione e/o implementazione delle misure preventive	Revisione dell'ultima mappatura dei processi, scomposizione in fasi e individuazione (per ogni fase) delle competenze/responsabilità e relative U.O.S.	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.2 del 2018	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive	Completamento delle misure preventive	Completamento della mappatura dei processi, scomposizione in fasi e definizione (per ogni fase) delle relative competenze/responsabilità con indicazione delle U.O.S. interessate	Individuazione dei potenziali eventi rischiosi e analisi del rischio per ogni fase del processo confermata da Azione n.2 del 2019	Audit di verifica in merito all'applicazione delle misure preventive
			da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Sviluppo risorse umane													
			da mappire (Azione N°1)	Ammin.	Sviluppo risorse umane													

denominazione	verso una prevenzione assistita	
impegno strategico triennale	le strategie della prevenzione hanno maturato un approccio di assistenza alle imprese che coniuga l'attività di promozione di buone prassi con l'attività di vigilanza propria dei servizi di prevenzione. lo strumento utilizzato è quello dei piani mirati di prevenzione: percorsi di confronto, condivisione e integrazione con le istituzioni, le parti sociali e le associazioni di categoria, per la definizione di linee guida sui sistemi prevenzionistici. obiettivo è l'estensione di tale strumento all'area della salute del cittadino e del consumatore	
struttura capofila	dipartimento igiene e prevenzione sanitaria	
impegno strategico "principale"	promuovere la cultura della prevenzione dei cittadini, dei consumatori, dei lavoratori, dei corretti stili di vita e della salute della persona e dell'ambiente	
note	lo scopo è guidare le imprese nella definizione di buone prassi, con relative metodologie di autocontrollo, che possano diventare patrimonio delle stesse. tale approccio deve formarsi anche nell'area della salute del cittadino e del consumatore utilizzando l'esperienza già maturata nel servizio di prevenzione negli ambienti di lavoro. si può utilizzare il comitato di coordinamento, previsto dall'art.7 del d.lgs.81/08, quale strumento per stimolare gli operatori economici dei settori alimentare, esercizi pubblici e strutture collettive, a sviluppare un percorso in un'ottica di prevenzione assistita	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	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	[linee guida predisposta/da predisporre (1) * 100 =100% → p 80 + approvazione linea guida da parte del comitato = si → p 20] = 100 punti
2018	individuazione e approvazione, in sede di comitato di coordinamento, di almeno 2 ambiti di sviluppo dei piani mirati coinvolgenti altri servizi del dipartimento e dei relativi gruppi di lavoro	[incontri comitato effettuati/da effettuare (2) * 100 =100% → p 50 + n.2 ambiti di sviluppo definiti con relativi gruppi di lavoro= si → p 50] = 100 punti
2019	approvazione dei piani mirati e avvio degli stessi con la realizzazione di almeno uno dei due seminari informativi	[approvazione piani mirati dal comitato= si→ p 50 + seminari realizzati/seminari da realizzare (1) x 100= 100% → p 50] = 100 punti

denominazione	conoscere la rete dei servizi sanitari e socio sanitari	
impegno strategico triennale	migliorare l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari presenti nel territorio attraverso la conoscenza dei servizi offerti e delle modalità di fruizione degli stessi assicurando il miglioramento dell'informazione al cittadino, agli enti locali, ai soggetti erogatori di prestazioni, agli altri stakeholder tramite l'implementazione di una interfaccia Web	
struttura capofila	dipartimento programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitarie	
impegno strategico "principale"	migliorare l'informazione e l'accesso ai servizi sul territorio	
note	Si ritiene che la finalità debba essere da una parte il perseguimento della corretta, completa e tempestiva conoscenza della rete d'offerta, della modalità e della tempistica di accesso alle prestazioni nei confronti dei soggetti fruitori e nel contempo la fornitura ai soggetti erogatori ed agli eventuali altri stakeholder delle informazioni normative e di contesto utili alla programmazione condivisa. Alcune azioni vedono coinvolti i Dipartimenti PIPSS, Cure Primarie e Amministrativo	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	definire i contenuti di una interfaccia web ats al fine di: favorire l'accesso alle informazioni per le UdO e creare uno strumento utile al cittadino per la conoscenza dei tempi d'attesa ambulatoriali di tutti gli erogatori sanitari coinvolgendo tutte le UdO sociosanitarie e le strutture sanitarie eroganti prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio	[questionari raccolti/udo da coinvolgere (216) * 100 = 100% → p. 35 + strutture sanitarie coinvolte/da coinvolgere (32) * 100 = 100% → p. 35 + interfaccia web ats = sì →p. 20 + format unico per la pubblicazione dei tempi di attesa da parte delle strutture sanitarie = sì →p. 10] =100 punti
2018	avviare il sistema di raccolta dei dati necessari per l'alimentazione dell'interfaccia web verificando la qualità dei dati pubblicati	[dati socio sanitari acquisiti/da acquisire * 100 ≥ 70% → p. 40 + dati sanitari acquisiti/da acquisire * 100 = 100% →p. 40 + valutazione dei dati acquisiti = sì →p. 20] = 100 punti
2019	completare il sistema di raccolta dei dati necessari per l'alimentazione dell'interfaccia web verificando la qualità dei dati pubblicati	[dati socio sanitari acquisiti/da acquisire * 100 = 100% → p. 30 + dati sanitari acquisiti/da acquisire * 100 = 100% →p. 30 + valutazione dei dati acquisiti = sì →p. 20 + dati pubblicati corretti/dati pubblicati * 100 = 100%→p. 20] = 100 punti

denominazione	dimissione protetta: si-cura	
impegno strategico triennale	Garantire ai cittadini in condizione di fragilità, cronicità e disabilità appropriate dimissioni che, assicurando la continuità delle cure, siano orientate al rientro al domicilio o al trasferimento in unità d'offerta sociosanitarie o sociali superando la frammentazione delle risposte esistenti	
struttura capofila	dipartimento programmazione e integrazione prestazioni sociosanitarie e sociali	
impegno strategico "principale"	garantire la continuità assistenziale, soprattutto quando il percorso di assistenza prevede il passaggio da un soggetto ad un altro della rete dei servizi	
note	<p>Nell'articolato percorso della presa in carico, il momento della dimissione da un ricovero, che già di per sé ha potuto rappresentare un elemento di rottura degli equilibri esistenti, rappresenta un passaggio in alcune situazioni di fragilità particolarmente delicato.</p> <p>Nel periodo gennaio-settembre 2015 si sono effettuate 6.201 dimissioni protette dalle varie strutture di ricovero alle seguenti strutture di accoglienza/presa in carico: ADI: 1.908; serv soc comunali: 213; cure intermedie: 608; riabilitazione: 1.763; reparti subacuti: 361; post-acuto domiciliare 51; hospice: 477; cure palliative: 239; RSA 422; RSD: 1; nuclei SV in RSA/RSD: 2; casa famiglia o altro (*): 40.</p> <p>(*) es: segnalazione procura o giudice tutelare, percorsi di supporto minori/famiglia</p>	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	Indicatore
2017	approvazione di linee guida DP tra ATS e strutture sanitarie in tema di Dimissioni Protette, definito 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	[istituzione GAT DP = si → p. 20 + definizione linee guida = si → p. 30 + definizione scheda monitoraggio = si → p. 10 + approvazione linee guida = si → 40] = p. 100
2018	applicazione delle linee guida attraverso un piano articolato di informazione e formazione alle UdO coinvolte compresi i Comuni. Monitoraggio della corretta applicazione delle linee guida e loro aggiornamento da parte del GAT DP alla luce di una parziale risposta ai bisogni dell'utente	[predisposizione piano di formazione = si → p. 40 + monitoraggio = si → p. 40 + aggiornamento linee guida = si → p. 20] = p. 100
2019	applicazione corretta del modello di Dimissioni Protette in tutto il territorio della ATS (secondo gli strumenti condivisi)	pazienti segnalati con modello definito/ pazienti segnalati * 100 ≥ 95%

denominazione	il filo diretto del Dipartimento veterinario	
impegno strategico triennale	incrementare l'informazione ai cittadini/consumatori e agli operatori di settore rispetto alle tematiche legate alla prevenzione in sanità pubblica veterinaria attuali ed emergenti anche tramite un puntuale aggiornamento delle pagine/sezioni del sito aziendale dedicate alla veterinaria	
struttura capofila	dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale	
impegno strategico "principale"	promuovere la cultura della prevenzione dei cittadini, dei consumatori, dei lavoratori, dei corretti stili di vita e della salute della persona e dell'ambiente	
note	L'impegno strategico in quanto "innovativo" si concluderà alla fine del 2018 diventando per gli anni successivi attività di routine	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	realizzare iniziative di informazione e adeguare il sito internet aziendale per la parte dedicata alla veterinaria all'applicazione del nuovo poas	[sezioni realizzate/servizi veterinari poas attivati * 100 = 100% → p. 50 + iniziative realizzate/tematiche individuate (2)* 100 =100% →p. 50] =100 punti
2018	realizzare iniziative di informazione e mantenere aggiornato sito internet aziendale	[sezioni aggiornate/sezioni presenti * 100 = 100% → p. 50 + iniziative realizzate/tematiche individuate (3)* 100 =100% →p. 50] =100 punti

denominazione	il valore dell'integrazione nella presa in carico dell'assistito con patologie croniche	
impegno strategico triennale	promuovere l'attivazione di processi di integrazione dei sistemi sanitario, sociosanitario e sociale attraverso l'utilizzazione di strumenti comuni di lavoro	
struttura capofila	Distretti	
impegno strategico "principale"	l'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale	
note	la legge regionale n. 23 del 11/8/2015: "Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: modifiche al titolo I e al titolo II della legge regionale 30/12/2009 n. 33" con il processo di riorganizzazione avviato con l'istituzione di ATS e ASST, ha posto le basi perché il cittadino sia messo al centro del sistema individuando nell'ATS l'organo deputato a garantire l'integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali, rivolgendo la propria attenzione in particolare per i cittadini con patologie croniche o con condizioni di fragilità sociale. In questa direzione la normativa richiede l'avvio di modelli organizzativi, quali i PRESST che, in quanto decentrati sul territorio, possono consentire una più efficace presa in carico e maggior prossimità/continuità di cure. Secondo le più recenti valutazioni regionali le persone che protranno essere prese in carico nel territorio dell'ATS sono stimate in circa 360.000. E' quindi impegno strategico realizzare tali servizi garantendo libertà di scelta, omogeneità di metodologie, strumenti e prestazioni erogate, in particolare si intende assicurare che la valutazione del bisogno e la presa in carico sia effettuata considerando il bisogno clinico ed il bisogno sociale predisponendo strumenti valutativi informatizzati ed integrati. Il valore di tali servizi è fortemente innovativo, conseguentemente al momento non esiste una catalogazione degli strumenti utilizzati, per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili e gli stessi presidi socio sanitari territoriali (presst - pot) sono obiettivo strategico e quindi in via di realizzazione.	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	definire e validare strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili partendo da una ricognizione degli strumenti attualmente utilizzati nella ATS	num strumenti validati/num strumenti esistenti da riformulare * 100 = 100%
2018	diffondere l'utilizzazione da parte dei presidi socio sanitari territoriali degli strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili	num presidi socio sanitari territoriali che utilizzano i nuovi strumenti/num presidi socio sanitari territoriali esistenti * 100 ≥ 80%
2019	completare l'utilizzazione dell'utilizzo di strumenti condivisi di valutazione per la presa in carico degli assistiti cronici/fragili attraverso modello valutativo e relativa scheda nei presidi socio sanitari territoriali	[num presidi socio sanitari territoriali che utilizzano i nuovi strumenti/num presidi socio sanitari territoriali esistenti * 100 = 100% → p. 50 + num presi in carico con i nuovi strumenti/num assistiti cronico_fragili target da prendere in carico * 100 ≥ 60% → p. 50] = 100 punti

denominazione	accessibilità e partecipazione: non uno slogan ma un impegno	
impegno strategico triennale	assicurare a tutti i clienti una informazione on line completa, appropriata e aggiornata, adeguando la struttura del sito dell'ats alle linee linee guida dell'agenzia italia digitale dell'accessibilità dei siti della pubblica amministrazione	
struttura capofila	dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali	
impegno strategico "principale"	il rispetto della legge quale valore sociale	
note	ai fini della verifica dell'avvenuto adeguamento del sito dovrà essere acquisita la valutazione positiva da parte i uno dei soggetti valutatori certificati disponibili sul sito dell'agid (Istituto dei Ciechi di Milano o altri Enti certificati dall'AGID)	
IMPEGNI OPERATIVI		
anno	impegno	indicatore
2017	effettuare l'analisi della rispondenza del sito ATS ai requisiti "agid" e avviare l'adeguamento del sito ai requisiti che non richiedono reingegnerizzazione e/o modifica strutturali	[tabella di raffronto = si → p 50 + adeguamenti effettuati /da effettuare "possibili"*100 = 100% → p 50] = 100 punti
2018	proseguire nell'adeguamento del sito ai requisiti previsti "agid"	adeguamenti effettuati /da effettuare "possibili"*100 = 100%
2019	completare l'adeguamento e assicurare l'informazione completa, appropriata e aggiornata	[Valutazione positiva = si → p 80 + sezioni aggiornate/da aggiornare * 100 = 100% → p 20] = 100 punti +

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 = sì
		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 = sì
		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 = sì
	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 = sì
		aggiornamento del piano	nuovo PTPC = sì
	2018	verifica dell'applicazione delle modalità di attenuazione del rischio	relazione PNA = sì
		aggiornamento del piano	nuovo PTPC = sì

anno	impegno	indicatore	risultati ottenuti
2016	adozione procedura Whistleblowing	procedura adottata = sì	procedura adottata con delibera n. 237 del 05/05/2016 - ID 02074
	adozione regolamento art 53	regolamento adottato = sì	regolamento approvato con delibera n. 719 del 29/12/2016 ID02762
	adozione codice di comportamento	codice adottato = sì	codice di comportamento adottato con delibera n. 725 del 29/12/2016 - ID 02744

REALIZZATO	COMMENTO	<p>Come noto la riforma ha modificato assetto e funzioni per l'ATS. L'attività di riorganizzazione ha reso di fatto superati i processi individuati nelle ex ASL 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, l'ATS 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.</p>
-------------------	-----------------	--

IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	Impegno	prevenire e contrastare il fenomeno corruttivo realizzando le azioni descritte nel P.T.P.C 2017 - 2019	
	note	vedi P.T.P.C 2017 - 2019	
IMPEGNI OPERATIVI	anno	Impegno	indicatore
	2017	<p>realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) scomporre in fasi i processi inizialmente mappati individuando per ciascuna fase le relative competenze e responsabilità; 2) individuare i potenziali eventi rischiosi ed effettuare le analisi del rischio per ogni fase del processo; 3) rivedere la mappatura integrandola con eventuali ulteriori processi alla luce dell'attuazione del POAS; 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive. 	azioni realizzate/da realizzare (4) * 100 = 100%
	2018	<p>realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rivedere e/o implementare le misure preventive; 2) rivedere l'ultima mappatura processi e la scomposizione in fasi individuando competenze e responsabilità; 3) individuare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi; 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive previste. 	azioni realizzate/da realizzare (4) * 100 = 100%
	2019	<p>realizzare le azioni previste dal P.T.P.C 2017 - 2019:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) completare l'elenco delle misure preventive; 2) completare la mappatura processi e la scomposizione in fasi individuando competenze e responsabilità; 3) individuare gli eventi potenzialmente rischiosi ed effettuare le analisi dei rischi; 4) effettuare gli audit per verificare l'applicazione delle misure preventive previste. 	azioni realizzate/da realizzare (4) * 100 = 100%

denominazione		Trasparenza ed Integrità	
IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	Impegno	vedi documento Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (par. 4.2)	
	note		
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%

anno	impegno	indicatore	risultati ottenuti
------	---------	------------	--------------------

REALIZZATO	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%	prime 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 informazione e dei dati sul sito aziendale è sempre in corso e continuerà fino a nuova disposizione normativa. E' stato effettuato l'invio delle mail di sollecito ai detentori o decisori 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 informazione e dei dati sul sito aziendale è sempre in corso . E' 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.</p> <p>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.</p> <p>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. 1310/2016, 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>			

IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	impegno	Assicurare sul sito ats il tempestivo aggiornamento dei dati pubblicati comunicando tempestivamente alla Regione Lombardia il rispetto degli obblighi di pubblicazione ai sensi degli artt. 14, 15 e 22 del Dlgs 33/2013 e il progressivo adeguamento del sistema della "Trasparenza Amministrativa" alle indicazioni che introdurrà il legislatore nazionale e regionale.
	note	Lo sviluppo progettuale sarà definito dalle delibere ANAC che saranno emanate soprattutto in tema di acquisti

	anno	Impegno	Indicatore
IMPEGNI OPERATIVI	2017	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 certificazioni previste	[informazioni inserite / previste da anac * 100 = 100% → p 40 + informazioni adeguate/da adeguare * 100 = 100% → p 40 + certificazioni tempestive trasmesse/da trasmettere (12) * 100 = 100% → p 20] = 100 punti
	2018	Adeguare il sistema della "Trasparenza Amministrativa" sul sito web aziendale ai futuri previsti aggiornamenti che il legislatore nazionale e regionale introdurrà soprattutto in tema di acquisti	adeguamenti effettuati /da effettuare * 100 = 100%
	2019	Adeguare il sistema della "Trasparenza Amministrativa" sul sito web aziendale ai futuri aggiornamenti previsti nel 2018 - 2019 della attuale edizione 2016 del Piano Nazionale Anticorruzione.	adeguamenti effettuati /da effettuare * 100 = 100%

denominazione		più qualità nei servizi	
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	

anno	impegno	indicatore	risultati ottenuti
REALIZZATO	predisporre le procedure generali del sistema qualità aziendale ottenere il mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001:2008	procedure generali predisposte/da predisporre (5) * 100 = 100% mantenimento del certificato = si	5 procedure generali predisposte la certificazione è stata mantenuta
	definire un piano aziendale di unificazione delle procedure di processo esistenti nelle disciolte asi in nuove procedure ATS	piano aziendale = si	E' 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 ATS approvate/da unificare (59) * 100 = 100%	Sono 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) 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	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%	E' 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
	Rispetto alle 6 azioni individuate 5 sono state completamente realizzate mentre per l'ultima, seppur in parte perseguita, si è valutato l'opportunità di non completarla ma di limitarla a sperimentare - con successo nei 4 casi - l'estensione sull'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 ATS. 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		
	COMMENTO		

IMPEGNO STRATEGICO TRIENNALE	Impegno	<p>estendere l'applicazione dei principi del sistema qualità 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</p> <p>per alcuni indicatori al momento non è possibile quantificare il valore del denominatore.</p> <p>A titolo puramente indicativo si riportano i seguenti dati: il nuovo POAS prevede 100 strutture di cui quelle in cui è presente almeno una procedura certificata sono ad oggi quantificabili in 30. Le procedure da unificare e/o rivalidare sono stimate in 196 (191 di processo e 5 generali) di cui 146 (141 + 5) da unificare e di queste quelle già unificate nel 2016 sono state 60 (55 + 5); 73 saranno riviste nel 2017 e 7 nel 2018.</p> <p>nel 2016 strutture auditate: n° 29; audit previsti: n° 35; effettuati: n° 34; strutture auditate più volte: n° 5</p>	
	note	Impegno	Indicatore
IMPEGNI OPERATIVI	anno	<p>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.</p>	<p>[nuove procedure approvate/da unificare*100=100% → p 40 + num procedure monitorate/num procedure approvate anno 2016 *100=100% → p 20 + report segnalazioni predisposti/num strutture attivate*100=100% → p 20 + num audit 2017>num audit 2016 (34)→ p 20] = 100 punti</p>
	2017		
	2018	<p>completare l'unificazione delle procedure aziendali, la gestione degli indicatori di processo e di prodotto, proseguire p 20 + num procedure monitorate/num procedure approvate anno 2017 *100=100% → p 20 + num incremento del numero delle strutture oggetto di audit e assicurare il passaggio alla nuova UNI EN ISO 9001:2015 per le strutture interessate</p>	<p>[procedure approvate/procedure ATS*100=100% → p 20 + num procedure monitorate/num procedure approvate anno 2017 *100=100% → p 20 + num audit 2017>num audit 2016 (34)→ p 20 + ottenimento nuovo certificato=si → p 40]= 100 punti</p>
2019	<p>assicurare che le strutture possiedano i requisiti preliminari alla certificazione ISO e l'effettuazione degli audit in tutte le strutture ATS</p>	<p>[strutture con requisiti/strutture attivate*100=100% → p 50 + strutture auditate/strutture attivate → p 50]= 100 punti</p>	

impegni strategici	accordo territoriale per il welfare partecipato	politica ats della qualità	piano triennale di internal audit	piano anticorruzione	piano dei lavori pubblici	
01 migliorare l'informazione e l'accesso ai servizi sul territorio	x					PAAPSS
02 garantire la continuità assistenziale, soprattutto quando il percorso di assistenza prevede il passaggio da un soggetto ad un altro della rete dei servizi	x					DICP PIPSS
03 promuovere la cultura della prevenzione dei cittadini, dei consumatori, dei lavoratori, dei corretti stili di vita e della salute della persona e dell'ambiente	x					DIPM DIPV
04 il benessere dei cittadini è un impegno collettivo, plurale	x					
05 fare "sistema" per generare benessere	x					
06 la persona al centro di tutto	x					AMM
07 l'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale	x					DISS
08 il rispetto della legge quale valore sociale	x		x	x		Trasparenza Anticorruzione
09 estendere l'applicazione dei principi presenti nella Norma UNI EN ISO 9001 a tutta la nuova struttura organizzativa dell'Agenzia		x				GeQU
10 realizzare gli interventi di investimento					x	

