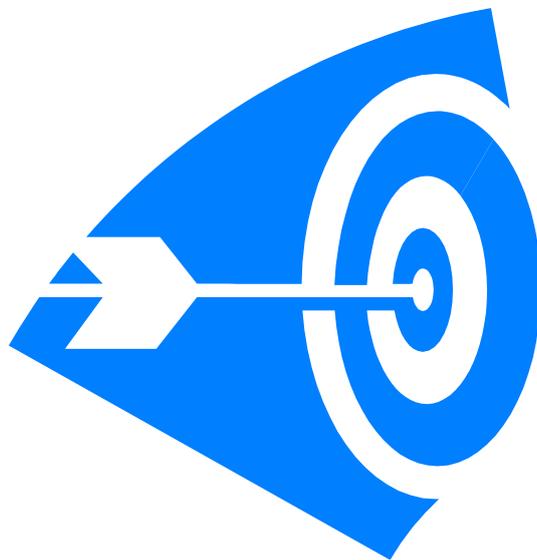


**PIANO DELLA PERFORMANCE AZIENDALE
ASL DELLA PROVINCIA DI MONZA E BRIANZA
2015 – 2017**



Premessa

Il Piano della Performance presenta l'organizzazione e le caratteristiche principali dell'ASL e rappresenta, dal punto di vista organizzativo-gestionale, la missione, gli obiettivi strategici ed operativi e attività dell'ASL in connessione con il bilancio di previsione.

Il documento è redatto coerentemente con i principi contenuti nel d.lgs. n. 150/2009 e in conformità con le linee guida fornite dall' "Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche - A.N.A.C." alle amministrazioni destinatarie di tale decreto.

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, il Piano della performance rappresenta anche un momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'ASL si dota e, nell'ottica di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, contiene anche obiettivi riguardanti la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità.

Il Piano della *Performance* rappresenta quindi per l'ASL uno degli strumenti finalizzati al miglioramento della propria efficienza nell'utilizzo delle risorse e della propria efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione, con il fine ultimo di rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino e più in generale di tutti gli *stakeholder* coinvolti.

Alla luce delle considerazioni sopra espresse, si ripropone il contenuto del documento aggiornato.

Nel Piano sono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi, in modo da delineare quale sia il grado di performance atteso dall'azienda;
- gli indicatori per misurare e valutare la *performance* dell'amministrazione, in modo da evidenziare gli scostamenti dall'atteso;
- le indicazioni relative alla metodologia di assegnazione degli obiettivi ai singoli dirigenti e la loro valutazione.

I principi ispiratori del presente documento sono:

trasparenza: il Piano viene presentato e condiviso con i portatori di interesse e pubblicato sul sito aziendale www.aslmonzabrianza.it;

misurazione: il grado di raggiungimento degli obiettivi viene misurato con indicatori misurabili;

partecipazione: il documento è la sintesi di un percorso complessivo di condivisione, dalla stesura del Documento di Programmazione e Coordinamento, alla negoziazione del budget e sottoscrizione della scheda obiettivi per l'anno in corso.

Attraverso l'approvazione del Documento di Programmazione e Coordinamento e del Bilancio di Previsione di esercizio, l'Azienda realizza la necessaria correlazione tra le linee di indirizzo regionali, la strategia per il raggiungimento degli obiettivi di mandato, di interesse regionale e di specifico interesse territoriale, nell'ambito delle finalità istituzionali.

Posto che lo spazio strategico a disposizione delle singole Aziende Sanitarie risulta delimitato dai vincoli istituzionali, il **Piano della Performance** si sviluppa tenendo conto:

- del recepimento degli indirizzi, della pianificazione e della programmazione regionali;
- delle caratteristiche organizzative e professionali proprie dell'ASL della Provincia di Monza e Brianza.

comporti un carico di patologia progressivamente più elevato e l'invecchiamento medio della popolazione porta ad un progressivo peggioramento del livello di salute globale. Andando ad esaminare il numero di soggetti affetti da più malattie croniche concomitanti (comorbidità), si evidenzia come il numero di soggetti per i quali non si riconoscono cronicità diminuisca fino a scendere sotto il 20% del totale per i più anziani mentre le quote di assistiti affetti contemporaneamente da più di una patologia aumentano esponenzialmente.

I dati sopra esposti si riflettono concretamente in un incremento esponenziale dei costi per l'assistenza di soggetti con molteplici patologie concomitanti.

Le esenzioni per patologia consentono di mappare la diffusione di numerose patologie nella popolazione: le esenzioni per malattia ipertensiva sono ovunque le più frequenti, seguite da problemi endocrini, cardiologici e neoplastici.

I dati consolidati di mortalità per causa riconoscono da anni al primo posto le neoplasie (35.2%), seguite dalle malattie cardiovascolari (32.3%), del sistema respiratorio (7.2%) e neurologiche (4.6%), con netta differenza di genere: tra i maschi prevalgono nettamente i tumori, mentre tra le femmine al primo posto si collocano le patologie cardiovascolari. **Un dato assai confortante ai fini della valutazione complessiva dello stato di salute della popolazione è il riscontro del fatto che la provincia di Monza e Brianza guida la classifica italiana della mortalità evitabile (espressa come giorni di vita perduti pro-capite per decessi contrastabili con interventi di sanità pubblica) per il genere maschile e si colloca al nono posto per le femmine (Fonte: Rapporto Mortalità Evitabile 2014 - Elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati ISTAT 2011 - <http://www.mortalitaevitabile.it/index.php/edizione-2014>) ed è tra le tre provincie italiane che si collocano tra le prime dieci nelle classifiche per entrambi i generi. Tra le cause "evitabili" circa il 50% si riferiscono a cause di morte contrastabili con interventi di "prevenzione primaria", un terzo a decessi afferenti al gruppo "igiene e assistenza sanitaria" e i restanti dovuti a mortalità evitabili con "diagnosi precoce e terapia" con differenze nei due generi.**

Nel 2014, a coronamento di un percorso di approfondimento del livello conoscitivo del fenomeno "cancro" sul territorio, è stato accreditato a livello nazionale il Registro Tumori dell'ASL di Monza e Brianza e in corso la registrazione dei nuovi casi 2010-2012 che consente anche di entrare nel merito di valutazioni circa la qualità dell'assistenza e degli ambiti assistenziali per i quali sono possibili ulteriori miglioramenti. Il tumore più frequente tra i maschi è quello del polmone mentre tra le femmine al primo posto quello della mammella; mentre al secondo posto figurano per entrambi i sessi i tumori del colon. Ai fini della diagnosi precoce dei due tumori più diffusi (mammella e colon retto) l'ASL di Monza coordina gli screening con chiamata attiva della popolazione di età 50-69. La partecipazione della popolazione è in incremento ed ha il 62% di adesione per la prevenzione dei tumori mammari (oltre 27.000 donne) e il 46% per i tumori del colon-retto (oltre 45.700 uomini e donne). Grazie all'interlocuzione con gli ospedali e con la Rete Oncologica Lombarda sono in corso attività di monitoraggio della sopravvivenza e di valutazione di indicatori che entrano nel merito del rispetto del diritto dei cittadini all'equità di trattamento ottimale quando si trovano ad essere pazienti oncologici: è stata allestita infatti la prima monografia sul tumore della mammella, opera pressoché unica nel panorama della sanità pubblica italiana, contenente i dati relativi a sei ASL lombarde con Registri Tumori accreditati che hanno collaborato per affrontare l'argomento.

Per quanto riguarda i fenomeni infettivi si conferma la significativa quota delle malattie esantematiche infantili: la varicella al primo posto (60%), la scarlattina al secondo (14%); seguono le diarree infettive (7%) e le salmonellosi (4%). Al quinto posto troviamo il morbillo, malattia che, pur essendo eradicabile grazie alla disponibilità gratuita di un vaccino efficace e sicuro, sta vedendo una recrudescenza in tutta Europa a causa dell'eccessivo numero di soggetti che non vengono vaccinati.

• **Il contesto ambientale ed economico**

Il territorio della ASL di Monza e Brianza ha una superficie di circa 400 chilometri quadrati e ha una di terreno edificato fra le più alte in Italia e in Europa e una forte presenza industriale.

Sono presenti 19 aziende a rischio di incidente rilevante e 54 aziende soggette ad Autorizzazione Ambientale Integrata (A.I.A.), la maggior parte delle quali si concentra in tre comparti produttivi: Industria dei metalli, Industria chimica e Smaltimento rifiuti. Sia le aziende R.I.R. che quelle soggette ad A.I.A.

comportano l'esposizione ad un rischio chimico potenziale, sia per i lavoratori che per la popolazione residente.

La crisi economica nazionale continua a farsi sentire anche nella Provincia di Monza e Brianza. I dati forniti dalla Camera di Commercio, relativi alla dinamica imprenditoriale evidenziano una leggera crescita per il 2014 di nuove imprese, ma contemporaneamente una diminuzione degli addetti totali, con un aumento complessivo della disoccupazione. Nascono micro imprese, ma quelle di dimensioni più grandi riducono il personale. La situazione di crisi delle aziende medio grandi è confermata dai dati forniti dall'INPS: nel 2014 sono state autorizzate 14.868.683 ore di cassa integrazione (ordinaria, in deroga e mobilità). I pagamenti di ammortizzatori sociali quali l'indennità ordinaria di disoccupazione, l'indennità di disoccupazione con requisiti ridotti e la mobilità hanno visto un incremento rispetto al 2013 di circa il 10%.

Questa situazione è puntualmente confermata dal numero di pratiche di esenzione per disoccupazione presentate da parte di cittadini con reddito del nucleo familiare inferiore a € 8.263,31 presso gli sportelli dei distretti che sono più che triplicate dal 2011 ad oggi. Una tendenza che si riscontra anche per le pratiche di esenzione relative alle altre forme di sostegno al reddito (cassa integrazione e mobilità).

- **La produzione di prestazioni sanitarie sul territorio della Provincia di Monza e Brianza**

La conoscenza dei bisogni assistenziali della popolazione da parte di ASL consente con sempre maggior accuratezza di programmare le scelte in materia di produzione sanitaria in funzione delle necessità rilevate. L'ASL monitora costantemente le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie sul territorio ed effettua specifici confronti tra ambiti assistenziali e discipline in cui si evidenzia una capacità di attrazione e ambiti in cui gli assistiti si rivolgono a strutture esterne al territorio.

- **Risorse per il finanziamento dei costi standard territoriale delle aziende sanitarie**

La quantificazione delle risorse destinabili al finanziamento del SSR del 2015 ha tenuto conto di uno scenario che al momento non può fornire garanzie di solidità programatorie stante l'incertezza dell'effettiva entità delle risorse.

In linea generale il finanziamento viene erogato quantificando le risorse destinate al finanziamento dei costi standard territoriali, suddividendoli per macroaree.

Le macroaree 1 e 2 rappresentano oltre l'80% del finanziamento dei costi standard territoriali delle aziende sanitarie e si articolano come segue:

Macroarea 1: prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività subacute, reti sanitarie ODPC (Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative);

Macroarea 2: prestazioni di assistenza farmaceutica, medicina di base, psichiatria e neuropsichiatria infantile.

Considerando l'impatto delle macroaree 1 e 2 negli anni 2011-2014 per ASLMB e confrontando con i valori di riferimento Regionali per lo stanziamento 2015, si evidenzia come la percentuale di assorbimento delle risorse economiche per ciascuna voce delle macroaree è sostanzialmente in linea con quanto previsto dalla programmazione regionale. Si sottolinea però come quanto già anticipato nella premessa al contesto demografico ed epidemiologico, ovvero il progressivo invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento del fenomeno della co-morbidità e l'inevitabile conseguenza in termini di incremento della spesa, si porrà in contrasto con la limitatezza dei mezzi finanziari disponibili, viste anche le ipotesi di taglio della spesa a livello Regionale.

2. La programmazione delle attività

- **L'integrazione Sanitaria, Socio-Sanitaria e Sociale e la Governance Territoriale**

Nel contesto di crisi globale che stiamo attraversando, l'evoluzione delle esigenze della società, della famiglia, delle persone e dei soggetti fragili in particolare, da porre al centro delle politiche di tutela, assistenza e cura, sta determinando un marcato ampliamento della forbice fra i bisogni e le possibilità d'intervento, in relazione alle risorse economiche disponibili. Il ruolo degli Enti dovrà essere orientato a promuovere scelte ed alleanze fra i diversi attori per attivare tutte le risorse presenti nelle reti locali e territoriali. Dovrà quindi essere rafforzato un nuovo assetto inter-istituzionale, come scenario di condivisione delle politiche locali e di effettiva integrazione territoriale.

Anche nel nostro territorio, la composizione delle competenze e delle risorse in ambito sociale e socio-sanitario mostra un complesso sistema d'interventi con una molteplicità di attori, finanziatori e decisori, non ancora sufficientemente integrati.

I principi guida di una nuova fase di welfare che la Regione Lombardia ha promosso negli ultimi anni, pongono al centro del sistema la persona e la famiglia, riconoscendo l'unitarietà della persona prima che la differenziazione dei bisogni. Ciò vuol dire spostare il baricentro degli interventi *dall'offerta* (la tipologia di strutture e/o la competenza sui servizi) *alla domanda* (la complessità dei bisogni che non si esauriscono nella sola dimensione dello stato di disagio o patologia o in un unico interlocutore assistenziale), disegnando attorno alla persona e alla famiglia politiche necessariamente integrate (istruzione, formazione, lavoro, casa, trasporti, salute, tempo libero, ecc.), in una *prospettiva sussidiaria* che promuove sviluppo di opportunità, con il concorso di una pluralità di soggetti ed attori sociali.

Questo approccio favorisce alleanze strategiche e consente di sviluppare sinergie per sostenere un'integrazione fra sanitario e sociale più efficace e strutturata, in cui non solo le tradizionali modalità di erogazione dei servizi possono essere riviste e rimodulate, ma possono anche emergere nuove progettualità e nuovi strumenti di *governance pubblica*.

In un'ottica ricompositiva del territorio, si riconferma pertanto l'orientamento già espresso nella programmazione del precedente anno, ossia quella visione "*glocal*", che si sviluppa da un'analisi *globale* (méta), per poi declinarsi in una dimensione *locale*, dalla dimensione territoriale a quella distrettuale.

In coerenza con quanto riportato, in una rinnovata *governance inter-istituzionale* è possibile perseguire con efficacia ed efficienza i seguenti obiettivi:

- razionalizzare sul territorio l'offerta rispetto alla domanda espressa;
- offrire pari opportunità ai cittadini e livelli adeguati d'informazione e di accesso;
- superare la frammentazione dei servizi e degli interventi sul territorio;
- garantire la copertura omogenea su tutto il territorio di riferimento.

In particolare, una coerente ed efficace programmazione integrata sul piano territoriale e locale, sulla scorta di quanto già avviato nel 2014, deve tendere a:

- un sistema di rete territoriale integrato (ASL, Comuni, Farmacie, MMG, PdF e Terzo Settore) in grado di intercettare i bisogni degli utenti;
- un impiego ottimale e razionale delle risorse disponibili, attraverso la massima integrazione degli strumenti logistici, tecnici e organizzativi;
- il superamento di logiche organizzative settoriali e di duplicazione degli interventi.

Strumento fondamentale di integrazione inter-istituzionale ed inter-organizzativa si conferma essere la *Cabina di Regia* definita con DGR n. 326/2013 quale luogo per la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati da ASL e Comuni, a partire dalla consolidata collaborazione sviluppata attraverso il Tavolo ASL/Ambiti, prevedendo la presenza sia del livello tecnico (Direzione Sociale, Uffici di Piano), sia del livello politico (Presidente Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, Presidenti Assemblee di Ambito).

• **Azione territoriale e ruolo del Distretto**

I dati di contesto illustrati in questo documento dimostrano quanto sia necessario proseguire nell'azione intrapresa dall'ASL di raccordare opportunamente i vari punti di accesso, sia dei Comuni, sia dell'ASL o di altri soggetti, in modo da evitare duplicazioni e sovrapposizioni, eliminando inutili passaggi burocratici al cittadino per avere una prima risposta al bisogno, valorizzando così la ricchezza della rete di intervento esistente.

In attesa delle modifiche istituzionali del processo di riforma in atto, che comporterà una nuova geografia territoriale, il Distretto Socio-Sanitario sta già rappresentando il centro di riferimento per i servizi alla persona in coerenza con quanto già intrapreso dall'ASL lo scorso anno. Il Distretto si conferma come snodo organizzativo e logistico al quale rivolgersi per ricevere una risposta competente ai diversi bisogni di assistenza territoriale, in integrazione con la rete di assistenza specialistica e ospedaliera.

Le azioni intraprese da questa ASL nel 2014 hanno orientato i processi organizzativi del Distretto verso la semplificazione dell'accesso e la presa in carico integrata dei bisogni del cittadino, attraverso strumenti sia organizzativi, quali gli sportelli multifunzionali, che di approccio all'utente da parte degli operatori,

specificatamente formati ad accogliere le richieste superando la settorialità e facendosi carico di recepire il bisogno nel suo complesso attivando i servizi opportuni.

Nell'ottica di territorializzare la cura, con particolare riferimento alle cronicità, Regione Lombardia con la DGR 1521 del 23.3.2014 ha attivato la sperimentazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), con la finalità di una riqualificazione dei presidi ospedalieri minori al fine di localizzare l'offerta dei servizi ospedalieri. In relazione ai provvedimenti regionali previsti dalle Regole 2015, l'ASL ha intenzione di riproporre una particolare progettualità sviluppata in collaborazione con i MMG che persegue molteplici obiettivi: continuità nell'assistenza, appropriatezza rispetto alla qualità della prestazione e al livello organizzativo di offerta, trasparenza del processo di cura, facilità di accesso, individuazione di punti di riferimento in ogni fase del percorso di follow-up e cura della patologia e valutazione, di concerto con gli attori interessati, dell'analisi costo/efficacia e costo/efficienza del progetto.

Il modello prevede la definizione di piani individuali di assistenza per i pazienti con patologia cronica, definiti dal MMG dell'assistito, di concerto con gli specialisti di riferimento e con la direzione della struttura, concordati con la ASL. Questi piani individuali prendono in nome di Percorsi Valutativi Ospedale Territorio (PeVOT) e comprendono prestazioni ambulatoriali e di degenza.

- **Governo dei fattori produttivi**

Nell'ambito degli sforzi per migliorare l'efficienza nella "Governance aziendale", l'Asl ha intrapreso già nel 2014 una serie di attività che hanno già prodotto significativi risultati e che verranno ulteriormente ampliate nel corso del 2015, proprio nella logica sopra descritta.

In linea generale le iniziative di razionalizzazione dovranno, consentire di:

- definire il dimensionamento ottimale/standard dei fattori di produzione di alcuni processi in atto gestiti dalle Asl;
- configurare ipotesi di centralizzazione sovra aziendale di attività di amministrazione generale delle Asl come ad esempio la gestione dei servizi farmaceutici, personale ed economico;
- delineare un quadro di proposte di razionalizzazione in ordine alla destinazione degli immobili e delle sedi oggetto del patrimonio delle Asl.

- **Governo dei tempi di attesa**

La gestione ed il mantenimento dei tempi di erogazione per prestazioni ambulatoriali e di ricovero è legata a più fattori e richiede l'individuazione di differenti interventi sulla prescrizione e sull'erogazione che, se perseguiti nel loro insieme, possono contribuire ad ottimizzare la gestione dei pazienti e dei percorsi terapeutici. Tuttavia il problema dei tempi di attesa ha implicazioni più vaste esprimendo sia il rapporto tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie sia valenze gestionali proprie di ciascuna organizzazione che produce prestazioni sanitarie.

I modelli che meglio riescono a 'governare' il fenomeno delle liste e dei tempi di attesa, sono basati sul controllo dei processi e delle informazioni più che sull'incremento dell'offerta e sulla 'razionalizzazione' della domanda (in termini di appropriatezza prescrittiva e garanzia dei Livelli Essenziali di assistenza) piuttosto che sul soddisfacimento generalizzato.

Tutte le sperimentazioni conosciute dimostrano che un'azione focalizzata unicamente sull'aumento dell'offerta può determinare risultati favorevoli nell'immediato ma richiede azioni complementari ed integrate, ad esempio di razionalizzazione della domanda, per poter mantenere la propria efficacia nel tempo. Gli interventi per la realizzazione di quanto descritto per i vari ambiti sopra esposti richiedono sinergia di azioni e costante mantenimento delle funzioni di coordinamento, valutazione e monitoraggio di cui l'ASL resta il riferimento principale.

Gli obiettivi specifici per i tempi di attesa da negoziare entro aprile 2015, nell'ambito delle risorse del budget contrattato, con le strutture pubbliche e private accreditate, in ambito tempi di attesa, hanno tra l'altro, la finalità di orientare alcuni settori di offerta di prestazioni sanitarie verso un maggior soddisfacimento della domanda sanitaria, garantendo adeguati interventi su possibili squilibri domanda/offerta. In tale ambito inoltre è prevista anche la realizzazione di specifiche di progettualità attraverso il mantenimento dell'ampliamento di accesso ai servizi (estensione fasce orarie) già avviato nel corso del 2014.

Con l'utilizzo di specifiche risorse finanziarie aggiuntive sono stati sperimentati, anche nel corso dell'ultimo quadrimestre 2014, interventi di incrementi di offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale. I relativi obiettivi sono stati sviluppati su aree prestazionali specifiche e individuate come critiche o potenzialmente tali. Tuttavia tali interventi non hanno generato un evidente e misurabile miglioramento dei tempi di attesa, pur avendo inconfutabilmente migliorato l'accessibilità a talune prestazioni di specialistica ambulatoriale.

- **Il nuovo Piano Organizzativo Aziendale (POA)**

Nel 2014 si è provveduto all'aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale (POA) 2013-2014 considerando il nuovo modello organizzativo che si concentra sull'attribuzione di responsabilità di aree complessive di bisogno o di risultato, quindi non più su singole discipline tecnico-specialistiche e si focalizza soprattutto sulla domanda, da governare e soddisfare. Gli elementi introdotti nel POA sono tutti finalizzati al rafforzamento della *governance* di sistema, alla programmazione e alla gestione integrata delle risorse. Segnatamente, al fine di garantire programmazione e controllo in accordo con i dipartimenti aziendali, a cui spetta la pianificazione e la gestione delle attività, è stato istituito il Servizio Gestione Operativa. Ai Distretti e ai servizi alla persona, rimodellati, sono state attribuite funzioni per garantire le migliori condizioni di accesso e fruibilità delle prestazioni.

Si è armonizzato l'assetto del Presidio Corberi con la determinazione di tre strutture semplici, ciascuna per presidiare linee di attività, anche in relazione allo sviluppo di un progetto di riorganizzazione che qualifichi ulteriormente la specifica vocazione riabilitativa.

È stato ridisegnato il Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo, raccordandolo funzionalmente al Servizio Negoziazione, Accredimento e Controllo Strutture socio sanitarie per assicurare tutte le necessarie interconnessioni in relazione al raggiungimento degli obiettivi di interesse aziendale.

Le Direzioni strategiche e dipartimentali sono state dotate di strutture di supporto amministrativo, gestionale o tecnico per potenziare e curare anche i rapporti e l'efficienza dei legami con le articolazioni aziendali e la rete dei servizi territoriali:

- sono stati confermati gli incarichi dirigenziali, attualmente in essere, di strutture semplice o complessa che non hanno subito modifiche con l'integrazione del POA;
- non sono stati confermati incarichi dirigenziali di articolazioni non in continuità organizzativa;
- sono stati indetti gli avvisi interni per il conferimento di incarichi dirigenziali sia di gran parte delle strutture semplici modificate dal nuovo assetto Generale che delle direzioni dei distretti.

Nei primi mesi del 2015 continuerà la messa in atto del POA, che porterà con sé interventi di sviluppo, insieme al completamento del modello organizzativo e a un nuovo modo di gestire i processi ed erogare le attività, integrandoli in una prospettiva di ricerca delle migliori soluzioni.

Con successivi e distinti provvedimenti verranno definiti i modi per l'assegnazione delle responsabilità delle rimanenti strutture aziendali nuove, attraverso l'indizione di appositi avvisi interni da espletarsi in tempi ragionevolmente brevi e comunque entro il primo trimestre dell'anno e saranno completati gli adeguamenti organizzativi del personale del comparto sia riguardo il conferimenti di incarichi di specifiche funzioni che l'assegnazione del contingente organico alle diverse strutture che hanno subito modifiche o cambi di afferenze.

- **Trasparenza e Anticorruzione**

In attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", nel 2015 verrà adeguato il sistema di prevenzione impostato nel 2014 e saranno redatti il piano triennale di prevenzione della corruzione ed il piano triennale per la trasparenza ed integrità.

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione ha lo scopo di far sì che vengano attuati modelli di prevenzione della corruzione utili ad individuare gli illeciti, definendo le responsabilità di tutti i servizi ed identificare in quali attività possano essere commessi i reati e controllando l'osservanza delle procedure in essere e nel verificare che il compimento di un illecito sia avvenuto eludendo le regole di organizzazione e controllo predisposte dal CdR.

Nel modello organizzativo si dovranno inoltre individuare le responsabilità in modo che per ogni processo emerga quali sono gli operatori coinvolti e le loro attività, nonché i poteri assegnati dalla direzione; la segregazione dei compiti garantirà che nessun soggetto abbia contemporaneamente più incarichi attinenti le varie fasi dell'autorizzazione e che nessun addetto svolga uno dei compiti senza che il suo lavoro sia controllato da un secondo funzionario che ne verifichi l'operato. Le disposizioni contenute nella legge 190 del 6 novembre 2012 saranno riprese dal Regolamento Aziendale per la Prevenzione e la Repressione della Corruzione e dell'Illegalità nella ASL, emanate al livello aziendale.

Sul sito web aziendale sono state predisposte le pagine della "Trasparenza amministrativa" per una facile consultazione da parte di utenti senza specifiche conoscenze sull'organizzazione della ASL e dei suoi processi; esse presentano chiaramente quali sono gli impegni che l'Azienda intende porsi nel 2015.

- **Comunicazione e informazione ai cittadini**

In relazione alle attività di comunicazione previste in attuazione delle Regole 2014, l'ASL Provincia di Monza e Brianza ha effettuato l'attività di raccordo con le Aziende Ospedaliere del territorio provvedendo a raccogliere, come previsto da Regione Lombardia, i loro Piani di Comunicazione e ad inviarli successivamente a Regione Lombardia, Direzione Generale Sanità, unitamente al proprio Piano Annuale di Comunicazione.

I progetti di Comunicazione previsti per l'anno 2014 e realizzati sono:

- produzione del Giornale della ASL di Monza e Brianza "ASL MB News", veicolato trimestralmente sul territorio attraverso Distretti, MMG e PDF, Comuni, Aziende Ospedaliere, con una tiratura di 50.000 copie ad uscita: sono state realizzate le uscite di aprile, luglio, dicembre e si proseguirà nel 2015 con le medesime modalità;
- aggiornamento dei contenuti del sito aziendale nell'ottica di dare ai cittadini informazioni chiare, precise e approfondite su tutti gli argomenti di interesse;
- realizzazione del brand "ASLServizi" che identifica la ASL al di fuori delle sue sedi istituzionali: le Farmacie (nel 2014 ne sono state attivate 20 a Monza) che espongono questo logo sono in grado, attraverso l'integrazione al sistema informatico, di erogare servizi come la scelta e revoca del Medico di Medicina Generale e del Pediatra, la distribuzione di ausili protesici o l'attivazione dei servizi di cure domiciliari;
- promozione sul territorio del sito www.salute4teen.it, pensato per i giovani, ma rivolto anche ai genitori e agli operatori, che è stato impostato sull'utilizzo delle modalità di comunicazione preferite dai ragazzi (social network), affrontando tematiche quali sessualità, cibo, attività fisica, droghe, HIV, malattie sessualmente trasmissibili, vaccinazioni, fumo, alcol, gioco d'azzardo, sicurezza stradale, lavoro e salute e uso del web;
- promozione della vaccinazione antinfluenzale: la campagna di informazione sul territorio ha visto sia il coinvolgimento di attori e canali consueti come i Distretti, i Medici e i Pediatri, gli Uffici di Igiene, le RSA, i SERT, i NOA e i CDI, il numero verde ASL, sia l'utilizzo di nuove modalità di veicolazione mediatica del messaggio (radiofoniche, televisive, con affissione di poster a livello di centri parrocchiali e presso supermercati, etc);
- è stato predisposto il Piano Operativo per la prevenzione e cura del gioco d'azzardo in coerenza con le indicazioni regionali e ministeriali e realizzata una locandina informativa distribuita ai Distretti, ai Comuni e agli *stakeolder*;
- è stato realizzato un convegno su Ebola per formare i Medici di Medicina Generale ed è stato inserito un articolo ad hoc sul numero di dicembre del Giornale della ASL per informare correttamente i cittadini sulle reali dimensioni del fenomeno.

Si conferma, anche per il 2015, l'impegno della ASL nel tenere monitorata l'applicazione del marchio sistema "Sistema Sanitario Regione Lombardia" sugli strumenti di comunicazione delle strutture accreditate e a contratto che erogano prestazioni a carattere sanitario al fine di favorire la riconoscibilità degli enti sanitari come parte del Sistema Regionale.

Nel 2015 sono previste molteplici attività inerenti la comunicazione, tra cui:

- realizzazione delle campagne di pubblicizzazione del nuovo Call Center aziendale;
- rifacimento della Guida ai Servizi in relazione ai nuovi contenuti del sito istituzionale;

- ultimazione delle modifiche del sito istituzionale;
- azioni di *customer e citizen satisfaction*, previste nel 2014, che verranno realizzate solo a seguito del completamento delle modifiche all'interno del sito istituzionale e alla realizzazione del call center;
- campagna informativa sul territorio relativa all'adesione dei Comuni alla rete *ASLServizi*;
- prosecuzione della pubblicazione del Giornale della ASL "ASL MBNews" con le medesime modalità di diffusione;
- realizzazione di un profilo social della ASL su Facebook e su Twitter;
- realizzazione del nuovo sito della Rete Pediatrica www.salute4baby.it
- realizzazione del libro "Volte e Storie del Corberi" che racconta la realtà del presidio Ospedaliero Corberi; nel mese di settembre sarà realizzata una mostra fotografica all'interno dei Comuni del territorio;
- campagna per la vaccinazione antinfluenzale.

- **Servizio Unificato di accesso al Welfare**

Nel 2014 l'Asl ha perseguito l'obiettivo strategico aziendale di realizzazione del Distretto per la Famiglia, con la finalità di semplificare e facilitare le modalità di accesso ed incrementare la capacità dell'ASL nella presa in carico unitaria della persona e della famiglia, prevedendo in ogni sede distrettuale la presenza di *Servizi Unitari di Accesso al welfare socio-sanitario*, diffusi in maniera omogenea sul territorio di riferimento e con una configurazione complessa di accesso alla rete dei servizi, che si caratterizza per la centralità delle dimensioni dell'ascolto, dell'orientamento, dell'affiancamento leggero e del *case management*.

Gli obiettivi, in via di ulteriore implementazione, verranno realizzati tramite l'adozione di un impianto organizzativo di **accoglienza, valutazione e presa in carico**, comune a tutte le attività sociosanitarie distrettuali e territoriali dell'ASL, in grado di facilitare la comunicazione, il confronto e l'integrazione tra servizi e operatori.

Questa azione innovativa ha favorito la riorganizzazione di processi organizzativi aziendali in ottica di integrazione delle competenze degli operatori al fine di pervenire ad una risposta unitaria all'utenza e verrà ulteriormente sviluppato il modello della valutazione multidimensionale del bisogno, omogeneo per tutto il territorio, finalizzato alla presa in carico integrata nell'area della fragilità e della cronicità, secondo criteri di appropriatezza ed equità nell'accesso al sistema.

- **EXPO 2015**

EXPO 2015 porterà tra Maggio e Ottobre circa 20 milioni di visitatori nel territorio regionale lombardo e in particolare a Milano e nel suo hinterland, con un fatturato stimato, nel solo ambito della ristorazione, di 1,2 miliardi di euro.

Un grande evento come EXPO 2015, configura caratteristiche di straordinarietà che non possono essere gestite con gli attuali sistemi operativi e pertanto è necessaria una specifica pianificazione che preveda adeguati strumenti organizzativi e operativi da attuarsi sia in fase preventiva sia esecutiva.

Il realizzarsi dell'evento necessita di un impegno aggiuntivo rispetto alla normale attività delle varie componenti dell'ASL, in relazione a:

- presenza di un elevato numero di visitatori che interesserà anche il territorio regionale esterno alla zona espositiva, con l'interessamento di percorsi turistici che coinvolgeranno la provincia di Monza e Brianza, anche per manifestazioni decentrate in particolare presso la Villa Reale;
- arrivo straordinario di merci e prodotti, di cui è necessario conoscere i siti collegati alla piattaforma logistica EXPO 2015, sia per motivi di ordine sanitario (*safety*), ma anche di bioterrorismo (*security*), al fine di incrementare in modo mirato l'attività di vigilanza;
- aumento delle produzioni locali, soprattutto quelle collegate alle infrastrutture turistiche, con conseguente sovraccarico della rete recettiva e aumento del rischio di patologie di derivazione alimentare;
- rischio di importazioni clandestine di prodotti alimentari anche esotici, con rischio di veicolare agenti infettivi di varia natura.

3. LE DIMENSIONI DI ANALISI DELLE PERFORMANCE

Le dimensioni di analisi delle performance sono riconducibili ai livelli decisionali strategici, di programmazione e gestionali.

Le dimensioni della performance sono:

- **Accessibilità e soddisfazione dell'utenza.** L'accessibilità rappresenta la possibilità di equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti, e tale dimensione è strettamente correlata alla fruizione dei risultati dell'attività dell'azienda da parte dell'utente.
D'altro canto, la soddisfazione dell'utenza esplicita il rapporto tra organizzazione ed assistito e pone il focus della misurazione sulla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione.
L'Azienda attiva un sistema di ascolto del cittadino, di prevenzione dei possibili contenziosi (mediazione), una tempestiva gestione dei reclami, il monitoraggio degli indicatori di soddisfazione degli utenti, secondo le indicazioni regionali.
- **Efficacia interna:** misura la capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità. Sistema di **negoziazione del budget**, articolato in tre fasi di processo: assegnazione degli obiettivi di mandato ed aziendali, definizione dei volumi di attività e assegnazione delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi. Avvio di un **sistema di valutazione** del contributo del singolo dirigente, insieme alla sua équipe, al raggiungimento degli obiettivi aziendali.
- **Efficacia organizzativa** (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità): **Piano di Formazione** annualmente definito, in relazione alle regole di sistema, al programma di sviluppo delle competenze e delle abilità professionali individuali.
- **Efficienza produttiva:** corretto utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi da perseguire.

Performance individuale

La *performance* individuale si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e a specifici obiettivi individuali collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità ricoperti (art. 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009).

Si ipotizza di collegare la *performance* individuale alla performance di struttura, così da legare sia la valutazione del dirigente responsabile, sia quella dei suoi collaboratori e in via indiretta anche del Responsabile del Dipartimento.

Il costruire una visione comune di operatività si basa sulla necessità di integrazione di professionalità caratterizzate da differenti obiettivi, differenti prospettive temporali e differenti orientamenti e comportamenti, permettendo una condivisione e accettazione di obiettivi comuni, esattamente gli obiettivi di struttura.

Nell'ambito della performance individuale, il contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura potrà concorrere alla definizione del sistema di valutazione delle *performance* individuali nell'ASL della Provincia di Monza e Brianza.

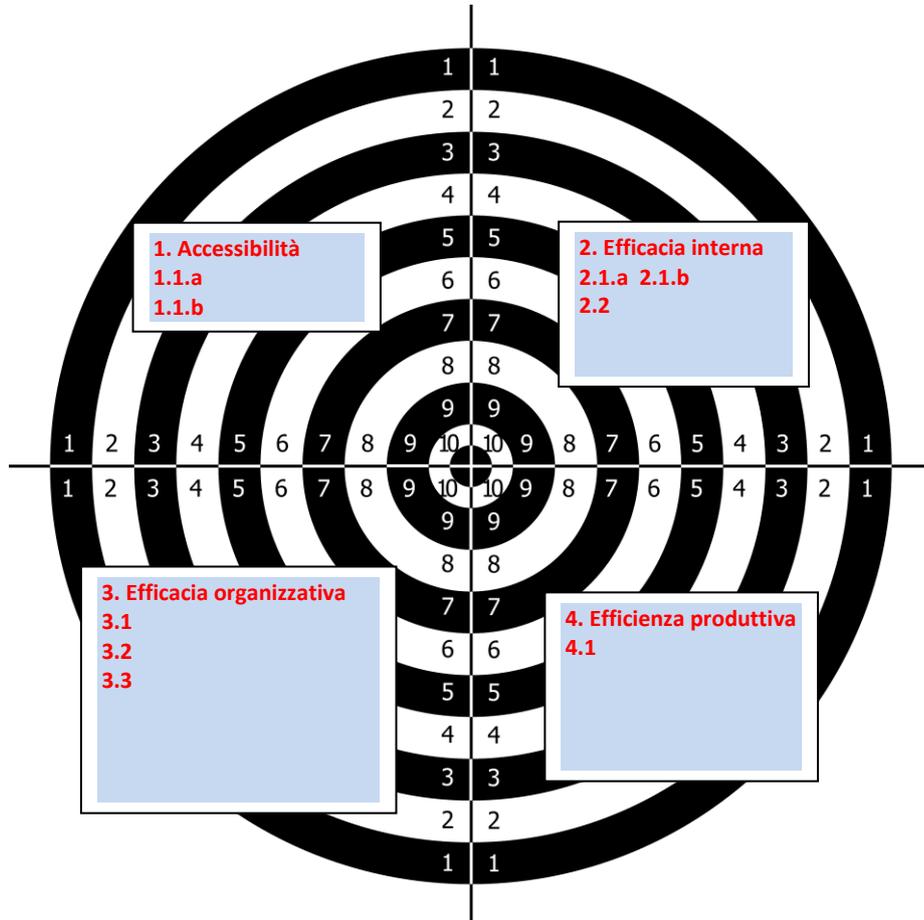
In coerenza con quanto definito con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, si cercherà di applicare, almeno in via sperimentale, la metodologia di valutazione del contributo individuale al raggiungimento degli obiettivi in alcuni setting aziendali (UU.OO. / Servizi / Dipartimenti).

Collegamento con gli altri strumenti di programmazione strategica e con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Al fine di garantire l'integrazione tra gli strumenti programmatici e, quindi, il collegamento tra *performance*, programmazione economico-finanziaria e di bilancio, processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, alla integrità e in generale alla prevenzione della corruzione (*Piano triennale per la prevenzione della corruzione; Programma triennale per la trasparenza e l'integrità*), gli obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite l'attuazione dei predetti piani, ivi compresi quelli contenuti nel Documento di Programmazione e Coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari, costituiranno elementi di ingresso ai fini dell'assegnazione degli obiettivi e per la declinazione della *performance* organizzativa (associabile al livello strategico e operativo) e *performance* individuale (obiettivi assegnati al personale a vario titolo coinvolto nel raggiungimento dei risultati prefissati).

1. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE

Gli indicatori che ad oggi sono stati ipotizzati saranno illustrati in tabelle, in cui verrà evidenziato lo sforzo a tendere ad una dimensione di misurazione che sottolinei i trend temporali, sia pure con le limitazioni legate a potenziali variazioni normative e di congruenza, inevitabilmente in incremento a mano a mano che l'orizzonte temporale si allontana. Il bersaglio identificherà e collocherà in termini di pesi le differenti rilevanze dei singoli obiettivi per area. La formalizzazione degli indicatori sarà perfezionata quando le circostanze di contesto normativo regionale consentiranno di tenere conto di elementi quali i vincoli economici e gli obiettivi di mandato del Direttore Generale.



CODICE OBIETTIVO	Obiettivo	Cosa si misura	Come si misura	Note	indicatore 2015*	indicatore 2016*	indicatore 2017*
1. ACCESSIBILITA'							
1.1.a 1.1.b	Sviluppo domiciliarietà	Capacità dell'ASL di coprire il bisogno assistenziale domiciliare sul territorio	a. N. assistiti ADI ASLMB > 65anni / popolazione >65 anni b. N. assistiti > 65anni ADI ASLMB / popolazione richiedente >65 anni	In funzione del budget disponibile; potenziale analisi per profili di fragilità	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1
2. EFFICACIA INTERNA							
2.1.a 2.1.b	Tutela della salute del singolo e collettiva attraverso attività di prevenzione e controllo nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione di controlli programmati negli esercizi / impianti presenti sul territorio e selezionati in base alla graduazione di rischio	a. N. aziende del settore alimentare controllate / N. aziende del settore alimentare programmate b. N. controlli effettuati/ N. controlli programmati	Nel 2013 raggiunto valore di rapporto tra azioni effettuate e proposte >90%; indicatori stratificati per classe di rischio	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1
2.2	Farmaci equivalenti	Miglioramento del livello prescrittivo del farmaco in ottica contenimento costi a parità di efficacia	Consumo DDD farmaci equivalenti / Consumo DDD totale farmaci "branded"	Valori espressi in termini di DDD ("Defined Daily Doses" - Dosi Giornaliere Definite) non sono influenzati da fattori normativi che possono influenzare l'interpretazione (es. prezzo)	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1
3. EFFICACIA ORGANIZZATIVA							
3.1	Verifica rispetto standard tempi attesa	Misura il grado di rispetto tempi d'attesa dichiarati	$\sum(\text{TdA rispettati/standard previsti}) * 100$		Mantenimento del valore del macroindicator e ad una misura uguale o superiore al 95% (migliorativa se inferiore)	Mantenimento del valore del macroindicator e ad una misura uguale o superiore al 95% (migliorativa se inferiore)	Mantenimento del valore del macroindicator e ad una misura uguale o superiore al 95% (migliorativa se inferiore)

CODICE OBIETTIVO	Obiettivo	Cosa si misura	Come si misura	Note	indicatore 2015*	indicatore 2016*	indicatore 2017*
3.2	Governo tempi di attesa	Misura l'attuazione di azioni che, direttamente ed indirettamente, intervengono nel governo dei tempi di attesa	Numero azioni attuate	Nel 2013 attivate specifiche pagine web del sito ASLMB	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1	Valore anno / valore anno precedente ≥ 1
3.3	Implementazione e attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione (P.T.P.C) contenente il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.)			Obiettivo da assegnare al responsabile della prevenzione della corruzione e al personale dirigente a vario titolo coinvolto nella realizzazione del P.T.P.C.	Monitoraggio azioni e rendicontazioni come calendarizzato nel piano stesso anche in rapporto alle segnalazioni ricevute	Monitoraggio azioni e rendicontazioni come calendarizzato nel piano stesso anche in rapporto alle segnalazioni ricevute	Monitoraggio azioni e rendicontazioni come calendarizzato nel piano stesso anche in rapporto alle segnalazioni ricevute
4. EFFICIENZA PRODUTTIVA							
4.1	Copertura vaccinale	Coperture delle vaccinazioni per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, malattia invasiva da HIB, anti HPV	N. vaccinati / n. nati residenti	Tasso copertura vaccinale non inferiore a obiettivo per singole vaccinazioni Copertura vaccinale al 31.12.2012 per: vaccino esavalente (coorte 2010): 97,04% (ob. $\geq 95\%$); 1° MPR (coorte 2010): 95,58% (ob. $\geq 95\%$); 2° MPR (coorte 2006): 93,81% (ob. $\geq 90\%$); IV Polio (coorte 2006): 95,25% (ob. $\geq 95\%$); HPV (coorte 2000) 73,5% 1° dose (ob. $\geq 70\%$)	Mantenimento dei tassi di copertura vaccinale	Mantenimento dei tassi di copertura vaccinale	Mantenimento dei tassi di copertura vaccinale
* I target potranno essere oggetto di ridefinizione nel tempo in funzione di sopraggiunte novità normative o di priorità per l'azienda. Il rischio di ridefinizione aumenta con il prolungarsi della proiezione temporale.							