

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Insubria

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELL'INSUBRIA

PIANO DELLA *PERFORMANCE*

2018-2020

INDICE DEL DOCUMENTO

PRESENTAZIONE DEL PIANO	3
SEZIONE PRIMA	4
1. L'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELL'INSUBRIA: CHI SIAMO, COSA FACCIAMO, COME OPERIAMO .	4
1.1. PRESENTAZIONE DELL'AGENZIA	4
1.2. MISSION	4
1.3. VALORI GUIDA	5
1.4. FINALITÀ E PRINCIPI ORGANIZZATIVI	6
1.5. TERRITORIO E POPOLAZIONE	8
1.6. CONTESTO DI SALUTE	10
1.7. RETE D'OFFERTA SANITARIA E SOCIO SANITARIA	12
1.8. ORGANIZZAZIONE	15
1.9. PERSONALE	16
SEZIONE SECONDA	17
2. IL MODELLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	17
2.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN ATS INSUBRIA	19
2.1.1 SOGGETTI NELL'AMBITO DEL SMVP.....	19
2.1.2 DEFINIZIONI	20
2.1.3 CICLO DELLA PERFORMANCE	21
2.1.4 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AGENZIA.....	22
2.1.5 LE UNITÀ DI ANALISI DELLA MISURAZIONE	22
2.1.6 LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	23
2.1.7 LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	24
2.1.8 GLI INDICATORI E LE DIMENSIONI DI ANALISI DELLA PERFORMANCE.....	24
2.2 LE DIMENSIONI DI ANALISI DELLE PERFORMANCE.....	25
2.3 IL PASSAGGIO DALLA MISURAZIONE ALLA VALUTAZIONE.....	26
2.4 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI	27
SEZIONE TERZA.....	28
3 LINEE DI INDIRIZZO STRATEGICHE	28

ALLEGATI

TABELLA OBIETTIVI STRATEGICI PRINCIPALI 2018-2020	30
---	----

PRESENTAZIONE DEL PIANO

ATS dell'Insubria ritiene la definizione dei propri obiettivi, dei propri indicatori di *performance* e il loro miglioramento continuo un'attività **strategica ed integrata**, che deve essere gestita come un vero e proprio processo, secondo una metodologia progettuale.

Entro il 31 gennaio di ogni esercizio l'Agenzia, conformandosi agli indirizzi di cui all'art. 11, comma 2, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, aggiorna il contenuto del proprio **PIANO DELLA PERFORMANCE**.

Il Piano rappresenta il documento programmatico triennale, con declinazione annuale, che dà avvio al ciclo di gestione della *performance*. Con il Piano sono esplicitate le linee di indirizzo strategiche che orienteranno l'Agenzia nel periodo di riferimento (2018-2020), gli obiettivi, gli indicatori ed i target, in coerenza con le Regole di Sistema annuali adottate dalla Giunta Regionale per la gestione del S.S.L. e gli altri documenti di contenuto programmatico.

La volontà è, altresì, quella di consegnare ai cittadini un documento che, in modo sintetico, dia evidenza dei risultati che l'amministrazione intende perseguire nel triennio di riferimento, cercando, così, di soddisfare anche le esigenze conoscitive dei diversi portatori di interesse.

Nel Piano, una sezione è dedicata alla progettazione del "**SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (SMVP)**", su cui si baserà, poi, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

SEZIONE PRIMA

1. L'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELL'INSUBRIA: CHI SIAMO, COSA FACCIAMO, COME OPERIAMO

In questa sezione si propongono le informazioni e i dati riguardanti:

- la presentazione dell'Agenzia;
- la *mission*;
- i valori guida;
- le finalità e i principi organizzativi;
- il territorio e la popolazione;
- il contesto di salute;
- la rete di offerta sanitaria e sociosanitaria;
- l'organizzazione;
- il personale.

1.1. PRESENTAZIONE DELL'AGENZIA

L'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria, di seguito denominata ATS, è costituita a partire dal 1° gennaio 2016, con deliberazione di Giunta Regionale n. X/4465 del 10.12.2015. E' un Ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Varese, Via O. Rossi n. 9 e con sedi territoriali corrispondenti ai territori delle Province di Como e Varese.

1.2. MISSION

Alle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), che costituiscono articolazioni amministrative della Regione nell'ambito territoriale di competenza, è affidato il compito di attuare la programmazione definita da Regione Lombardia ed assicurare, anche attraverso le articolazioni distrettuali, la corretta erogazione dei LEA da parte dei soggetti accreditati e contrattualizzati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Pertanto all'interno del Sistema Sociosanitario Lombardo, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 23/2015, all'ATS sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:

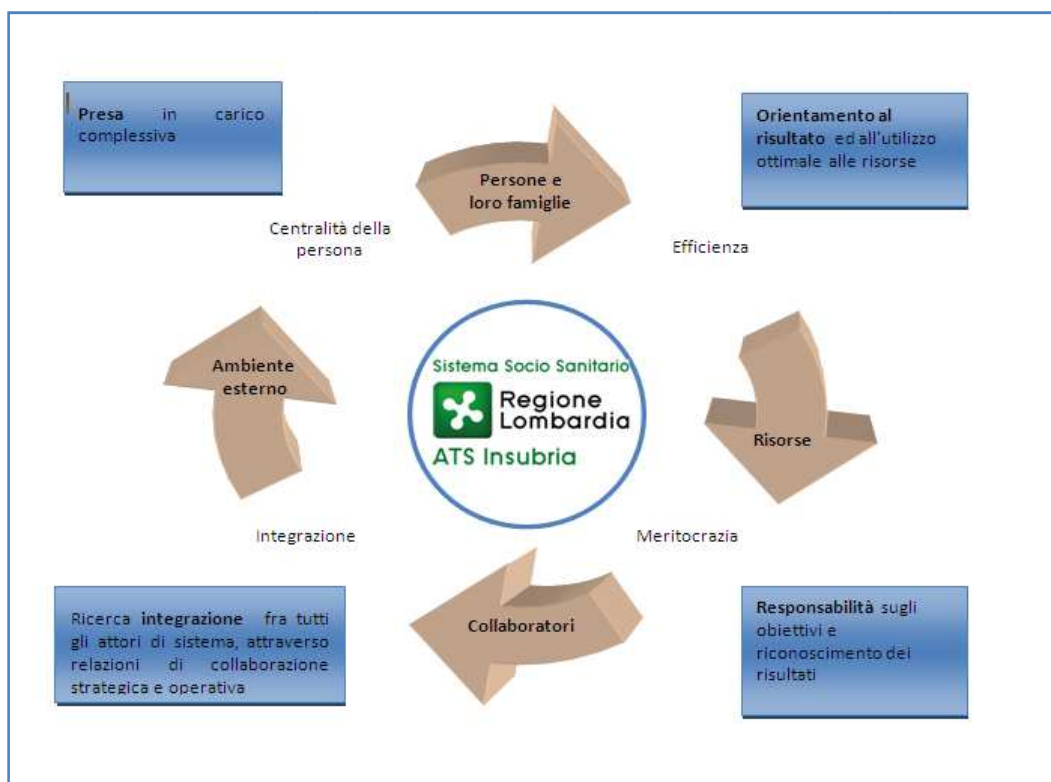
- negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3, della predetta L.R.;
- governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;
- governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;
- promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;

- prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- sanità pubblica veterinaria;
- attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
- vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'Agenzia di Controllo di cui all'articolo 11 della L.R. n. 23/2015.

[fonte: POAS 2016-2018]

1.3. VALORI GUIDA

ATS, per la realizzazione del proprio scopo, si ispira ai valori guida di seguito richiamati che dovranno orientare i comportamenti dei singoli, i sistemi di relazione ed improntare tutti gli ambiti di azione.



[fonte: POAS 2016-2018]

1.4. FINALITÀ E PRINCIPI ORGANIZZATIVI

- Per adeguare la risposta ai bisogni socio-sanitari presenti nel territorio di riferimento, ATS assume a punto cardine della propria missione il riconoscimento della centralità della persona, quale titolare del diritto alla tutela della salute, sia a livello individuale che collettivo. Mantiene un rapporto privilegiato con gli erogatori pubblici e privati di prestazioni sociosanitarie con i quali, attraverso gli accordi di fornitura, definisce i livelli quali e quantitativi delle prestazioni da erogare ed i livelli organizzativi correlati, promuovendo la realizzazione di una "rete integrata" di offerta sanitaria e socio sanitaria. Sviluppa forti sinergie con i Medici di Assistenza Primaria, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale per il governo e l'orientamento della domanda di salute sul territorio.
- In un'ottica complessiva di rete di welfare, ATS riconosce il ruolo dei Comuni o articolazioni di rappresentanza dei Comuni nell'ambito della programmazione territoriale e ne favorisce la partecipazione per dare vita a reali percorsi di integrazione volti a garantire un modello di rete effettivamente centrato sul bisogno della persona fragile e del suo contesto familiare.
- Il ruolo di "Programmatore" rende necessaria all'Agenzia la conoscenza profonda dello stato di salute della popolazione di riferimento, i suoi determinanti e i suoi aspetti di funzionamento. Per esercitare questo compito, ATS parte dall'analisi epidemiologica dei bisogni e sviluppa competenze e approcci statistico-epidemiologici per:
 - l'analisi della domanda e il disegno di scenari organizzativi finalizzati ad ottimizzare la programmazione dell'offerta e superare la dicotomia fra ospedale e territorio, passando da una visione per "unità di offerta" orientata all'erogazione di prestazioni ad una di "centri multi servizio" in grado di offrire un supporto nell'organizzazione del percorso di cura e di presa in carico;
 - la valutazione dell'appropriatezza e degli esiti delle cure e della relazione intercorrente fra tali elementi e i contesti familiari e sociali in caso di cronicità o fragilità;
 - il monitoraggio della salute della popolazione;
 - l'accessibilità ai servizi.

La sfida cui ATS è sollecitata assume una valenza fortemente innovativa poiché consente di intervenire proficuamente e con una ampiezza assolutamente superiore a quella riconosciuta alle disciolte Aziende Sanitarie Locali, su livelli di assistenza, priorità di intervento, liste di attesa, consumi sanitari, costo delle prestazioni, costo delle patologie, e così via. In tale prospettiva è sostanziale potenziare e allargare l'area dei sistemi informativi anche coinvolgendo fonti accreditate di informazione, quali ad esempio Medici di Assistenza Primaria, Pediatri di Famiglia e Medici di Continuità Assistenziale, che spesso rimangono periferici nella partecipazione ai processi di lettura e risposta ai bisogni.

- ATS riconosce nel rapporto di collaborazione e cooperazione con le Università, anche attraverso forme organizzative strutturate, lo strumento di rilevante portata strategica per la produzione e circolazione della conoscenza.
- ATS si impegna a massimizzare il valore di salute prodotto, fondato sull'analisi e la lettura ragionata dei dati demografici, epidemiologici e di attività, adoperando le risorse disponibili

nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza e sostenibilità e delle indicazioni e priorità definite dalle politiche nazionali e regionali.

- La presa in carico delle persone e delle loro famiglie in modo globale, sviluppando un tipo di assistenza basata sul rapporto multidisciplinare, presuppone la promozione di meccanismi di integrazione delle prestazioni sociosanitarie, di cura, di riabilitazione e sociale e l'implementazione di reti di continuità clinico-assistenziali. In questa prospettiva è necessario potenziare la capacità di essere proattivi verso la malattia cronica e le condizioni di fragilità, garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle unità d'offerta. Il trasferimento di funzioni erogative verso le ASST e l'accorpamento in un unico soggetto giuridico di tutta la filiera assistenziale deve tradursi concretamente nella capacità del sistema di affiancare le persone croniche o fragili e le loro famiglie nel loro percorso di vita, sostenendo lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio.
- In coerenza con la visione della salute riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ATS raccoglie la sfida dell'inter-settorialità e investe in concreto non solo nelle aree tradizionali della prevenzione, ma nella promozione della salute, ovvero in quel processo che mette in grado l'individuo di aumentare la consapevolezza sulla propria salute e di migliorarla. E ciò attraverso lo sviluppo di un sistema a rete e integrato degli interventi di promozione della salute per accompagnare la persona in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica, coerente con la logica della presa in carico complessiva, va ricondotta anche alla convinzione, suffragata dalla letteratura scientifica, che un investimento in tale ambito rappresenti una scelta vincente, capace di contribuire a garantire nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del sistema e a ridurre in concreto il peso della malattia e della disabilità.
- La comunicazione istituzionale della salute ha un ruolo strategico nel rapporto tra SSL, persone e loro famiglie in quanto accresce la consapevolezza della persona, quale costruttore dei propri stili di vita, dunque protagonista del proprio benessere. ATS persegue la propria missione concorrendo a realizzare la responsabilità pubblica della tutela della salute, anche attraverso il potenziamento e perfezionamento di tutti gli strumenti di comunicazione.
- In coerenza con gli indirizzi regionali contenuti nelle Linee Guida per l'adozione dei POAS e, più in generale, con le determinazioni ANAC in materia di legalità e trasparenza, ATS è attiva nella definizione di regole e modelli di controllo di sistema per la ordinata regolazione dei processi, a partire dalle aree più sensibili e dai processi a maggiore rischio.

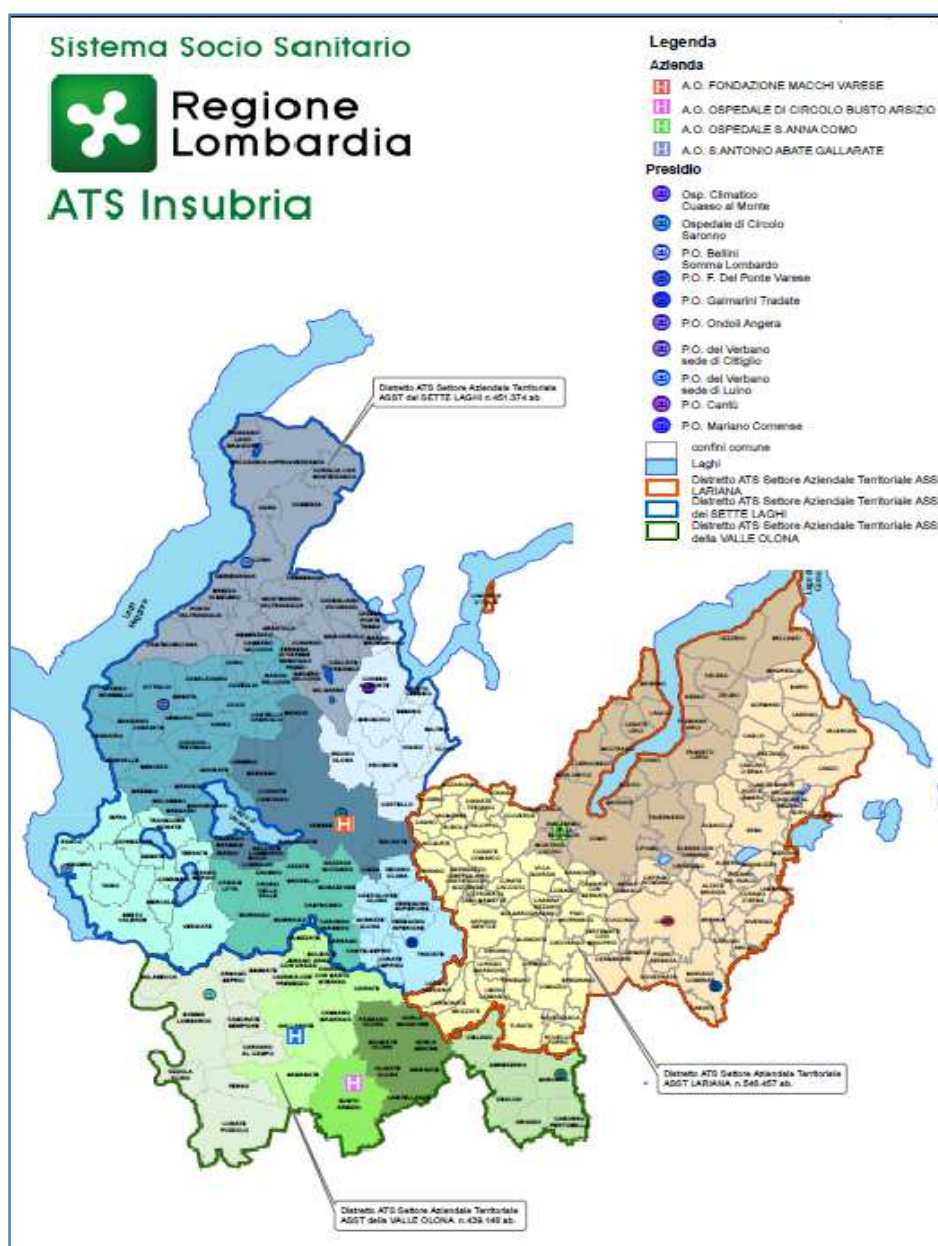
[fonte: POAS 2016-2018]

1.5. TERRITORIO E POPOLAZIONE

ATS Insubria opera su un territorio coincidente con la Provincia di Varese e con parte della Provincia di Como, con una popolazione complessiva di 1.435.673 abitanti [fonte: flussi FLS11, 2016 al 31.12.2017], distribuiti in 244 Comuni, suddivisi in tre Aree ASST (dei Sette Laghi, della Valle Olona e Lariana).

La superficie coperta da ATS è pari a 1.895,76 Km² ed opera in un territorio caratterizzato da una particolare conformazione orografica; la presenza dei laghi e delle montagne condiziona l'urbanizzazione, la localizzazione delle attività industriali e professionali e, di conseguenza, la diffusione della popolazione.

CARTINA TERRITORIO ATS DELL'INSUBRIA



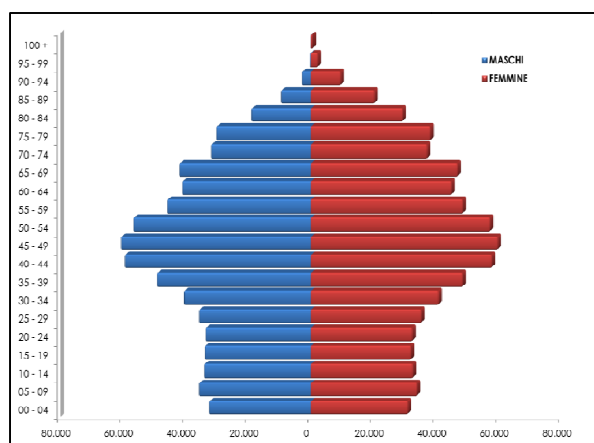
Distribuzione della popolazione per fasce di età

La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

	POPOLAZIONE 0 -13 ANNI	POPOLAZIONE 14-64 ANNI	POPOLAZIONE 65-74 ANNI	POPOLAZIONE 75 E OLTRE ANNI	POPOLAZIONE TOTALE
MASCHI	95.483	463.048	75.213	65.575	699.319
FEMMINE	90.018	460.231	84.323	101.782	736.354
<i>Totale</i>	185.501	923.279	159.536	167.357	1.435.673

[Fonte: Elaborazione ATS Insubria su dati ISTAT]

PIRAMIDE DELLE ETÀ AL 01.01.2017



[Fonte: ATS Insubria]

La piramide dell'età relativa ai residenti nell'ATS dell'Insubria è tipica delle attuali società industrializzate, ove l'aumentata qualità dell'assistenza sociosanitaria è alla base dell'incremento dell'età media. La classica forma piramidale viene sostituita da una forma "ad albero", con basi ristrette (dovute al calo di natalità). La classe d'età più consistente è quella che comprende la generazione nata nel periodo del boom economico, alla fine degli anni '60. Da rilevare la riduzione della crescita nella prima fascia d'età, successiva alla crisi economica.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è confermato anche dall'andamento di due classici indici demografici: l'Indice di Invecchiamento e l'Indice di Vecchiaia.

La percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale (**INDICE DI INVECCHIAMENTO**) presenta un trend in costante crescita negli anni ed è pari a 22,7 (più di 1 anziano ogni 5 abitanti). Il valore è superiore al dato lombardo (22,2) e nazionale (22,3).

Analogamente, il rapporto tra ultrasessantacinquenni e soggetti in età 0-14 anni (**INDICE DI VECCHIAIA**) è cresciuto nel tempo fino a raggiungere la presenza di 164 anziani ogni 100 giovani. Tale valore è superiore a quello regionale (159,1), ed inferiore a quello nazionale (165,3).

INDICI DI INVECCHIAMENTO E VECCHIAIA AL 01.01.2017

	DISTRETTO ASST SETTE LAGHI	DISTRETTO ASST VALLE OLONA	DISTRETTO ASST LARIANA	TOTALE ATS INSUBRIA
INDICE VECCHIAIA	175,0	160,6	157,9	164,0
INDICE INVECCHIAMENTO	23,5	22,6	22,0	22,7

[Fonte: Elaborazione ATS Insubria su dati ISTAT]

Un indice demografico utile per le finalità del presente Piano, in quanto rappresenta un indicatore di rilevanza economica e sociale, è l'**INDICE DI DIPENDENZA** - rapporto tra le persone considerate in età "non più attiva" e quelle considerate in "età attiva" (rapporto tra persone con meno di 14 e più di 65 anni e le persone tra i 14 e i 64 anni). Anche questo indice risulta in incremento negli anni e presenta un valore di 57,4 a livello di ATS, con valori più bassi nel Distretto ASST Lariana e più alti nel Distretto ASST dei Sette Laghi; il valore registrato nell'ATS è superiore sia al dato lombardo (56,5), che a quello nazionale (55,8).

INDICE DI DIPENDENZA AL 01.01.2017

	DISTRETTO ASST SETTE LAGHI	DISTRETTO ASST VALLE OLONA	DISTRETTO ASST LARIANA	TOTALE ATS INSUBRIA
INDICE DI DIPENDENZA	58,7	58,0	56,0	57,4

[Fonte: Elaborazione ATS Insubria su dati ISTAT]

Per quanto riguarda la natalità, il numero dei **NATI VIVI** nel 2017 è stato di 11.319, il 5,5% in meno rispetto al 2016. Il tasso di natalità nell'ATS è stato di 7,9 nati per 1.000 residenti; la natalità è inferiore a quella regionale (8,1) e superiore a quella nazionale (7,7).

[Fonte: Elaborazione ATS Insubria su dati ISTAT]

1.6. CONTESTO DI SALUTE

Le informazioni, che di seguito si propongono, sono funzionali per la lettura e l'interpretazione del contesto entro cui l'Agenzia assolve la sua missione istituzionale di tutela della salute e, conseguentemente, sono da considerarsi elementi di ingresso per l'identificazione delle priorità e la definizione della programmazione strategica ed operativa.

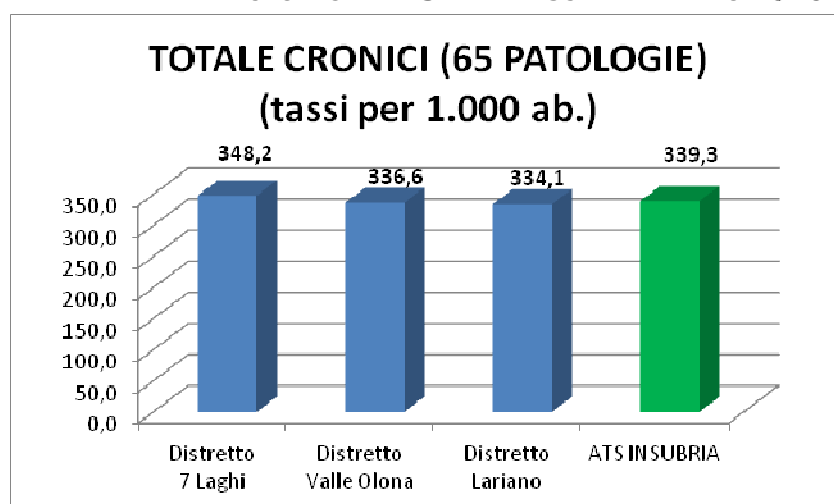
La mortalità

Per la mortalità, si è fatto riferimento all'ultimo anno completo (2016) dei Registri di Mortalità di Varese e Como. Il numero dei morti nel 2016 è stato 13.556, con una distribuzione così ripartita: Distretto Sette Laghi 34,1%, Distretto Valle Olona 29,2%, Distretto Lariano 36,7%. Il tasso grezzo di mortalità è stato di 9,4 per 1.000 assistiti residenti. In Italia ed in Lombardia il tasso di mortalità è risultato rispettivamente di 10,1 e di 9,4 x 1000 abitanti (dati ISTAT 2016). A livello territoriale si sono registrati i seguenti valori: per il Distretto Sette Laghi 10,3, per quello Valle Olona 9,0 e per quello Lariano 9,1. Trattandosi di stime grezze, i dati descrivono l'impatto della mortalità pur essendo influenzati dal grado di invecchiamento della popolazione. Si osserva un maggiore impatto della mortalità generale nell'area nord della provincia di Varese. Relativamente alla mortalità per malattie cardiocircolatorie, nel 2016 il tasso grezzo (x 1.000) nell'ATS dell'Insubria è risultato pari a 3,2. Il valore più alto (3,7) si è riscontrato nel Distretto Sette Laghi. Per i tumori il tasso è stato di 2,9; i valori sono risultati 3,0 per il Distretto Sette Laghi, 2,9 per quello di Valle Olona e 2,9 per quello Lariano. Il tasso di mortalità per traumatismi è risultato di 0,3 x 1000 residenti, con valori Distrettuali sovrapponibili. Nell'ATS dell'Insubria il 24,6% dei decessi è avvenuto al di sotto dei 75 anni di età e il Distretto Lariano ha fatto registrare la percentuale maggiore (25,4%).

La frequenza delle malattie croniche

Grazie alla Banca Dati Cronici, istituita dalla Regione Lombardia a seguito della DGR 6164/2017, è possibile stimare la quantità di malati cronici presenti nell'ATS dell'Insubria. La Banca Dati si basa sulle cause di ricovero degli ultimi anni, sull'esenzione ticket dell'assistito e sul suo profilo di consumo farmaceutico e di specialistica ambulatoriale. In tal modo è possibile classificare i pazienti per le principali malattie croniche e calcolarne la diffusione (prevalenza). Come si può vedere dalla figura sotto riportata, la prevalenza dei malati cronici nel 2016 è circa il 33,9% e risulta leggermente più alta nel Distretto Sette Laghi (34,8%). Se si analizzano le principali patologie dei malati cronici, le prevalenze più alte si osservano per ipertensione, diabete mellito, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva), miocardiopatia aritmica, vasculopatia cerebrale. Altre patologie considerevolmente diffuse (fuori tabella) sono asma (21,2 x 1.000), neoplasia attiva (17,2 x 1.000), neoplasia in follow-up (10,4 x 1.000).

PREVALENZA DEI CRONICI - ATS DELL'INSUBRIA - ANNO 2016



[fonte: UOC SIDWH e UOC Epidemiologia ATS]

**PREVALENZA X 1.000 PER SESSO DEI PAZIENTI CON ALCUNE DELLE PRINCIPALI
 PATOLOGIE CRONICHE NELL'ATS DELL'INSUBRIA – ANNO 2016**

	PATOLOGIA	F	M	T
2	IRC - DIALISI	0,5	1,0	0,7
8	DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO	0,2	0,2	0,2
9	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA	1,4	1,6	1,5
14	VASCULOPATIA ARTERIOSA	4,1	8,9	6,5
16	DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	9,3	8,5	8,9
17	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	4,6	6,8	5,7
20	SCOMPENSO CARDIACO	13,0	14,2	13,6
23	VASCULOPATIA CEREBRALE	8,9	8,9	8,9
29	CARDIOPATIA ISCHEMICA	9,8	22,3	15,9
30	MIOCARDIOPATIA ARITMICA	11,2	11,9	11,6
39	BPCO	14,4	12,5	13,4
44	DIABETE MELLITO TIPO 1	1,1	1,3	1,2
50	DIABETE MELLITO TIPO 2	26,2	26,6	26,4
56	IPERTENSIONE ARTERIOSA	91,1	68,8	80,2

[fonte: UOC SIDWH e UOC Epidemiologia ATS]

IN SINTESI

L'invecchiamento della popolazione è il fattore demografico che influenza maggiormente i fenomeni sanitari, in particolare la morbosità e la mortalità.

Nell'ATS dell'Insubria si rilevano aree dove la mortalità è influenzata dall'invecchiamento; in altre, invece, come si osserva nella mortalità precoce, si richiedono migliori interventi preventivi e curativi, indipendentemente dall'età avanzata. Nel Distretto Sette Laghi sono più elevati l'invecchiamento e la mortalità. La natalità, invece, è più alta nella parte meridionale dell'ATS (Distretto Valle Olona).

Il quadro complessivo del bisogno espresso tramite la prevalenza dei malati cronici indica una presenza leggermente più alta nel Distretto Sette Laghi.

[fonte: Osservatorio Epidemiologico ATS]

Nel prossimo triennio sarà completato il percorso di presa in carico dei pazienti cronici, secondo le indicazioni della L.R. n. 23/2015 e della DGR n. X/6164/2017 e successive integrazioni. All'interno di queste direttive, a seguito dell'analisi approfondita della banca dati assistiti regionale, sono stati identificati 5 livelli di pazienti: non consumatori di prestazioni sanitarie (sani), consumatori occasionali per malattie acute e infine pazienti cronici con tre livelli di complessità (I livello fragili, II livello pluripatologici con 2 o 3 malattie croniche, III livello soggetti con una patologia cronica). L'ATS gioca un ruolo determinante nell'attuazione della presa in carico, che costituisce il cuore dell'ultima riforma sanitaria regionale. [fonte: Osservatorio Epidemiologico ATS]

1.7. RETE D'OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

Di seguito vengono rappresentati in forma tabellare i componenti della rete d'offerta sanitaria e socio sanitaria.

RETE DELL'OFFERTA SANITARIA (N. STRUTTURE PER TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE)

Tipologia	Distretto ATS	Strutture Pubbliche/Private a contratto	Attività clinica	Laboratori più punti prelievo extra lab	Diagnostica per immagini	Psichiatria	Neuro Psichiatria Infanzia Adolescenza	Dialisi e CAL	Centro Procreaz. Medicalmente Assistita (PMA) I o II livello
Presidi ricovero e cura acuti e riabilitativi	Sette Laghi	Pubbliche	6 ospedali, 1 solo riabil.	7 + 10 punti prelievo	7	2 SPDC	1 Day Hospital Osp. F. del Ponte	2 Dialisi 3 CAL	1 PMA II
		Private a contratto	1 ospedale, 2 solo riabil.	3	3				
	Valle Olona	Pubbliche	4 ospedali	4 + 2 punti prelievo	4	3 SPDC		2 Dialisi 3 CAL	2 PMA I
		Private a contratto	2 ospedali	2 + 2 punti prelievo	2			1 Dialisi	
	Lariano	Pubbliche	2 ospedali, 1 solo riabil.	2 + 10 punti prelievo	5	2 SPDC		1 Dialisi 3 CAL	1 PMA II
		Private a contratto	3 ospedali, 2 solo riabil.	3 + 16 punti prelievo	4				
Ambulatori territoriali e laboratori	Sette Laghi	Pubbliche	19						
		Private a contratto	14	3 + 7 punti prelievo	13				4 PMA I
	Valle Olona	Pubbliche	7						
		Private a contratto	15	3 + 9 punti prelievo	13				3 PMA I
	Lariano	Pubbliche	8						
		Private a contratto	14	1 + 5 punti prelievo	3		2		2 PMA II
Strutture residenziali	Sette Laghi	Pubbliche				5			
		Private a contratto				17	4		
	Valle Olona	Pubbliche				3			
		Private a contratto				2			
	Lariano	Pubbliche				5			
		Private a contratto				13	2		
Strutture semiresidenziali	Sette Laghi	Pubbliche				4			
		Private a contratto				1	2		
	Valle Olona	Pubbliche				5			
		Private a contratto				1	1		
	Lariano	Pubbliche				4			
		Private a contratto				1	3		

Nota: prestazioni solo autorizzate

[fonte: Dipartimento PAAPSS]

LA RETE D'OFFERTA SOCIO SANITARIA (N. UNITA' DI OFFERTA PER TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE)

Tipologia	Distretto ATS	RSA	CDI	RSD	CDD	CSS	CONSUL. FAMILIARI	ENTI AUSILIARI DIPENDENZE	CURE INTERMEDIE	RIABILIT AZIONE	HOSPICE	UCP DOMICIL	AMBUL./ DAY HOSPITAL	ADI	SERT
ANZIANI	Sette Laghi	38	8												
	Valle Olona	21	10												
	Lariano	46	13												
DISABILI	Sette Laghi			7	10	5									
	Valle Olona			0	11	13									
	Lariano			7	13	8									
RIABILITAZIONE	Sette Laghi								2	4					
	Valle Olona								1	2					
	Lariano								1	4					
FAMIGLIA	Sette Laghi						6								
	Valle Olona						7								
	Lariano						11								
DIPENDENZE	Sette Laghi							10							4
	Valle Olona							3							3
	Lariano							8							3
CURE PALLIATIVE	Sette Laghi										3	4	3		
	Valle Olona										2	7	0		
	Lariano										3	8	4		
DOMICILIARI	Sette Laghi													13	
	Valle Olona													13	
	Lariano													7	

[fonte: Dipartimento PAAPSS]

1.8. ORGANIZZAZIONE

Per perseguire i compiti istituzionali, nell'ambito dell'autonomia riconosciuta dalla normativa, ATS definisce la propria struttura organizzativa attraverso il "Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS)".

Ai sensi e per gli effetti delle DGR n. X/5113 del 29 aprile 2016 e n. X/5513 del 2 agosto 2016 ATS, con deliberazioni n. 568 del 21.10.2016 e n. 1 del 12.01.2017, è stato adottato il POAS per il triennio 2016-2018, approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. X/6357 del 20.07.2017.

In data 26.04.2017, con provvedimento n. 221, è stato approvato il cronoprogramma di attuazione del POAS che ha pianificato la collocazione temporale delle fasi necessarie al consolidamento del nuovo assetto organizzativo sia sul fronte della ridefinizione delle funzioni e delle responsabilità sia riguardo alla revisione dell'organizzazione del lavoro.

L'organigramma in calce al presente documento dà evidenza della struttura organizzativa, dei ruoli e dei soggetti in posizione apicale, anche dal punto di vista gerarchico. I funzionigrammi allegati alla deliberazione n. 1 del 12.01.2017 sopra richiamata di adozione del POAS, cui si rimanda, indicano invece per ciascuna articolazione organizzativa: scopo della funzione, responsabilità assegnate, dipendenza gerarchica e relazioni funzionali.

.=.=.=.=..

Le politiche, gli obiettivi e le risorse dell'ATS sono declinati nei documenti di pianificazione strategica e di programmazione operativa di seguito elencati, cui il presente piano deve necessariamente raccordarsi:

- **BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO E BILANCIO D'ESERCIZIO**, strumenti di programmazione economico finanziaria;
- **PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**, documento che esplicita le politiche aziendali per garantire imparzialità e buon andamento dell'amministrazione;
- **PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI**, che viene elaborato ogni anno, per esercitare appieno la funzione di tutela della salute;
- **PIANI E PROGRAMMI DI ATTIVITÀ** dei Dipartimenti e delle Unità Operative.

I Piani annuali di settore sono redatti in conformità agli indirizzi regionali e alle tempistiche definiti nelle c.d. **REGOLE DI SISTEMA**, adottate annualmente dalla Giunta Regionale per disciplinare la gestione del servizio sociosanitario (*Piano Integrato di Promozione della Salute; Piano Integrato dei Controlli di Prevenzione Medica; Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria; Piano attuativo dei Tempi d'Attesa; Piano della Comunicazione; Piano Formativo Aziendale*).

Nel sito web ATS, www.ats-insubria.it sono disponibili le informazioni, i documenti, i dati che attengono la vita e la gestione delle attività dell'Agenzia.

1.9. PERSONALE

Per l'assolvimento delle proprie funzioni, alla data del 01.01.2018, sono presenti in organico le seguenti risorse umane.

Il numero dei dipendenti in servizio è pari a 696,03 unità (teste equivalenti). Delle 696,03 unità, n. 143,01 sono dirigenti medici e veterinari (dirigenti di unità operative complesse, a valenza dipartimentale, semplici, dirigenti delle professionalità senza responsabilità di struttura); n. 45,5 sono dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi; n. 507,52 sono personale di comparto.

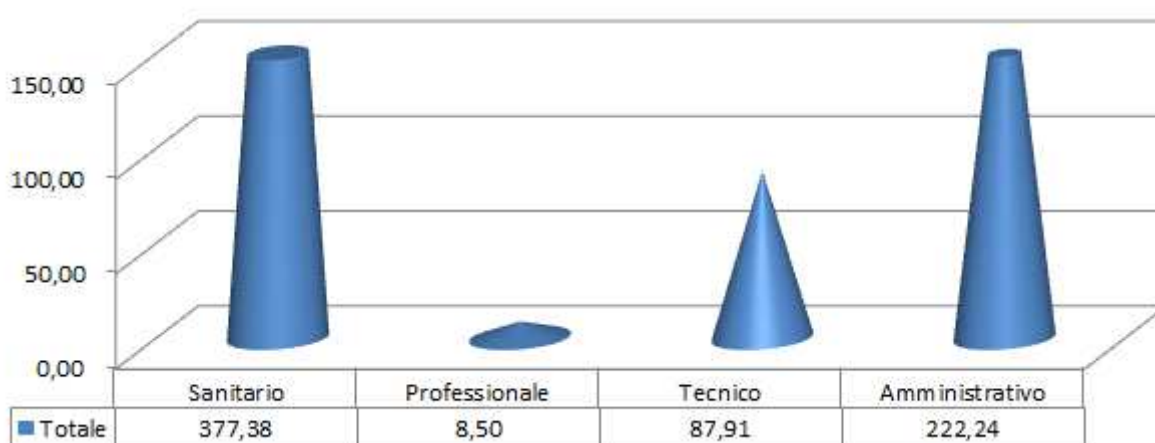
NUMERO DEI DIPENDENTI (IN SERVIZIO AL 01.01.2018) - TESTE EQUIVALENTI

Tipo Contratto	Anno 2018
COMPARTO	507,52
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	143,01
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA	45,50
TOTALE COMPLESSIVO	696,03

[Fonte: UOC Gestione Risorse Umane]

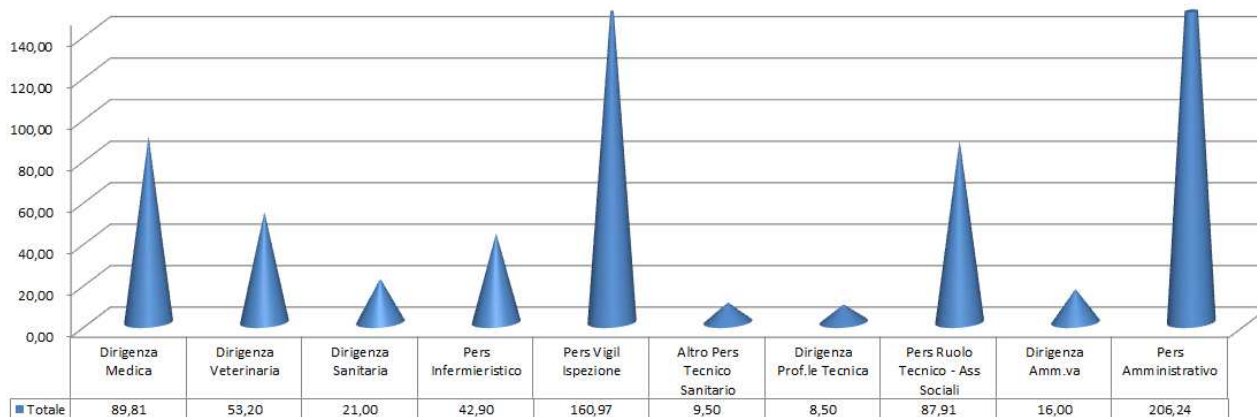
Nei grafici seguenti è evidenziata la ripartizione del personale dipendente presente al 01.01.2018 per ruolo e per profilo professionale.

DIPENDENTI ATS INSUBRIA AL 01.01.2018 – SUDDIVISIONE PER RUOLO – (FULL TIME EQUIVALENT)



[Fonte: UOC Gestione Risorse Umane]

DIPENDENTI ATS INSUBRIA AL 01.01.2018 – SUDDIVISIONE PER MACRO PROFILO PROFESSIONALE – (FULL TIME EQUIVALENT)



[Fonte: UOC Gestione Risorse Umane]

SEZIONE SECONDA

2. IL MODELLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

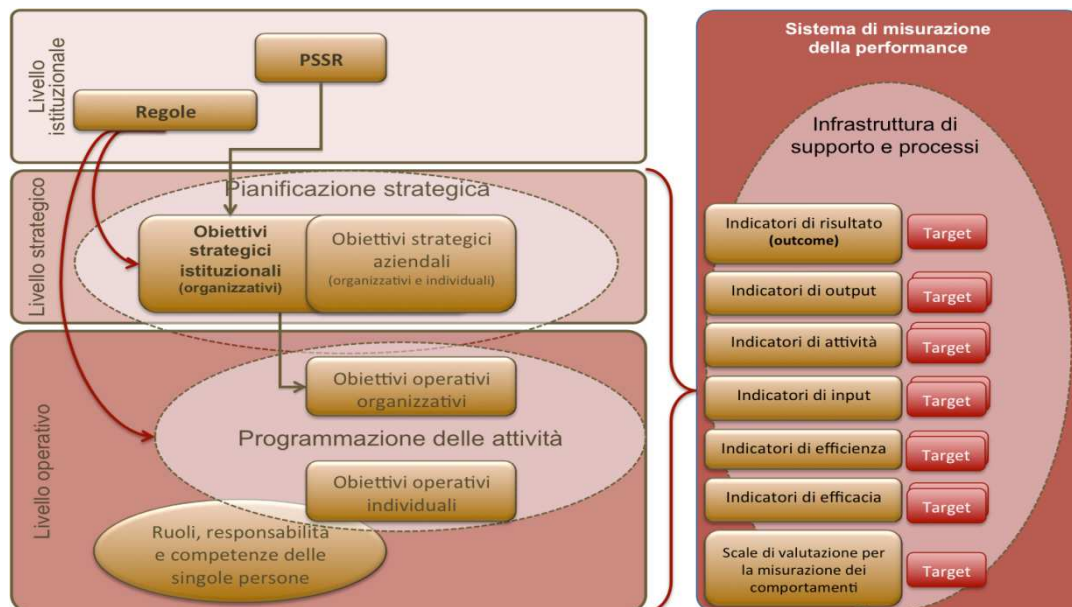
Il modello di misurazione e valutazione della *performance* utilizzato, ad oggi, dall'Agenzia si basa sulla mappa logica delineata da Regione Lombardia con riguardo alle aziende pubbliche afferenti al Sistema Sanitario Regionale (cfr. LINEE GUIDA OIV REGIONALE "Il Sistema di Misurazione delle performance nelle Aziende Sanitarie Pubbliche Lombarde").

Tale modello si ispira ai seguenti principi di fondo:

- essere collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale;
- recuperare e valorizzare la dimensione strategica delle Aziende;
- evitare qualsiasi incremento e duplicazione di attività programmatiche;
- valorizzare e riqualificare i sistemi di *budgeting* aziendali;
- garantire adeguata chiarezza e trasparenza delle *performance*.

La figura sottostante evidenzia sinteticamente quanto sopra descritto.

I principi ispiratori modello di misurazione e valutazione della performance



[Fonte: Linee Guida OIV Regionale]

Come richiesto dalle Linee guida OIV Regionale, nella progettazione e revisione annuale del sistema di misurazione e valutazione della *performance*, occorre temperare i seguenti criteri:

- **logica di integrazione:** gli strumenti di misurazione e valutazione della *performance organizzativa* andranno letti in un'ottica integrata con il sistema di valutazione della *performance individuale* e con i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità;
- **coerenza:** il sistema di misurazione e valutazione delle *performance* deve essere adottato in coerenza con quanto definito nei documenti aziendali di valenza strategica e nel *budget* aziendale;
- **enfasi sull'orientamento al lungo periodo**, già intrinseco al concetto stesso di "Piano";
- **"prioritizzazione":** ovvero definizione degli impegni strategici e degli obiettivi secondo la logica della priorità, individuando le aree che l'azienda intende migliorare/sviluppare/consolidare;
- **valenza esterna:** il punto di vista assunto è quello del cittadino/utente;
- **dialettica:** coinvolgimento e partecipazione degli attori chiave nello sviluppo del sistema;
- **iso-risorse:** con l'intento di evitare la creazione di una sovrastruttura, ottimizzando le risorse disponibili nonché gli strumenti strategici manageriali già in essere in azienda.

.=.=.=.=..

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 contiene modifiche al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 riguardo alla misurazione e valutazione della *performance* dei lavoratori pubblici, con lo scopo di migliorarne la produttività, nonché di potenziare l'efficienza e la trasparenza in tutta la pubblica amministrazione. Il Testo, ispirandosi al principio di semplificazione, introduce alcune novità per quanto riguarda il sistema premiale e di valutazione del rendimento dei dipendenti, chiarendo innanzitutto che ogni amministrazione è tenuta a misurare e valutare la *performance* con riferimento all'Ente nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola ed ai singoli dipendenti, secondo le modalità indicate nel medesimo decreto e gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Sulla base della previsione normativa sopra richiamata (art. 7), le Amministrazioni pubblicano ed aggiornano annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, il Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance*.

Nella predisposizione del presente Piano l'Agenzia, tenuto conto del quadro normativo di sviluppo ed in attesa di indirizzi metodologici in merito da parte anche del livello regionale, delinea il proprio **SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE** avendo come riferimento sia le Linee Guida dell'OIV regionale sopra richiamato, sia le "Linee Guida per il sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP)" dei Ministeri (n. 2 Dicembre 2017) redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica nell'esercizio delle funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della *performance*, ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/2009. Le predette Linee Guida modificano il precedente quadro degli indirizzi, così come definito dalle delibere CIVIT/ANAC relativamente alla materia (delibere: n. 89/2010, 104/2010, 114/2010; 1/2012, paragrafi 3 e 4).

2.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN ATS INSUBRIA

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance* (di seguito *SMVP*) è un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione, ossia del ciclo della *performance*.

2.1.1 SOGGETTI NELL'AMBITO DEL SMVP

La definizione delle responsabilità, delle funzioni e dei ruoli dei diversi soggetti nell'ambito del SMVP è una delle componenti essenziali per l'efficace funzionamento del sistema stesso e per il suo effettivo utilizzo nei processi decisionali e gestionali dell'Agenzia.

Il ciclo della *performance* vede in prima linea i seguenti decisori:

- il DIRETTORE GENERALE e la DIREZIONE STRATEGICA (Direttore Sanitario, Direttore Sociosanitario e Direttore Amministrativo), ai quali compete l'esercizio della funzione di indirizzo e la definizione degli obiettivi da perseguire e dei piani da attuare;
- i DIRETTORI DI DIPARTIMENTO e i DIRETTORI DI UNITÀ ORGANIZZATIVA COMPLESSA (UOC), cui compete il coordinamento dell'attività, della gestione e dei risultati delle unità organizzative

affendenti e la responsabilità univoca del raggiungimento degli obiettivi assegnati;

- I DIRETTORI DI UNITA' ORGANIZZATIVE A VALENZA DIPARTIMENTALE E SEMPLICE e i TITOLARI DI POSIZIONI ORGANIZZATIVE, che partecipano al processo di programmazione contribuendo a definire risorse e obiettivi nella fase *top down* e successivamente in quella *bottom up*, al processo di monitoraggio e rispondono del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- TUTTO IL PERSONALE (DIRIGENTI E PERSONALE DI COMPARTO) destinatario del "Sistema di Valutazione del personale dipendente".

Il NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE *PERFORMANCE*/PRESTAZIONI fornisce, lungo tutto il ciclo, un supporto metodologico volto ad assicurare efficacia, solidità e affidabilità al SMPV. Le funzioni attribuite al predetto Organismo sono definite dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. X/5539 del 02.08.2016 e, precisamente:

- rispetto del principio del merito e del funzionamento complessivo del sistema di valutazione della *performance* organizzativa e aziendale;
- effettiva e corretta identificazione delle *performance* perseguite dall'Agenzia attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto;
- correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle *performance*;
- correttezza della valutazione delle *performance* individuali del personale secondo i principi di merito ed equità;
- valutazione delle attività dei dipendenti del comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento;
- coordinamento e scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale;
- correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del Nucleo di Valutazione;
- esecuzione della metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione.

2.1.2 DEFINIZIONI

Per le finalità del Sistema, è utile definire e distinguere le ATTIVITÀ DI MISURAZIONE da quelle di VALUTAZIONE.

Per **MISURAZIONE** si intende l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti, attraverso il ricorso a indicatori.

Per **VALUTAZIONE** si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento.

Misurazione e valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio ciclo della *performance*.

2.1.3 CICLO DELLA PERFORMANCE

- ✓ Nella prima fase del ciclo, c.d. "**PROGRAMMAZIONE**", l'Agenzia definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio-lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le *performance* individuali in funzione della *performance* organizzativa attesa e quest'ultima in funzione anche dell'impatto, quale orizzonte e traguardo dell'azione di ATS sui bisogni delle persone e delle loro famiglie.

Il processo si snoda attraverso una serie di fasi:

- la *programmazione strategica*. Fase di riflessione di insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'Agenzia intende perseguirli. Essa si sviluppa e trova fondamento sui valori di riferimento aziendali e nell'ambito delle aree di miglioramento individuate;
- il *livello operativo*. L'*output* della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro in quanto tutti o parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione (PIANO PERFORMANCE, PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, etc.).

Il punto di partenza imprescindibile è la chiara definizione delle finalità e degli obiettivi che l'Organizzazione intende perseguire e sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*.

Gli obiettivi si articolano in:

- *obiettivi strategici*. Si intendono gli impegni assunti dall'Agenzia nel medio-lungo periodo (orizzonte temporale pluriennale);
- *obiettivi operativi*. Si intende la declinazione degli obiettivi nell'orizzonte temporale di un anno.

Gli obiettivi operativi, a loro volta, si compongono in:

- a) *obiettivi regionali*, ovvero quelli che discendono dalle regole di sistema e dalla deliberazione di Giunta Regionale di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali di ATS/ASST;
- b) *obiettivi aziendali*, ovvero quelli declinati per Centro di Responsabilità al fine di dare attuazione agli strumenti di programmazione operativa e/o a quelli finalizzati a presidiare, migliorare o consolidare servizi/attività;
- c) *obiettivi individuali*, ovvero il contributo richiesto al singolo componente dell'organizzazione per l'attuazione di uno specifico processo/progetto (quando previsto).

La definizione degli obiettivi operativi è svolta al termine della fase di programmazione. Si inquadra nell'ambito del **PROCESSO DI BUDGET** e si connota per il taglio tecnico. L'*output* di tale complessa operazione è costituito dalla **SCHEDE DI BUDGET**, che ne rappresentano la sintesi attuativa.

Nel quadro del processo di attuazione e successiva gestione del ciclo della *performance* si

inseriscono le attività di RIPROGRAMMAZIONE degli obiettivi e degli indicatori che si dovessero rendere necessarie al fine di recepire nuovi o diversi indirizzi regionali o cambiamenti intervenuti nel corso dell'esercizio.

- ✓ La seconda fase del ciclo, c.d. "**MISURAZIONE**", serve a quantificare: i risultati raggiunti dall'Agenzia nel suo complesso (*PERFORMANCE* di ENTE), i contributi delle articolazioni organizzative e dei gruppi (*PERFORMANCE* di U.O. o di PROCESSO/PROGETTO, ove prevista); i contributi individuali (*PERFORMANCE* INDIVIDUALI).

La misurazione è realizzata in momenti differenti in relazione alle esigenze dei diversi decisori. Ordinariamente il Sistema prevede misurazioni intermedie (monitoraggio) ed una misurazione finale alla conclusione del periodo (anno) di riferimento. La frequenza del monitoraggio può variare a seconda delle caratteristiche dei fenomeni oggetto di osservazione. In tutti i casi le attività di monitoraggio sono documentate mediante un mirato sistema di reportistica.

- ✓ Nell'ultima fase, così detta "**VALUTAZIONE**", sulla base del livello misurato di raggiungimento degli obiettivi rispetto ai target prefissati, si effettua la valutazione, ovvero si formula un "giudizio" complessivo sulla *performance*, cercando di comprendere i fattori (interni ed esterni) che possono aver influito positivamente o negativamente sul livello di raggiungimento degli obiettivi medesimi, anche al fine di apprendere per migliorare nell'anno successivo.

In base al Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche, la fase di valutazione ha come output la **RELAZIONE ANNUALE SULLA PERFORMANCE** che, evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e formalizzati nel Piano. Nella Relazione, l'Agenzia inoltre evidenzia le modalità secondo cui si è svolto, nell'anno di riferimento, l'intero processo di misurazione e valutazione.

2.1.4 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'AGENZIA

L'obiettivo di questo paragrafo è dare conto delle dimensioni che compongono il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* dell'Agenzia, soffermandosi in particolare sui seguenti quattro elementi:

- le unità di analisi della misurazione;
- gli indicatori e le dimensioni di analisi della *performance*;
- il passaggio dalla misurazione alla valutazione;
- la partecipazione di cittadini ed utenti.

2.1.5 LE UNITÀ DI ANALISI DELLA MISURAZIONE

La misurazione e valutazione della *performance* si riferisce ad unità di analisi differenti, ma tra loro correlate:

- ✓ la **PERFORMANCE ORGANIZZATIVA**
- ✓ la **PERFORMANCE INDIVIDUALE**

Tutti gli strumenti di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa e individuale devono essere letti in un'ottica integrata con il "**SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE**"

DIPENDENTE", che coinvolge tutti i componenti dell'organizzazione (personale della dirigenza e del comparto), anche ai sensi dell'art. 9 del Decreto Legislativo n. 150/2009 e successive modifiche ed integrazioni.

In conformità al Sistema di Valutazione del Personale Dipendente, approvato con deliberazione n. 299 dell'1.6.2017 ad oggetto "*Approvazione regolamento in materia di valutazione del personale dipendente di ATS*", il peso attribuito ai due ambiti varia in relazione al ruolo ed alle responsabilità assegnate all'individuo, ossia con la sua posizione all'interno della struttura organizzativa.

I principi e le caratteristiche generali del modello adottato sono contenute nel Regolamento di cui alla deliberazione n. 299 del 1° giugno 2017 sopra richiamata, cui si rimanda. Per ulteriori approfondimenti si rinvia anche alla circolare n. 1 del 18.09.2017 che fornisce le prime indicazioni per la gestione del processo, con riguardo: alle fasi; ai tempi; ai soggetti coinvolti e alle loro responsabilità; alle procedure di conciliazione. Una sezione è dedicata al collegamento tra valutazione individuale e valutazioni periodiche previste dalla contrattazione collettiva sia per il personale dirigente sia per quello di comparto. Il predetto documento è pubblicato sul sito internet istituzionale (Sezione Amministrazione Trasparente/*Performance*).

2.1.6 LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

La **PERFORMANCE ORGANIZZATIVA** è la componente del Sistema collegata alla *performance* dell'Agenzia nel suo complesso e/o delle aree di responsabilità in cui si articola. Tale *performance* viene valutata sulla base dei risultati raggiunti in relazione ad obiettivi quali/quantitativi derivanti dalla programmazione delle attività. In particolare si fa riferimento al Piano *Performance*, adottato annualmente dal Direttore Generale, e ai successivi provvedimenti deliberativi di assegnazione degli obiettivi alle Unità organizzative sulla base delle regole di sistema emanate dalla Giunta Regionale e dalla DGR di definizione degli obiettivi ai Direttori Generali di ATS/ASST.

Più specificatamente:

- la **PERFORMANCE DI ENTE** ha per oggetto la valutazione annuale dell'Agenzia effettuata da Regione Lombardia, interessa, con percentuali differenti, esclusivamente Direttori di Dipartimento e i Direttori di Unità Organizzative Complesse;
- la **PERFORMANCE DI UNITÀ ORGANIZZATIVA** (uo) misura il grado di raggiungimento dell'insieme degli obiettivi assegnati alla struttura, in coerenza con il processo di budget, concorre, in misura diversa, nella determinazione del punteggio finale delle valutazioni di tutto il personale;
- il c.d. **OBIETTIVO INDIVIDUALE O DI PROCESSO**. Sono i risultati raggiunti a fronte di obiettivi specifici assegnati al professionista in relazione al processo di riferimento dell'area di responsabilità, interessa, con percentuali differenti, esclusivamente i Dirigenti con incarico di natura professionale di elevata specializzazione (IPAS), i titolari di Posizione Organizzativa e di Coordinamento.

Il processo di declinazione degli obiettivi, dai livelli organizzativi più elevati dell'Agenzia fino alle singole unità organizzative ed agli individui che vi operano, avviene con un meccanismo "*a cascata*". E' attraverso tale meccanismo che si crea una stretta correlazione tra la *performance* organizzativa dell'Agenzia nel suo complesso e l'attività della struttura e del singolo. In tal modo si lega il risultato atteso e realizzato dall'organizzazione con il contributo

offerto da ciascun lavoratore e la relativa incidenza sul livello di realizzazione degli obiettivi.

2.1.7 LA PERFORMANCE INDIVIDUALE

La **PERFORMANCE INDIVIDUALE**, misura la *qualità* del contributo assicurato dal singolo alla *performance* dell'unità organizzativa di appartenenza, le competenze dimostrate ed i comportamenti professionali ed organizzativi espressi. E' direttamente collegata alle modalità attraverso le quali il dipendente raggiunge quel risultato, non potendo essere la *performance* individuale ricondotta esclusivamente alla valutazione del conseguimento o meno di determinati obiettivi.

Più specificatamente, si considerano:

- i **COMPORTEMENTI ORGANIZZATIVI**, ovvero le attese legate al ruolo ricoperto. Rappresentano l'insieme delle competenze (in termini di conoscenze, capacità/abilità, attitudini/atteggiamenti) espresse nel contesto lavorativo da ciascun valutato rispetto ad un set di competenze chiave di risultato prefissate;
- le prestazioni attese collegate alla dimensione professionale del valutato, c.d. **"IMPLEMENTAZIONE DELLA PROFESSIONALITÀ"**, prevista per il solo personale dirigente. Riguarda il livello di competenza ed autonomia professionale. Costituisce un primo tentativo di avvio del processo di comprensione e riconoscimento delle "credenziali" dei professionisti ad eseguire determinate attività e/o procedure.

2.1.8 GLI INDICATORI E LE DIMENSIONI DI ANALISI DELLA PERFORMANCE

Gli indicatori rappresentano l'elemento cardine del sistema di misurazione, il più difficile ed il più complicato. L'incompletezza e la scarsa precisione hanno implicazione sia sulla fase di pianificazione sia su quella di misurazione e valutazione.

Il set di indicatori associato agli obiettivi deve essere caratterizzato da:

- *precisione o significatività*, intesa come la capacità di un indicatore o di un insieme di indicatori di misurare realmente ed esattamente il grado di raggiungimento di un obiettivo;
- *completezza*, ossia la capacità del sistema di indicatori di rappresentare le variabili principali che determinano i risultati dell'Agenzia.

Ciascun indicatore, inoltre, deve possedere i seguenti requisiti:

- *tempestività*, intesa come la capacità di fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori;
- *misurabilità*, capacità dell'indicatore di essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili.

Partendo dall'architettura del SMVP, ossia dalle unità di analisi che si decide di misurare, occorre, quindi, definire:

- quali e quanti indicatori associare a ciascun obiettivo;
- attribuire per ciascun indicatore un *target*, ovvero il valore programmato o atteso;
- le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- le responsabilità organizzative, ovvero il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo.

2.2 LE DIMENSIONI DI ANALISI DELLE PERFORMANCE

Il sistema di misurazione e valutazione deve includere tutti gli ambiti previsti dall'art. 8, comma 1, del Decreto Legislativo n. 150/2009 come modificato dal Decreto Legislativo n. 74/2017, coerentemente con gli obiettivi che l'Agenzia intende perseguire, che vengono definiti nel Piano e rendicontati nella Relazione.

Per rappresentare il carattere multidimensionale della *performance* in un'azienda sanitaria, in conformità all'approccio metodologico adottato dal Gruppo di approfondimento attivato dal livello regionale sul tema, a cui hanno partecipato le ex ASL Como e ASL Varese, si confermano le dimensioni di indicatori a suo tempo individuate, da utilizzare per la misurazione della *performance* organizzativa indipendentemente dal livello di applicazione (strategico; operativo; gestionale):

- **Efficacia interna:** capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi e le proprie finalità in termini di efficacia gestionale, cioè capacità di raggiungere obiettivi prefissati in sede di programmazione e che possono riguardare dall'acquisto dei fattori produttivi alla quantità di *output* prodotta (Linee Guida OIV RL 2011);
- **Efficacia organizzativa:** efficacia del modello organizzativo in termini di formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità (Linee Guida OIV RL 2011);
- **Efficienza produttiva:** capacità di un'azienda o di un'unità operativa di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni (Linee Guida OIV RL 2011);
- **Qualità dell'organizzazione:** si fa riferimento alla dimensione più interna all'azienda e legata all'organizzazione nella gestione dei processi produttivi e di erogazione dei servizi, dal punto di vista della corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari.

Tenuto conto del ruolo attribuito ad ATS dalla L.R. n. 23/2015 di governo dell'offerta e della domanda di salute, si ritiene di includere tra gli indicatori da utilizzare per la misurazione della *performance* organizzativa in termini di *impatto*, le dimensioni:

- **Accessibilità:** possibilità di equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi da parte degli utenti, a parità di altre condizioni (Linee Guida OIV RL 2011);
- **Appropriatezza** misura l'adeguatezza delle azioni intraprese per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri di efficacia ed efficienza che coniugano l'aspetto sanitario a quello economico. Con l'appropriatezza, quindi, si valutano insieme gli standard clinici e quelli economici, con l'intento di individuare gli interventi nell'ambito di criteri il più possibile certi. Si tratta di un concetto dinamico, condizionato dall'evoluzione della domanda e dalla variabilità della disponibilità della spesa sanitaria, soggetta alle mutazioni dell'economia mondiale e nazionale. L'appropriatezza professionale deve coniugarsi con un'appropriatezza organizzativa, intesa come utilizzazione della giusta quantità di risorse professionali e logistiche, inclusi le componenti tecnologiche, gli adeguati indicatori qualitativi e quantitativi e gli strumenti per la formazione.

In questo senso possono venire d'aiuto i meccanismi di valutazione utilizzati dalla *Joint Commission International*, da cui è possibile estrapolare alcuni indicatori di qualità che

rappresentano il livello di raggiungimento degli standard oggetto di valutazione (Linee Guida OIV RL 2011).

Ai fini di una migliore rappresentazione delle dinamiche gestionali, ovvero la *performance organizzativa*, tali ambiti possono essere successivamente aggregati. In continuità con il contenuto del Piano della Performance 2017-2019, coerentemente con l'art. 8 del Decreto Legislativo n. 150 e gli indirizzi suggeriti dalla CIVIT – ora ANAC (delibera n. 112/2010), si confermano i seguenti “**macro-ambiti di valutazione**”:

- **Controllo strategico.** Scopo di tale “macro-ambito” è consentire di rappresentare il grado di attuazione della strategia *ex ante*, ovvero quali sono le priorità dell'Agenzia e valutare *ex post* se l'Agenzia ha saputo tradurre i propri obiettivi strategici in risultati in linea con quanto previsto;
- **Portafoglio delle attività e dei servizi.** Scopo di tale “macro-ambito” è di consentire di rappresentare la quantità e la qualità delle attività e dei servizi erogati, nonché eventualmente rilevare il grado di soddisfazione dei destinatari. Mediante tale “macro-ambito” viene data indicazione, *ex ante*, dell'insieme programmato di attività e servizi che l'Agenzia mette a disposizione degli utenti e, comunque, della collettività, ed, *ex post*, del livello di attività e servizi effettivamente realizzati;
- **Processi amministrativi e impatto sull'organizzazione.** Mediante tale “macro-ambito” viene data indicazione, *ex ante* ed *ex post*, della capacità dell'Azienda di effettivamente raggiungere i propri obiettivi garantendo un utilizzo equilibrato delle risorse;
- **Impatto dei processi sui bisogni dei cittadini.** Scopo di tale macro-ambito è identificare *ex ante* gli impatti che l'attività si propone di produrre sull'ambiente di riferimento e sui bisogni della collettività e fornire *ex post* elementi utili a valutare se gli impatti previsti sono stati realmente conseguiti.

Attraverso il sistema così strutturato, i fattori organizzativi sono esplicitamente messi in rapporto con le misure della *performance* in termini di *input*, *process*, *output* e *outcome*.

2.3 IL PASSAGGIO DALLA MISURAZIONE ALLA VALUTAZIONE

La valutazione della *performance* organizzativa si basa sull'analisi e contestualizzazione delle cause di scostamento tra i risultati effettivamente raggiunti e quelli programmati.

Lo scostamento può essere legato a:

- *fattori esogeni*, ossia fattori non direttamente controllabili dall'Agenzia nel suo complesso e/o dalle unità organizzative in cui si articola;
- *fattori endogeni*, ossia variabili controllabile dall'Agenzia nel suo complesso o dalle sue articolazioni organizzative, che presentano valori diversi da quanto preventivato in fase di pianificazione.

Può esistere, infine, una terza casistica nella quale lo scostamento è principalmente dovuto a problemi/errori nella costruzione dell'indicatore in fase di programmazione.

La valutazione si conclude con la formulazione di un giudizio e con l'assegnazione di un punteggio (sulla base di metriche predefinite). Gli esiti del processo di valutazione devono essere documentati mediante reportistica appositamente definita e devono confluire nella Relazione sulla *performance* che rappresenta l'atto conclusivo del ciclo di gestione.

2.4 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI

Le recenti modifiche normative introdotte dal Decreto Legislativo n. 74/2017 hanno rafforzato il principio della partecipazione degli utenti esterni ed interni e, più in generale dei cittadini, al processo di misurazione della *performance organizzativa*, richiedendo alle Amministrazioni di adottare sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e di sviluppare le più ampie forme di partecipazione. La previsione normativa in parola attribuisce all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) – da intendersi Nucleo di Valutazione delle *Performance/Prestazioni* (NVP) in Regione Lombardia – il compito di presidiare l'applicazione del principio di partecipazione dei cittadini e degli utenti, verificando l'effettiva realizzazione delle indagini, l'adequatezza del processo di interazione con l'esterno messo in atto nonché la pubblicazione dei dati.

Nelle more degli indirizzi metodologici anche da parte dell'OIV regionale, l'Agenzia, d'intesa con il NVP, intende sperimentare una forma di "COMUNICAZIONE DIRETTA UTENTI ESTERNI ED INTERNI/NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE *PERFORMANCE/PRESTAZIONI*", affinché gli stessi possano esprimere direttamente al NVP il proprio livello per i servizi erogati.

La segnalazione andrà trasmessa preferibilmente per via telematica. Sul sito internet dell'Agenzia saranno resi disponibili:

- le modalità da seguire per la trasmissione delle segnalazioni;
- il nome e i contatti dell'Ufficio competente a ricevere la segnalazione;
- l'indirizzo di posta elettronica collegato al NVP;
- un *format* di segnalazione che contenga il seguente livello informativo: generalità del segnalante, oggetto della segnalazione, unità organizzativa interessata, periodo di riferimento, descrizione sintetica dell'eventuale episodio di contatto con l'Agenzia, valutazione.

L'identificazione del segnalante, sia esso una persona fisica, associazione, comitato o altra persona giuridica, è essenziale ai fini di una corretta gestione del processo. Le segnalazioni anonime non saranno prese in considerazione.

Il NVP riceve periodicamente le segnalazioni attraverso una reportistica predisposta dalla struttura tecnica di supporto. La reportistica deve consentire al Nucleo di analizzare le segnalazioni ricevute al fine di individuare le unità organizzative interessate, evidenziare le segnalazioni rilevanti, registrare quelle ricorrenti, identificare punti di forza e di debolezza della *performance organizzativa*.

Gli esiti del monitoraggio sono comunicati, anche ai fini della pubblicazione di cui all'art. 19bis, comma 4, sia al Direttore Generale, sia ai Direttori Sanitario, Sociosanitario ed Amministrativo secondo competenza, ai Direttori di Dipartimento e di Unità Organizzativa Complessa.

Degli esiti il Nucleo tiene conto in sede di:

- valutazione della *performance organizzativa*;
- validazione della Relazione sulla *performance*;
- relazione sul funzionamento complessivo del sistema.

Tale fase del processo di misurazione e valutazione della *performance* verrà sviluppata nel periodo di validità del presente Piano, fatte salve eventuali diverse determinazioni regionali.

SEZIONE TERZA

3 LINEE DI INDIRIZZO STRATEGICHE

In questa Sezione ATS, alla luce della *mission* sopra delineata e sulla base delle condizioni di contesto e delle risorse disponibili, dà evidenza delle linee di indirizzo strategico per il triennio di riferimento del presente Piano. La programmazione si sviluppa sulla base della DGR n. X/7600 del 20.12.2017, c.d. **"REGOLE DI SISTEMA"** che individua per l'anno 2018 gli interventi da realizzare che riguardano in particolare la revisione/il potenziamento delle attività svolte sul territorio, in coerenza con la riforma sanitaria ex LR n. 23/2015.

I punti cardini su cui concentrare le attività sono di seguito rappresentati:

1. CONTROLLO STRATEGICO

- 1.1. Recepimento integrale della programmazione regionale pluriennale e delle regole di sistema annuali.
- 1.2. Attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico, evitando la frammentazione dei processi e favorendo la costruzione di un percorso di cura globale ed integrato definito sulla base del livello di intensità del bisogno che caratterizza la domanda
- 1.3. Riconoscimento del ruolo della persona come primo attore nel processo di cura e quale fattore che concorre attivamente, integrando le prestazioni sanitarie, al mantenimento di un equilibrio di salute e, quindi, al rallentamento di processi di decadimento e alla contestuale efficacia delle azioni preventive

2. PORTAFOGLIO DELLE ATTIVITÀ E DEI SERVIZI

- 2.1. Revisione del modello erogativo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con una particolare attenzione alla presa in carico del soggetto fragile e alla continuità assistenziale ospedale – territorio.
- 2.2. Revisione misure Residenzialità leggera/assistita, Residenzialità minori disabili gravissimi, RSA Aperta, Minori vittime abuso e grave maltrattamento in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi sia della risposta al bisogno in un'ottica di sostenibilità.
- 2.3. Governance a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale
- 2.4. Integrazione del sistema sanitario con quello sociosanitario attraverso la programmazione territoriale, la regolazione degli aspetti di accreditamento, la negoziazione e l'acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

- 2.5. Favorire l'interdisciplinarietà nell'area della prevenzione medica e in quella veterinaria e garantire nelle attività di controllo uniformità ed integrazione dei processi e delle procedure, per una trasparenza delle azioni
- 2.6. Sviluppo analisi epidemiologiche rispetto al fabbisogno territoriale per ottimizzare la programmazione dell'offerta e supportare l'organizzazione del percorso di cura e presa in carico

3. PROCESSI AMMINISTRATIVI E IMPATTO SULL'ORGANIZZAZIONE

- 3.1. Consolidamento nuovo assetto organizzativo dopo l'adozione del nuovo del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS)
- 3.2. Incentivare la cultura della consapevolezza e dell'appropriatezza dell'uso delle risorse ai fini del contenimento dei costi e di un loro migliore utilizzo
- 3.3. Curare la formazione e lo sviluppo del personale, supportandolo nel processo di cambiamento richiesto dall'evoluzione del SSL e per rispondere efficacemente alle esigenze organizzative
- 3.4. Favorire un contesto orientato ai valori della legalità, della trasparenza e dell'integrità, attraverso lo sviluppo di un sistema integrato di prevenzione del rischio e il coordinamento delle funzioni di controllo interno

4. IMPATTO DEI PROCESSI SUI BISOGNI DEI CITTADINI

- 4.1. Promuovere l'integrazione territoriale fra tutti gli attori del sistema, attraverso relazioni di collaborazione strategica ed operativa, al fine di offrire una risposta più completa ai bisogni di salute delle persone e delle loro famiglie, sviluppando, al contempo, un maggior coinvolgimento nelle decisioni che li riguardano
- 4.2. Sviluppare la comunicazione istituzionale, indirizzata ai diversi target, quale strumento di conoscenza e valorizzazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale e le relative modalità di fruizione, curando l'integrazione funzionale delle azioni di informazione/comunicazione

Le linee di indirizzo sopra richiamate si traducono in obiettivi operativi annuali. Per l'anno 2018, si rinvia a successivo provvedimento la declinazione ed assegnazione, dando contestualmente atto che gli stessi saranno integrati con gli obiettivi di interesse regionale annualmente definiti dalla Direzione Generale Welfare per i Direttori Generale delle ATS/ASST.

OBIETTIVI STRATEGICI PRINCIPALI 2018-2020

Tipologia obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte	
						Interne	Esterne
OBIETTIVO STRATEGICO	Recepimento degli indirizzi, della pianificazione regionale	Raggiungimento degli obiettivi di mandato e degli obiettivi di interesse regionale annuali	Indicatori come da Decreto di definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale dei Direttori Generali delle ATS	2018-2020	Direttori Dipartimento / Responsabili UO	Unità Organizzative aziendali secondo competenza	//
	Percorso di presa in carico del paziente cronico	Attuazione degli interventi di "governance" del percorso di presa in carico del paziente cronico previsti dalla programmazione regionale	Rispetto delle scadenze fissate dal livello regionale (si/no)	2018-2020	Dipartimento Funzionale Sviluppo Percorsi Integrati di Prevenzione e Cura	Unità Organizzative funzionalmente afferenti al Dipartimento e UO che agiscono la funzione di "governance" nell'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari alla persona	ENTI GESTORI
			Applicazione del Piano di comunicazione (si/no)	2018-2020			
			n. adesioni raccolte/n. comunicazioni inviate	2018			
	Obiettivi di prevenzione nella presa in carico integrata della cronicità	Inserimento di obiettivi di prevenzione nel percorso di presa in carico del cronico	Predisposizione della scheda di valutazione dei rischi comportamentali (si/no)	2018	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria	UOC Promozione della Salute e Prevenzione Fattori di Rischio Comportamentali	//
			n. PAI completi delle informazioni richieste/n. PAI validati = 1	2018-2020	Dipartimento Cure Primarie	UOC Cronicità, Integrazione e Governo del Territorio	

Tipologia obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte	
						Interne	Esterne
OBIETTIVO STRATEGICO	Assistenza Domiciliare Integrata	Allineamento del nuovo modello erogativo ai nuovi LEA e al nuovo percorso di presa in carico	Rispetto delle scadenze fissate dal livello regionale (si/no)	2018-2020	Dipartimento della Programmazione Integrata per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)	UOC Pianificazione e Governance dei percorsi socio sanitari integrati	//
			Attivazione percorso di formazione del personale degli enti erogatori sull'utilizzo dell'InterRAI Home Care (si/no)	2018		UOC Monitoraggio dei Percorsi Sociosanitari Integrati	ASST
			Riallineamento sistema informativo (si/no)	2018		UOC Sistemi di controllo e qualità del dato UOS Bilancio e gestione Risorse	//
	Misure innovative socio sanitarie	Per l'esercizio 2018: consolidamento del percorso di attuazione e monitoraggio delle misure innovative (DGR 17.01.2018 n° 7769)	RSA APERTA: n. budget assegnati/n. gestori RSA Aperta = 1 RESIDENZIALITA' MINORI DISABILI GRAVISSIMI: n. minori gravissimi rivalutati / n. minori gravissimi in carico ATS = 1	2018	Dipartimento della Programmazione Integrata per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)	UOC Pianificazione e Governance dei percorsi socio sanitari integrati UOC Monitoraggio dei Percorsi Sociosanitari Integrati UOC Sistemi di controllo e qualità del dato UOS Bilancio e gestione Risorse	//

Tipologia obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte	
						Interne	Esterne
OBIETTIVO STRATEGICO	Linee di intervento sul governo dei tempi d'attesa (DGR n. X/7766 del 17.012018)	Negoziante tra ATS e Erogatori degli obiettivi per l'ulteriore contenimento dei tempi d'attesa connessi con l'attività ambulatoriale	n. contratti stipulati con gli erogatori di prestazioni specialistica ambulatoriali con evidenza quota variabile progetti TA e utilizzo sistema prenotazione regionale / n. erogatori di specialistica ambulatoriale = 1	2018-2020	Dipartimento Programmazione, Accredimento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS)	UOC Rete d'Offerta della Rete Territoriale Sanitaria e Sociosanitaria	EROGATORI
	Prevenzione della corruzione/ trasparenza	Attuazione Legge n. 190/2012 e smi e Decreti attuativi	Attuazione delle misure contenute nel Piano triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) Almeno l'80% delle misure	2018-2020	R.PCT	Tutte le Unità Organizzative	//