

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Insubria

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELL'INSUBRIA

PIANO DELLA *PERFORMANCE*

2020-2022

SOMMARIO

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, POPOLAZIONE, CONTESTO DI SALUTE.....	8
1.6 RETE D'OFFERTA SANITARIA E SOCIO SANITARIA	21
1.7 ORGANIZZAZIONE	24
1.8 PERSONALE	26
SEZIONE SECONDA	28
2. IL MODELLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	28
2.1 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE IN ATS INSUBRIA	30
2.1.1 IL CICLO DELLA PERFORMANCE	30
2.1.2 SOGGETTI DEL SMVP.....	32
2.1.3 LE UNITÀ DI ANALISI DELLA MISURAZIONE	33
2.1.4 LE DIMENSIONI DI ANALISI DELLE PERFORMANCE	34
2.2 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI	36
SEZIONE TERZA	39
3. LINEE DI INDIRIZZO STRATEGICHE	39
OBIETTIVI 2020-2022	42

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'Agenda, 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'Agenda nel periodo di riferimento (triennio 2020-2022) e i relativi obiettivi. La pianificazione si sviluppa in coerenza con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale (*DGR n. XI/1056 del 17.12.2018*), con le Regole di Sistema annuali adottate dalla Giunta Regionale per la gestione del Servizio Sociosanitario Lombardo (*DGR n. XI/2672 del 16.12.2019*) e con 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 valenza del Piano, cercando così di soddisfare anche le esigenze conoscitive dei diversi portatori di interesse.

Nel Piano una sezione è dedicata all'illustrazione del "**SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (SMVP)**", oramai consolidato nell'Organizzazione, su cui l'Agenda baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione delle *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'Agenda;
- 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'Agenda 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. È 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 Servizio Sociosanitario Lombardo, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 23/2015, all'ATS sono 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 medesima 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;

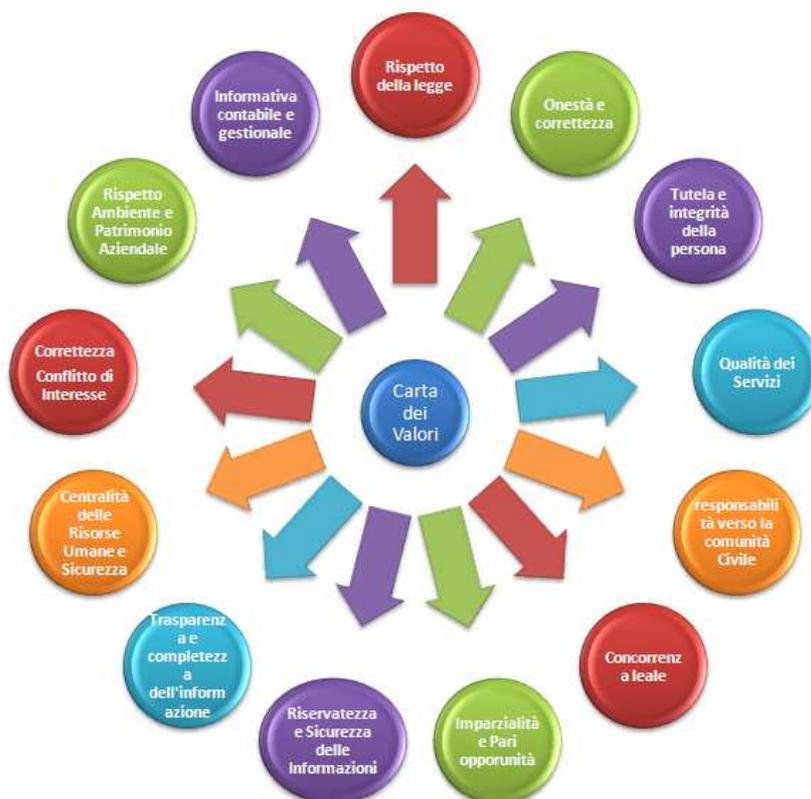
- prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- sanità pubblica veterinaria;
- attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
- vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, secondo le cadenze 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

L'Agenzia, per la realizzazione del proprio scopo, si ispira ai valori guida dichiarati nella "Carta dei Valori", parte integrante del Codice di Comportamento adottato con deliberazione n. 129 del 15 marzo 2018. I principi sui quali l'Organizzazione fonda la propria identità devono orientare i comportamenti dei singoli, i sistemi di relazione ed improntare tutti gli ambiti di azione.

I VALORI DELL'AGENZIA



[fonte: deliberazione n. 128/2018]

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.
- L'Agenda 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'Agenda 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'intersettorialità 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, POPOLAZIONE, CONTESTO DI SALUTE

Le informazioni che di seguito si propongono hanno come obiettivo quello di evidenziare le caratteristiche demografiche, epidemiologie del territorio e lo stato di salute della sua popolazione. Esse rappresentano il presupposto per l'attuazione della programmazione regionale. In ragione di ciò si ritiene di presentare anche un focus su morbosità ospedaliera, nonché consumi di prestazioni specialistiche e pronto soccorso (corrispondente alla domanda espressa) del 2018.

[fonte: UOC Epidemiologia ATS]

DEMOGRAFIA ED EPIDEMIOLOGIA

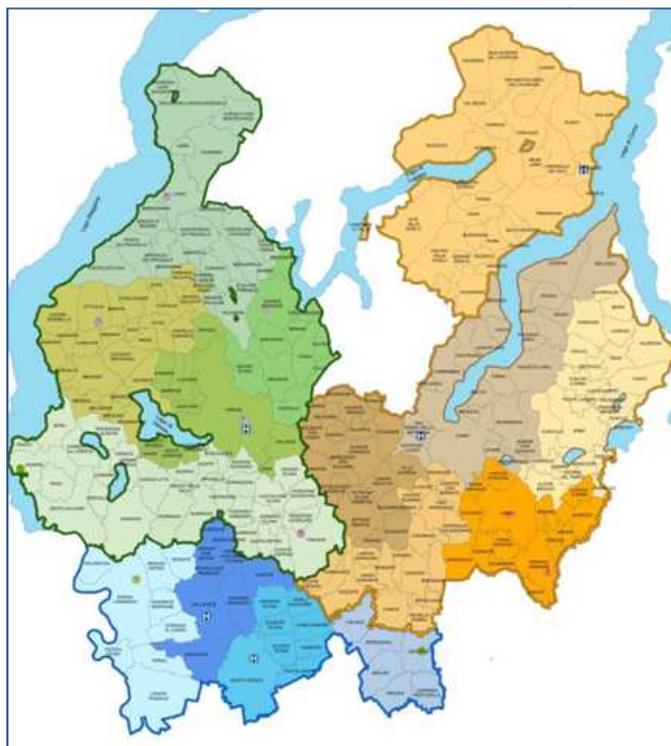
DESCRIZIONE

ATS Insubria deriva dalla fusione delle ex ASL di Varese e di Como (quest'ultima dapprima senza il Distretto Medio Alto Lario, e dal 2019 con l'annessione di 29 Comuni del Medio Lario che fanno parte dell'ambito territoriale di Menaggio).

La competenza territoriale di ATS Insubria coincide con la Provincia di Varese e con parte della Provincia di Como, con popolazione complessiva pari a 1.472.796 abitanti (dati ISTAT 01.01.2019), distribuiti in 271 Comuni.

Nella figura sottostante è riportato l'ambito territoriale dell'ATS Insubria alla data del 01.01.2019.

SITUAZIONE TERRITORIALE E DEMOGRAFICA



Fonte: POAS 2016-2018 (revisione 2019)

SUPERFICIE

La superficie coperta è pari a 2.237,54 Km² e si sviluppa su un territorio caratterizzato da una particolare conformazione orografica.

Il territorio di ATS confina a nord e a est con la Svizzera (Canton Ticino), a est e a sud con la provincia di Monza e della Brianza, a sud con la città metropolitana di

Milano, a ovest con il Piemonte (provincia di Novara, provincia del Verbano-Cusio-Ossola). Dal punto di vista geografico si caratterizza per la presenza a nord di una fascia montuosa prealpina e collinare affacciata su numerosi bacini lacustri (19 laghi di diversa estensione tra cui i più estesi sono il lago Maggiore che segna il confine a ovest della provincia di Varese con il Piemonte, il Lago di Como e i rami lombardi del Lago di Lugano) contraddistinta da ampi spazi verdi e numerosi centri abitativi di dimensioni medio piccole. Verso sud il territorio assume caratteristiche pianeggianti e si caratterizza per un tessuto urbano densamente popolato e altamente antropizzato con le caratteristiche assimilabili all'hinterland dell'area metropolitana milanese con cui si congiunge in soluzione di continuità abitativa.

DENSITÀ ABITATIVA

La densità abitativa (popolazione assistita totale/superficie) è pari a 658,22 abitanti per Km².

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER FASCE DI ETÀ

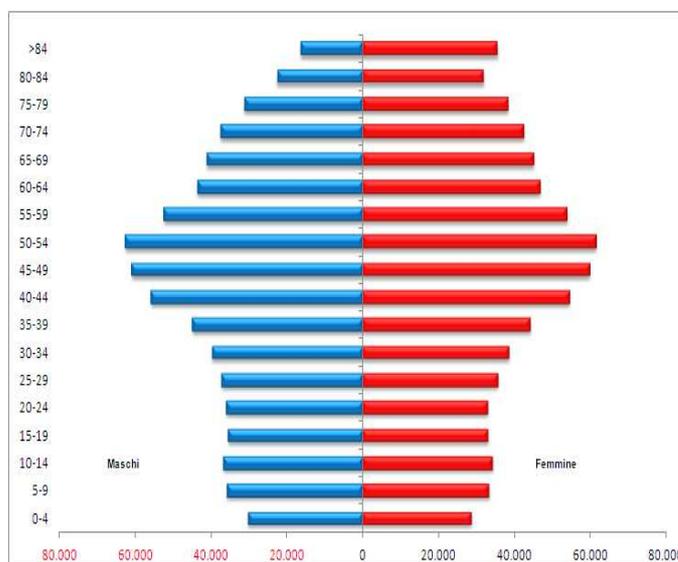
Distribuzione per fasce di età

	POPOLAZIONE 0-13 ANNI	POPOLAZIONE 14-64 ANNI	POPOLAZIONE 65-74 ANNI	POPOLAZIONE 75 E OLTRE	POPOLAZIONE TOTALE
MASCHI	95.420	475.197	78.529	70.013	719.159
FEMMINE	89.905	469.529	87.944	106.259	753.637
Totale complessivo	185.325	944.726	166.473	176.272	1.472.796

(Fonte: ISTAT al 01.01.2019)

PIRAMIDE DELL'ETÀ AL 01.01.2019

Piramide dell'età nell'ATS dell'Insubria



(Fonte: ISTAT al 01.01.2019)

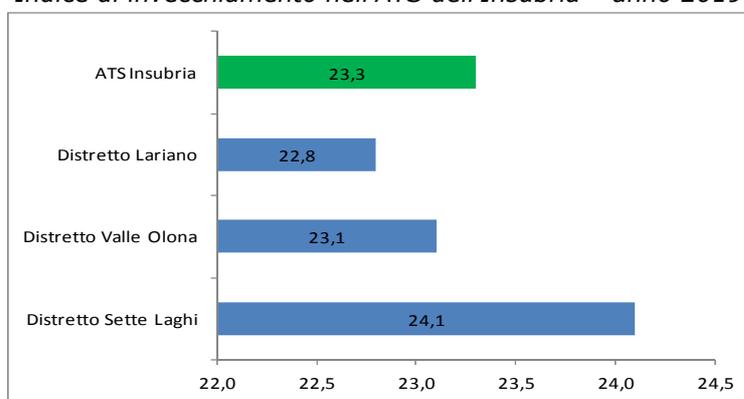
La distribuzione per età della popolazione fotografa la situazione demografica del territorio, mostra il rapporto tra femmine e maschi alle diverse età e descrive il diverso peso tra giovani, adulti e anziani. Permette di fare previsioni per il futuro: una base larga con una forma a piramide indica una popolazione che crescerà, mentre una base che si restringe determina una configurazione a "botte", indice di una società in cui sta calando la natalità.

Un esempio di quest'ultimo caso è la distribuzione per età inerente ATS

Insubria, nella quale si ha una "piramide" dalla base più ristretta rispetto alle classi d'età intermedie; 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. Gli abitanti con <30 anni sono passati da 415.987 del 2014 a 409.839 del 2019, quelli con >59 anni da 406.992 del 2014 a 433.248 del 2019.

L'INDICE DI INVECCHIAMENTO rappresenta la proporzione della popolazione con età di 65 anni ed oltre sul totale della popolazione. In ATS Insubria è risultato 23,3, superiore ai dati lombardo e nazionale rispettivamente 22,6 e 22,8 (ISTAT 2019). L'indice è diverso a livello territoriale: per il Distretto Sette Laghi è 24,1, per il Distretto Valle Olona 23,1, per il Distretto Lariano 22,8. Per i Comuni del Medio Lario l'indice di invecchiamento è di 24,7.

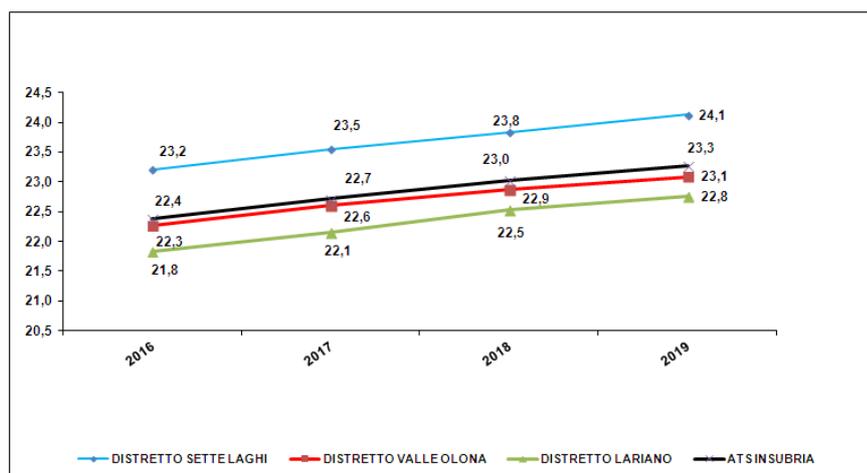
Indice di invecchiamento nell'ATS dell'Insubria - anno 2019



(Fonte: ISTAT al 01.01.2019)

INDICE DI INVECCHIAMENTO

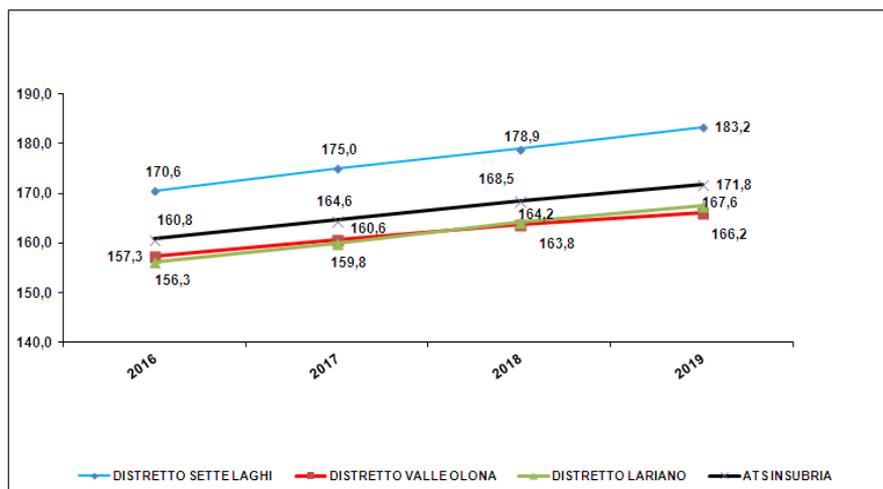
Andamento dell'indice di invecchiamento nell'ATS dell'Insubria: anni 2016-19



INDICE DI VECCHIAIA

L'INDICE DI VECCHIAIA calcola il rapporto tra la popolazione con età di 65 anni ed oltre con quella di età fino ai 14 anni: indica il numero di anziani residenti ogni 100 bambini. Nell'intera ATS è stato 171,8, con i seguenti valori a livello territoriale: per il Distretto Sette Laghi 183,2, per il Distretto Valle Olona 166,2, per il Distretto Lariano 167,6. Risulta superiore a quello regionale (165,5) ed inferiore a quello nazionale (173,1) (ISTAT 2019). Per i Comuni del Medio Lario l'indice di vecchiaia è di 198,1.

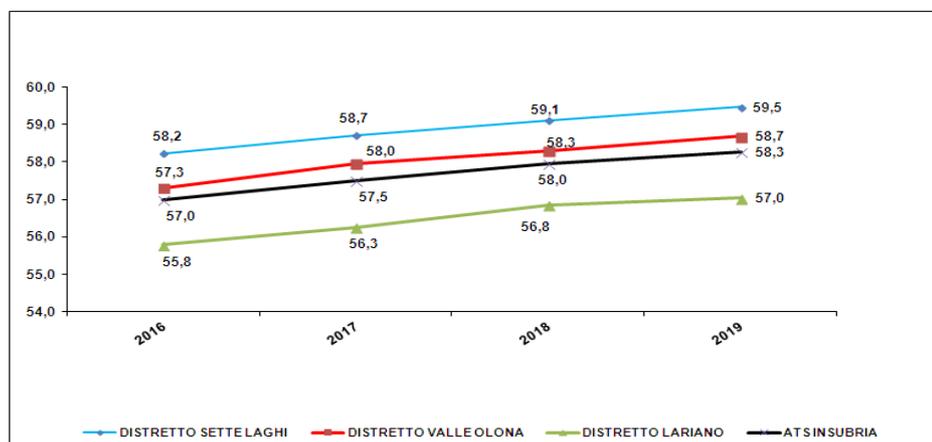
Andamento dell'indice di vecchiaia nell'ATS dell'Insubria: anni 2016-19



INDICE DI DIPENDENZA

L'INDICE DI DIPENDENZA viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale. Il numeratore è costituito dalla frazione di popolazione che, a causa dell'età troppo bassa (meno di 15 anni) o troppo alta (più di 64 anni), si ritiene non essere produttiva e quindi dipendente da altri soggetti. Il denominatore è costituito viceversa dalla fascia di popolazione (15-64 anni) che, essendo in attività, dovrebbe provvedere al sostentamento della frazione di popolazione sopra considerata. Nel 2019 in ATS è risultato 58,3 ogni 100 residenti produttivi, con i seguenti valori a livello territoriale: per il Distretto Sette Laghi 59,5, per il Distretto Valle Olona 58,7, per il Distretto Lariano 57,0. Per i Comuni del Medio Lario l'indice di dipendenza è di 59,2. In Regione Lombardia l'indice di dipendenza è risultato pari a 56,8 ed in Italia 56,3 (ISTAT 2019), valori più bassi di quello dell'ATS.

Andamento dell'indice di dipendenza nell'ATS dell'Insubria: anni 2016-19

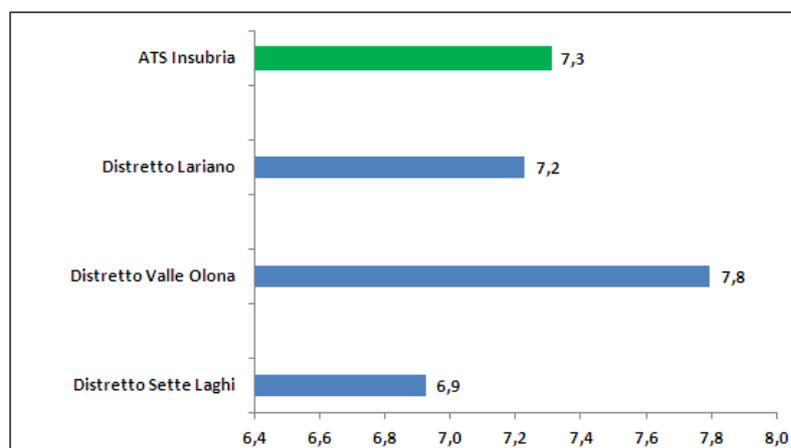


NATALITÀ

Il numero dei NATI VIVI nel 2019 è stato di 10.760, con una distribuzione così ripartita: Distretto Sette Laghi 28,9%, Distretto Valle Olona 32,0%, Distretto Lariano 39,1%.

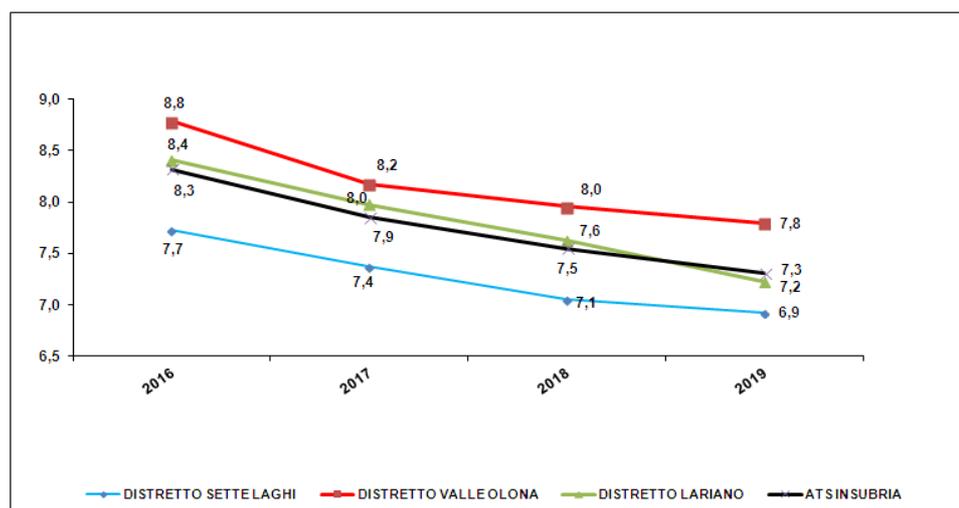
Il TASSO DI NATALITÀ in ATS è stato di 7,3 nati per 1.000 residenti; secondo ISTAT, nel 2019 è 7,3 in Italia e 7,5 in Lombardia. A livello territoriale si sono registrati i seguenti valori: per il Distretto Sette Laghi 6,9, per il distretto Valle Olona 7,8, per il Distretto Lariano 7,2. Per i Comuni del Medio Lario il tasso di natalità è 6,6. La natalità appare più alta nel Distretto Valle Olona, confinante con il milanese, mentre è sensibilmente inferiore a nord.

Tasso di natalità per 1.000 residenti nell'ATS dell'Insubria - anno 2019



(Fonte: ISTAT al 01.01.2019)

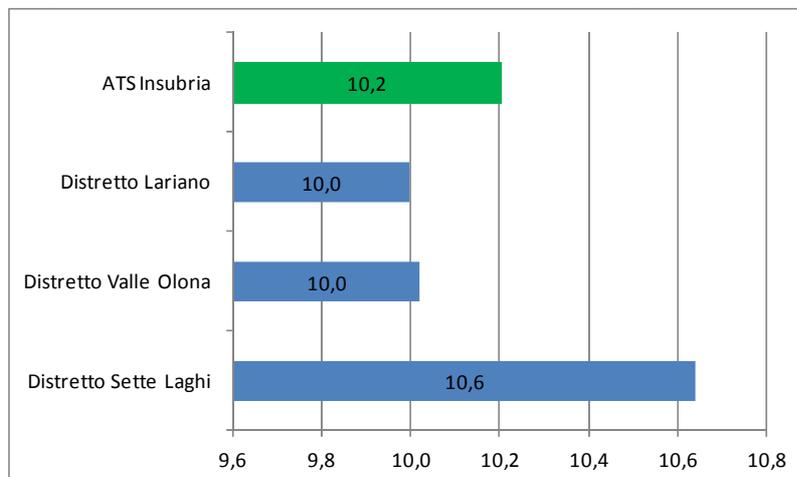
Andamento del tasso di natalità nell'ATS dell'Insubria: anni 2016-19



MORTALITÀ

Il numero dei morti nel 2018 è stato 15.020, con una distribuzione così ripartita: Distretto Sette Laghi 33,0%, Distretto Valle Olona 30,4%, Distretto Lariano 36,6%. Il tasso grezzo di mortalità è stato di 10,2 per 1.000 residenti, maggiore del valore regionale (9,9) e inferiore a quello nazionale (10,5) (ISTAT 2018). A livello territoriale si sono registrati i seguenti valori: per il Distretto Sette Laghi 10,6, per il Distretto Valle Olona e per il Distretto Lariano 10,0. Per l'Ambito Territoriale Medio Lario il tasso di mortalità è 13,5. (Fonte: Registro di Mortalità dell'ATS Insubria - 2018)

Tasso di mortalità per 1.000 residenti nell'ATS dell'Insubria - Anno 2018

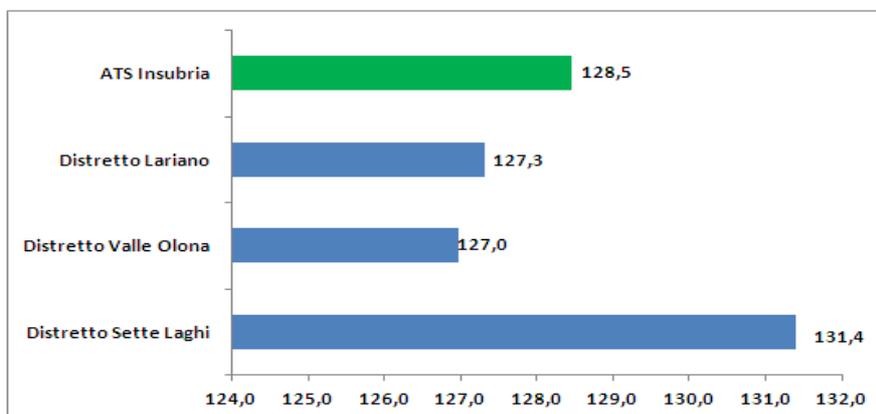


CARICO ASSISTENZIALE E MALATTIE CRONICHE

LA MORBOSITÀ OSPEDALIERA

Tra le prestazioni sanitarie, la richiesta di ricoveri costituisce una traccia fondamentale della domanda di salute espressa. Il tasso grezzo di ospedalizzazione è un indice sanitario che esprime il numero di ricoveri ogni 1.000 residenti e che dunque sintetizza la richiesta di ricoveri e il grado di utilizzo dell'ospedale da parte di una popolazione. In ATS Insubria quello calcolato per l'anno 2018 e per tutte le tipologie di ricovero (ordinario + day hospital + subacuti) fa registrare un valore di 128,5 (129,0 nel 2017). Più ricoveri si sono registrati nel Distretto Sette Laghi (figura 15), il cui tasso ha fatto registrare un valore di 131,4, mentre il tasso più basso si è osservato nel Distretto Valle Olona (127,0); nel Medio Lario il tasso è risultato 151,8. I tassi di ricovero più elevati per malattie cardiovascolari e traumatismi si sono registrati nel Distretto Sette Laghi (rispettivamente 18,5 e 11,0), quelli per tumori nel Distretto Valle Olona (12,8), mentre i valori del Distretto Lariano sono simili a quelli di ATS.

Tasso di ricovero per 1.000 residenti nell'ATS dell'Insubria - Anno 2018



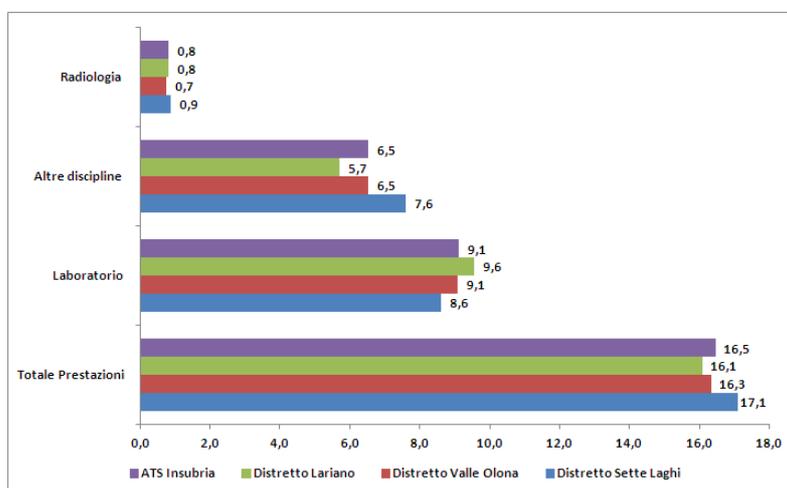
Tassi di ricovero per 1.000 residenti nell'ATS dell'Insubria - Anno 2018

Distretto	Mal. cardiovascolari	Tumori	Traumi	Tutte le cause
Distretto Sette Laghi	18,5	12,4	11,0	131,4
Distretto Valle Olona	18,4	12,8	9,4	127,0
Distretto Lariano	18,2	12,7	9,5	127,3
ATS Insubria	18,3	12,7	9,9	128,5

LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Anche il consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali costituisce un indice di domanda sanitaria espressa. Nel 2018 in ATS Insubria sono state erogate per i residenti oltre 24 milioni di prestazioni specialistiche, con un consumo pro capite mediamente di circa 16,5 prestazioni (16,1 nel 2017), così ripartite: 17,1 prestazioni pro capite per il Distretto Sette Laghi, 16,3 per il Distretto Valle Olona e 16,1 per il Distretto Lariano. Il consumo totale è stato distinto in base alle discipline: laboratorio, radiologia e altre discipline. Il maggior consumo a livello ATS (9,1 pro capite, 8,7 nel 2017) riguarda le prestazioni di laboratorio analisi, con valore più basso nel Distretto Sette Laghi (8,6), in media nel Distretto Valle Olona (9,1), e alto nel Distretto Lariano (9,6). In ATS, il consumo di prestazioni di radiologia e delle altre discipline è stato rispettivamente di 0,8 e 6,5 pro capite (valori uguali al 2017). Da rilevare, per il Distretto Sette Laghi, il consumo più elevato per le altre discipline (7,6 pro capite).

Consumo pro capite delle prestazioni specialistiche ambulatoriali In ATS Insubria - Anno 2018 [Fonte: UOC Sistemi Informativi e DWH]

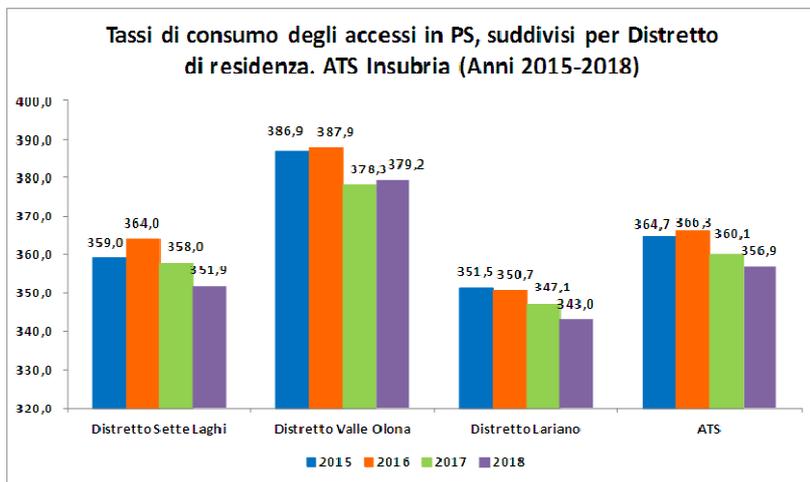


GLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

La richiesta di prestazioni di Pronto Soccorso (PS) è un indicatore dei bisogni di salute di una popolazione. L'utilizzo del PS è sintetizzato nel tasso di consumo degli accessi. Nel periodo 2015-2018 il tasso di consumo si è ridotto, mostrandosi più elevato nel Distretto Valle Olona e più moderato nel Distretto Lariano. Nel 2017, il tasso di accessi al PS in ATS Insubria era 360,1, più alto che in Lombardia e in Italia (secondo il Piano Nazionale Esiti rispettivamente 296,3 e 334,0). Si consideri che l'accesso è influenzato da vari fattori, tra cui la densità abitativa, il numero di PS presenti nel territorio e l'invecchiamento della popolazione, col carico

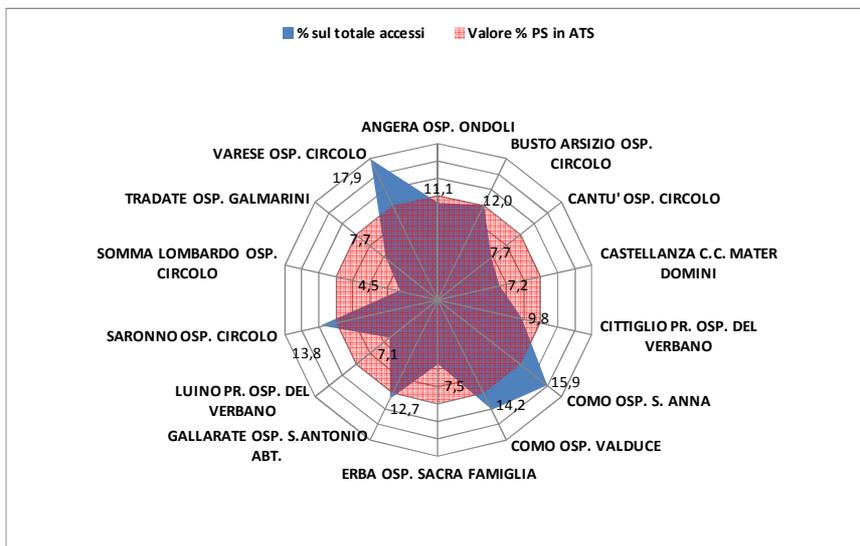
di morbosità e comorbidità che la contraddistingue. L'Ambito Territoriale Medio Lario è escluso per indisponibilità dei dati storici.

Numero di accessi in PS per 1.000 abitanti (escluso Medio Lario)



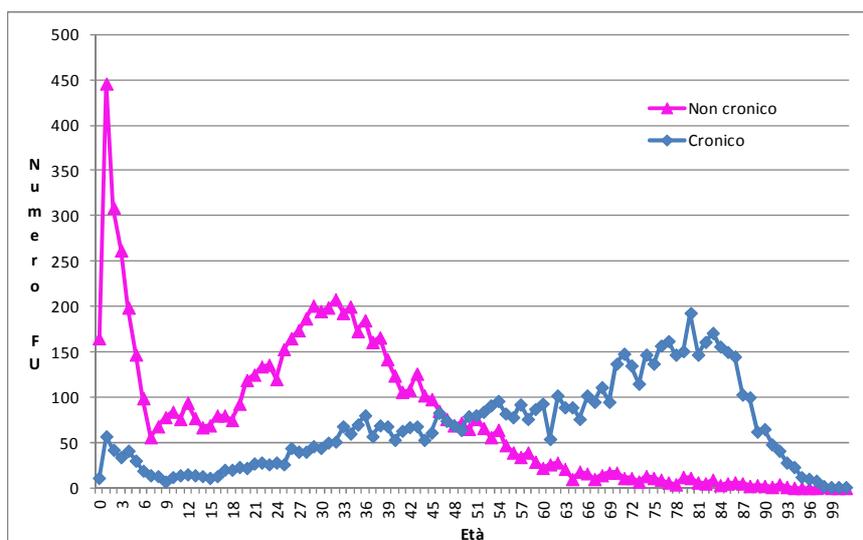
La probabilità che un accesso di PS esiti in un ricovero è diversa nei vari ospedali, in base alla specializzazione dell'offerta dei servizi. Un indicatore di efficienza del PS è la percentuale di ricoveri che seguono all'accesso in PS. Di seguito è raffigurata tale percentuale nel 2018. In ATS, circa il 12% degli accessi esita in ricovero: gli ospedali con percentuale più elevata sono quelli di Varese (F. Macchi), Como (S. Anna e Valduce), Saronno; sono gli ospedali che più rispondono alle urgenze con ospedalizzazione, in base alla graduazione di offerta. Secondo il portale di governo regionale, nel 2018 gli accessi all'Ospedale Erba-Renaldi di Menaggio sono stati 9.914, di cui 1.207 destinati ai reparti di degenza, pari al 12,2%, in linea col valore ATS.

Proporzione di ricoveri sul totale degli accessi in PS Anno 2018
 (Fonte: Circ. 6/SAN/2010)



Alcuni utenti del PS richiedono accessi ripetuti e, se questi sono più di tre in un anno, si possono classificare come *frequent user* (FU). Per il 2018 i FU sono stati stimati in circa il 5%, con una richiesta di accessi pari al 17% del totale. La loro distribuzione per età è diversa in base allo stato di cronicità (presenza di almeno una patologia cronica) del paziente: tra i cronici sono più frequenti gli anziani, mentre tra i non cronici sono più frequenti bambini e donne in età fertile. Un'attenta gestione di tali tipologie di pazienti potrebbe contribuire a ridurre il sovraffollamento del PS.

Distribuzione per età dei frequent user del PS nel 2018 in base alla cronicità



L'INCIDENZA DEI TUMORI

I tumori costituiscono il primo gruppo di patologie che causa mortalità precoce nel nostro Paese e nella nostra ATS. Sul territorio delle ex ASL di Varese e Como, sono presenti due registri di patologia; quello di Varese (il più antico del territorio nazionale) è stato istituito dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano nel 1976, quello di Como invece nel 2007, con inizio della rilevazione a partire dal 2003.

Di seguito è rappresentato il numero di nuovi casi di tumori consolidati dal 2003 al 2012 in ATS Insubria; attualmente il Registro Tumori sta "lavorando" per l'incidenza degli anni 2013-2014 e si sta attrezzando per avvicinarsi ad anni d'incidenza più recenti. Come si può notare, tenendo conto che il dato del 2013 non è definitivo, l'incidenza in numeri assoluti mostra una tendenza all'aumento dei casi pari all'1,4% annuo (+1,2% negli uomini e + 1,7% nelle donne).

Numero di tumori per anno nelle province di Varese e Como. Anni 2003 – 2013
 (Fonte: Registro Tumori ATS Insubria)

Anno Diagnosi	Nuovi casi ATS	%
2003	8.622	8,7
2004	8.714	8,8
2005	8.490	8,5
2006	9.105	9,2
2007	9.039	9,1
2008	9.074	9,1
2009	9.152	9,2
2010	8.984	9,0
2011	9.156	9,2
2012	9.141	9,2
2013*	9.836	9,9
Totale ATS	99.313	100,0

* Dato provvisorio

A seguire sono riportati i nuovi casi, registrati nel 2003 e nel 2012, di alcuni dei principali tumori, e le variazioni in percentuale degli stessi.

Numero di alcuni tumori, negli uomini e nelle donne, in ATS Insubria, e variazione in percentuale negli anni 2003 e 2012 (Fonte dati: Registro Tumori di Varese e Como)

	Nuovi casi (2003)			Nuovi casi (2012)			Variazione % 12-03
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	
C18-20 Colon-retto	559	499	1.058	601	508	1.109	4,8
C34 Polmone	760	174	934	696	271	967	3,5
C50 Mammella		1.191	1.191		1.341	1.341	12,6
C61 Prostata	1.137		1.137	1.134		1.134	-0,3
C81-86,88,90-96 Linfo empoietico	399	318	717	360	299	659	-8,1
Tutte le sedi escluso cute (C44)	4.793	3.825	8.618	4.963	4.178	9.141	6,1

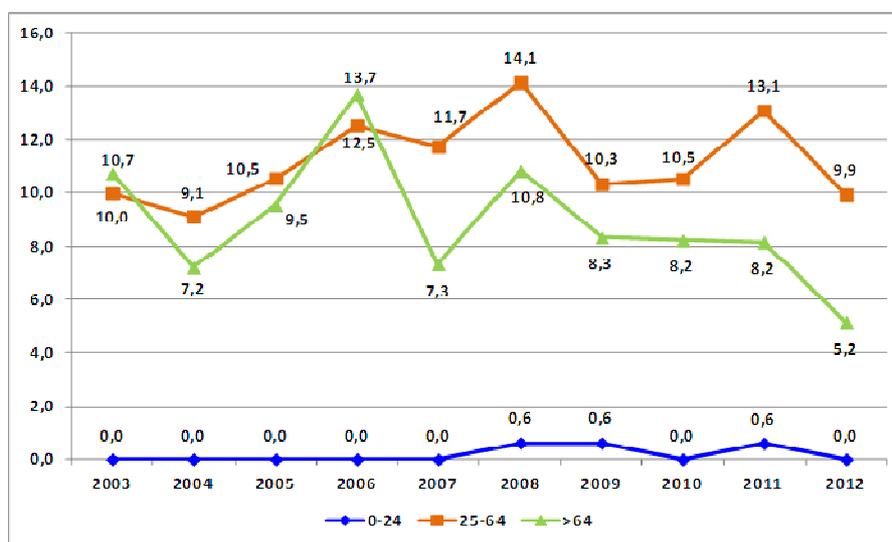
Rispetto all'anno 2003, nel 2012 tutte le sedi tumorali esclusa la cute hanno subito una variazione in percentuale del +6,1%. Nel dettaglio invece, i tumori che hanno subito variazioni maggiori sono stati il tumore della mammella (+12,6%), il tumore del colon retto (+4,8%) e il tumore del polmone (+3,5%).

Diminuiscono (-8,1%) i tumori del sistema linfoemopoietico (i cui tassi standardizzati si sono mostrati stabili nel quinquennio precedente al 2012), mentre il tumore della prostata (-0,3%) resta praticamente stabile (ma nel quinquennio precedente i tassi standardizzati erano in diminuzione).

Un breve accenno va fatto al tumore della cervice uterina per il quale, su indicazione regionale, come per il tumore della mammella e del colon-retto, è stato avviato sul territorio ATS nel 2019 un programma di screening di popolazione.

Di seguito sono rappresentati gli andamenti dei tassi d'incidenza grezzi nella fascia giovanile (0-24 anni), nella fascia di screening (25-64 anni) e in quella anziana (> 64 anni).

Andamento, per fascia d'età, tumore maligno cervice uterina, tasso grezzo per 100.000 donne - Anni 2003-2012
 (Fonte: Registro Tumori ATS Insubria)



Solo nella fascia delle anziane si verifica dapprima una forte oscillazione nel 2006 cui segue una tendenza alla diminuzione. Si osservi come i tassi specifici più elevati sono soprattutto quelli delle donne di 25-64 anni. Si rammenta che nel periodo considerato non era attivo un programma di screening organizzato in modo sistematico.

Qualche informazione sui trend sugli anni più recenti ci può derivare dai ricoveri dei residenti per i tumori analizzati, anche se costituiscono solo una delle fonti informative del Registro stesso.

Considerando la diagnosi principale, e considerando che il conteggio comprende anche prestazioni ripetute nello stesso soggetto e riguarda comunque non solo casi incidenti, l'andamento dei ricoveri ordinari sotto riportato. Come si può osservare, sono confermate le tendenze nazionali all'aumento del tumore maligno della mammella e alla diminuzione del tumore maligno del colon-retto, polmone, prostata e del sistema linfo emopoietico, mentre quello della cervice uterina non tende a ridursi.

Numero di ricoveri ordinari residenti ATS Insubria per alcuni tumori maligni
Anni 2013-2018
 (Fonte: SDO ATS Insubria)

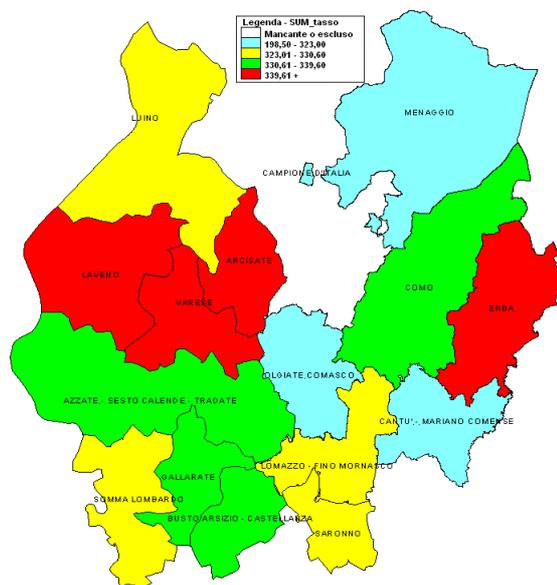
Patologia	età	ANNI					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tumore maligno mammella	tutte	1350	1328	1228	1301	1335	1438
	50-69	597	613	573	604	612	651
Tumore maligno colon-retto	tutte	1088	1100	1079	973	1035	1070
	50-69	339	342	389	348	296	336
Tumore maligno cervice uterina	tutte	44	54	41	46	46	71
	50-69	28	45	35	33	36	53
Tumore maligno polmone	tutte	1233	1083	1059	987	973	960
Tumore maligno prostata	tutte	1486	1474	1310	1189	1184	990
Tumori maligni del sistema linfopoietico	tutte	1136	1045	1116	1036	1034	780

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 in ATS Insubria. La Banca Dati Cronici si basa sulle cause di ricovero degli ultimi anni, sull'eszensione 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, la prevalenza dei malati cronici nel 2018 è di 334,6 per 1.000.

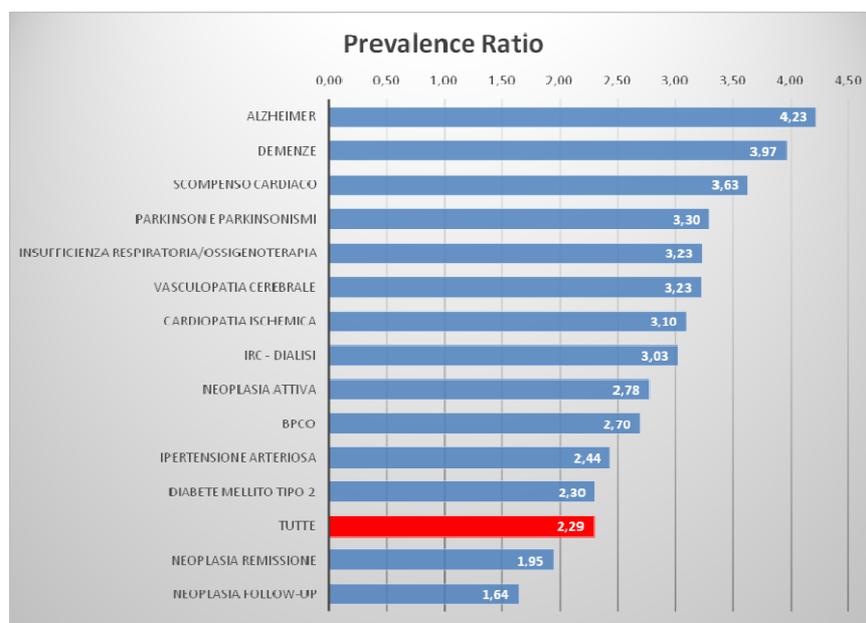
Prevalenza dei cronici -ATS Insubria - Anno 2018

Ambito Territoriale	Tasso x 1000
VARESE	349,5
ARCISATE	347,8
LAVENO	347,1
ERBA	339,6
COMO	335,3
AZZATE - SESTO CALENDE - TRADATE	335,2
ATS INSUBRIA	334,6
BUSTO ARSIZIO - CASTELLANZA	334,3
GALLARATE	330,6
SOMMA LOMBARDO	329,6
LUINO	325,3
SARONNO	324,2
LOMAZZO - FINO MORNASCO	323,0
CANTU' - MARIANO COMENSE	314,1
OLGIATE COMASCO	313,8
MENAGGIO	305,3
CAMPIONE D'ITALIA	198,5



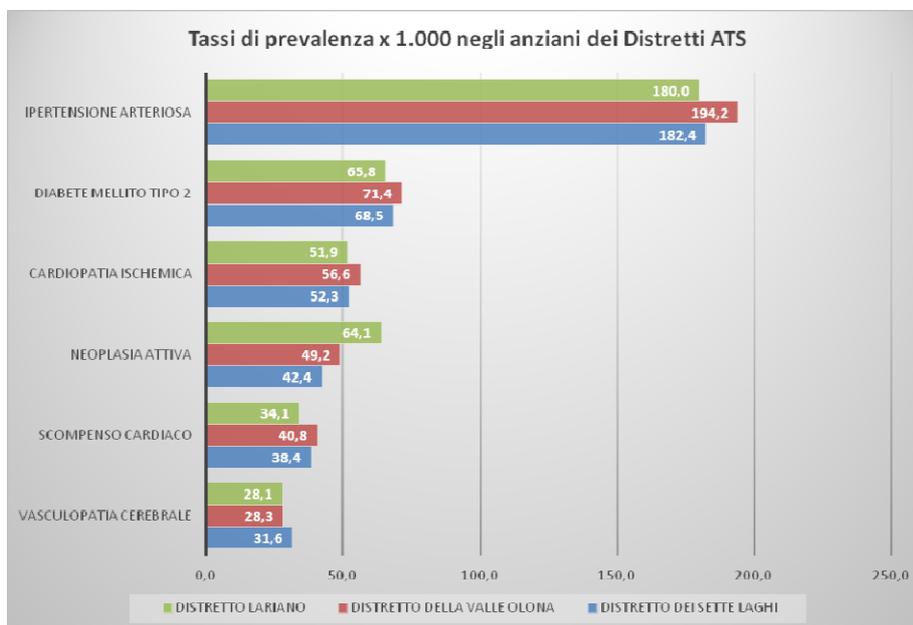
Essa risulta più alta nella maggior parte degli Ambiti Territoriali del Distretto Sette Laghi e in alcuni del Distretto Lariano (Erba, Como). La prevalenza indica il carico assistenziale e dunque la richiesta di servizi sanitari: tuttavia alcune aree con prevalenza più bassa possono indicare una maggiore difficoltà nell'espressione del bisogno sanitario. La frequenza delle malattie croniche si concentra in particolare tra i pazienti anziani con oltre 64 anni, dove il tasso di prevalenza è oltre il doppio (*prevalence ratio* - PR=2,29) rispetto alla popolazione generale. Le malattie più specifiche degli anziani sono: il morbo di Alzheimer (PR=4,23), le demenze (PR=3,97), lo scompenso cardiaco (PR=3,97), il morbo di Parkinson (PR=3,30) l'insufficienza respiratoria con ossigenoterapia (PR=3,23).

Rapporto tra prevalenza negli anziani e prevalenza nella popolazione generale (Prevalence Ratio) per le principali malattie croniche ATS Insubria - Anno 2018



La malattie croniche più frequenti negli anziani (figura 24) risultano ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2 e cardiopatia ischemica, con prevalenza un po' più alta nel Distretto Valle Olona, mentre la neoplasia attiva ha una frequenza maggiore nel Distretto Lariano, ma con un minor numero di casi in remissione (6,8% vs 13,3% dell'ATS).

Distribuzione geografica della prevalenza delle più frequenti malattie croniche tra gli anziani ATS Insubria - Anno 2018



In sintesi:

L'invecchiamento della popolazione è il fattore demografico che influenza maggiormente i fenomeni sanitari, in particolare la morbosità e la mortalità. In ATS Insubria si rilevano aree come il Distretto Sette Laghi dove l'invecchiamento e la mortalità sono più elevati. La distribuzione della mortalità mostra che il fenomeno colpisce in modo significativo le aree con maggior presenza di anziani, per la dinamica demografica e l'accumularsi delle patologie killer più frequenti (cardiovascolari e tumori). La natalità, invece, risulta più elevata nella parte meridionale dell'ATS (Distretto Valle Olona). Il quadro complessivo della domanda sanitaria (ricoveri e prestazioni specialistiche) indica che i consumi più elevati sono presenti nel Distretto Sette Laghi, dove maggiore è l'invecchiamento della popolazione; dove quest'ultimo è inferiore, nel Distretto Lariano, la domanda sanitaria è più contenuta. La domanda di prestazioni urgenti resta più elevata nel Distretto Valle Olona, dove probabilmente gioca un ruolo la maggiore accessibilità al pronto soccorso: l'iperafflusso che vi si registra è spiegato solo in parte dai frequent user con malattie croniche, e ascrivibile anche a bambini e donne in età fertile. L'invecchiamento influisce anche sull'incidenza dei tumori, per cui aumentano i numeri assoluti di nuovi casi, che risentono comunque anche di interventi di screening e di diagnosi precoce, con incremento per il carcinoma della mammella e diminuzione invece per il tumore della prostata; non si osserva una riduzione nel tumore della cervice uterina tra la popolazione target dello screening. Anche la prevalenza di malattie croniche appare più frequente nel Distretto Sette Laghi, dove maggiore è l'invecchiamento, ma a parità d'invecchiamento malattie cardiocircolatorie e diabete prevalgono nel Distretto Valle Olona. Sono da monitorare le patologie che hanno un maggior rischio di prevalenza e mortalità negli anziani, ovvero demenze e malattie neurologiche come il morbo di Parkinson, per le quali la tendenza all'aumento è maggiore.

1.6 RETE D'OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA

Nelle pagine che seguono 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 LABORAT.	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	PSICHIATRIA	NPI	DIALISI E CAL	CENTRO PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) I O II LIVELLO
PRESIDI RICOVERO E CURA ACUTI E RIABILITATIVI	SETTE LAGHI	PUBBLICHE	6 ospedali 1 solo riabil.	5 + 7 punti prelievo	7	2 SPDC	1 D.H. + 1 Deg. Ordinaria	2 Dialisi 4 CAL	1 PMA II 1 PMA I (attiv. sospesa)
		PRIVATE A CONTRATTO	1 ospedale 2 solo riabil.	2 + 2 punti prelievo	3				
	VALLE OLONA	PUBBLICHE	4 ospedali	3 + 4 punti prelievo	4	3 SPDC		2 Dialisi 3 CAL	1 PMA I (attiv. sospesa)
		PRIVATE A CONTRATTO	2 ospedali	2 + 2 punti prelievo	2			1 Dialisi	
	LARIANO	PUBBLICHE	3 ospedali, 1 solo riabil.	3 + 13 punti prelievo	6	3 SPDC		1 Dialisi 4 CAL	1 PMA II
		PRIVATE A CONTRATTO	4 ospedali, 2 solo riabil.	4 + 16 punti prelievo	5				
AMBULATORI TERRITORIALI E LABORATORI	SETTE LAGHI	PUBBLICHE	9	10 punti prelievo					
		PRIVATE A CONTRATTO	10	2 + 19 punti prelievo	9				4 PMA I: di cui 1 cessa il 31.12.2019
	VALLE OLONA	PUBBLICHE	2	1 punto prelievo					
		PRIVATE A CONTRATTO	9	3 + 15 punti prelievo	11				2 PMA I
	LARIANO	PUBBLICHE	9						
		PRIVATE A CONTRATTO	15	2 + 6 punti prelievo	4		2		
STRUTTURE RESIDENZIALI	SETTE LAGHI	PUBBLICHE				5			
		PRIVATE A CONTRATTO				16 + 2 (disturbi alimentari)	1 + 1 (disturbi alimentari)		
	VALLE OLONA	PUBBLICHE				3			
		PRIVATE A CONTRATTO				2	1		
	LARIANO	PUBBLICHE				7			
		PRIVATE A CONTRATTO				14	3		
STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI	SETTE LAGHI	PUBBLICHE				4			
		PRIVATE A CONTRATTO				2	2		
	VALLE OLONA	PUBBLICHE				5			
		PRIVATE A CONTRATTO				1	1		
	LARIANO	PUBBLICHE				3			
		PRIVATE A CONTRATTO				1	3		

LA RETE D'OFFERTA SOCIOSANITARIA (N. UNITÀ DI OFFERTA PER TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE)

Tipologia	Distretto ATS	RSA	CDI	RSD	CDD	CSS	CONSUL. FAMILIARI	ENTI AUSILIARI DIPENDENZE	CURE INTERMEDIE	RIABILITAZIONE	HOSPICE	UCP DOMICIL	AMBUL./ DAY HOSPITAL	ADI	SERT
ANZIANI	SETTE LAGHI	39	9												
	VALLE OLONA	21	11												
	LARIANO	56	15												
DISABILI	SETTE LAGHI			7	10	6									
	VALLE OLONA			0	12	14									
	LARIANO			10	15	9									
RIABILITAZIONE	SETTE LAGHI								2	4					
	VALLE OLONA								1	2					
	LARIANO								1	3					
FAMIGLIA	SETTE LAGHI						6								
	VALLE OLONA						7								
	LARIANO						13								
DIPENDENZE	SETTE LAGHI							10							4
	VALLE OLONA							3							3
	LARIANO							8							4
CURE PALLIATIVE	SETTE LAGHI										3	4	3		
	VALLE OLONA										3	6	1		
	LARIANO										3	7	3		
DOMICILIARI	SETTE LAGHI													13	
	VALLE OLONA													11	
	LARIANO													9	

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ATS Insubria</p>	<p>Fonte: UOS Controllo di Gestione Oggetto: Piano della Performance (2019-2021) Revisione n. 00 Validità: 2019/2021 Data di emissione: 30/01/2019</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.7 ORGANIZZAZIONE

Di seguito si fornisce un sintetico quadro della struttura organizzativa, dei correlati livelli di responsabilità e delle relative modalità di funzionamento. Sono fattori di rilievo che hanno caratterizzato l'Organizzazione nell'anno 2019:

- il cambio di vertice dell'Agenzia a far data dall'01.01.2019 e con esso la nomina dei nuovi Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario;
- la riassegnazione da ATS Montagna ad ATS Insubria, per effetto della L.R. 28 novembre 2018, n. 15, a decorrere dal 1° gennaio 2019, di n. 29 Comuni dell'area territoriale del Medio Lario e, con essi, la competenza rispetto alle relative funzioni istituzionali. L'Agenzia, con provvedimento n. 312 in data 19.06.2019 ha revisionato il proprio Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. XI/2466 del 18.11.2019. L'unica variazione a livello di Organigramma strutturale riguarda il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, al quale viene aggregata l'Unità Organizzativa Semplice trasferita da ATS Montagna (in quanto assegnata a un Dirigente Medico oggetto di trasferimento in base al principio della prevalenza), ora denominata "*Prevenzione dei Rischi Sanitari nelle Strutture di Assistenza Sanitaria - Sede Territoriale di Como - Medio Lario*", in posizione di "*line*" alla Unità Organizzativa Complessa Igiene e Sanità Pubblica, Salute - Ambiente - Sede Territoriale di Como.

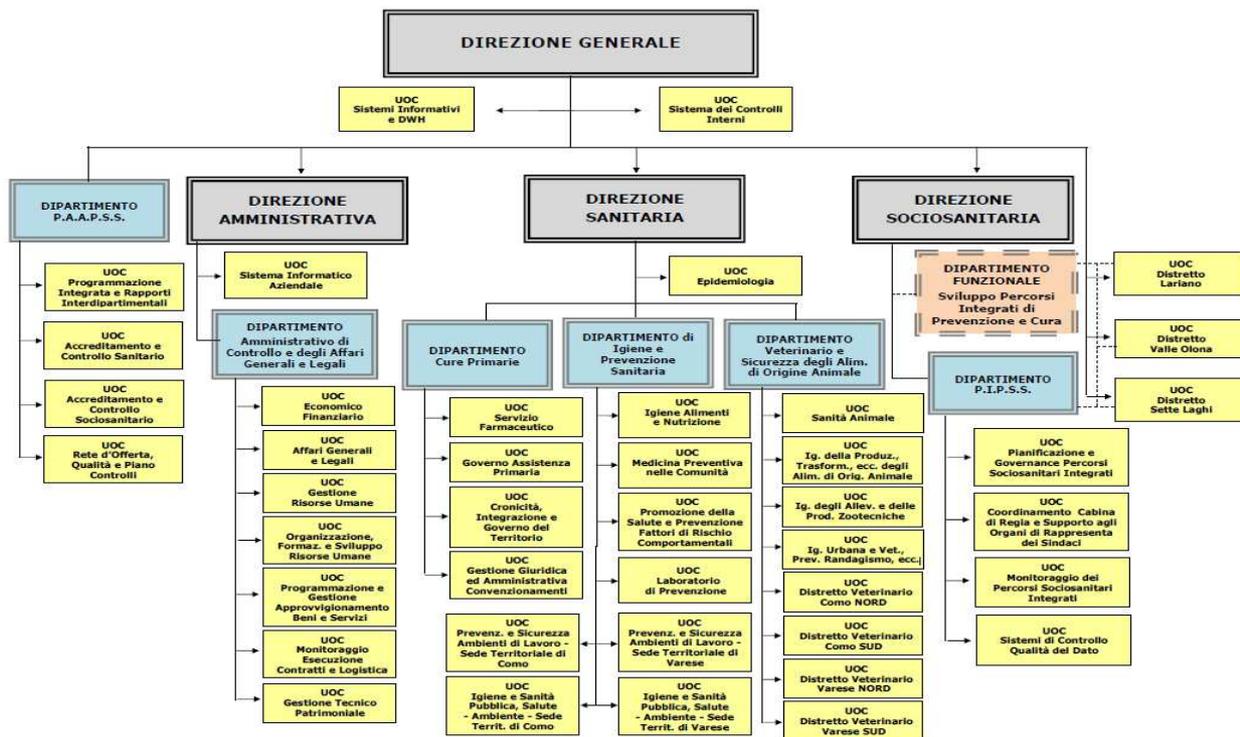
Conformemente alle disposizioni normative di evoluzione del contesto socio sanitario lombardo (art. 7bis della L.R. n. 23/2015), il territorio dell'ATS è articolato in tre distretti (Distretto Sette Laghi; Distretto Valle Olona, Distretto Lariano) che hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST (ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona, ASST Lariana). I Distretti Veterinari sono invece quattro (Varese Nord; Varese Sud; Como Nord; Como Sud). Assicurano sul territorio le attività di prevenzione veterinaria e di sicurezza degli alimenti di origine animale.

Il modello ordinario di gestione operativa delle attività dell'Agenzia, in coerenza con quanto previsto all'art. 17bis del Decreto Legislativo n. 502/1992, è l'organizzazione dipartimentale.

L'Agenzia riconosce autonomia organizzativa, gestionale ed operativa ai dirigenti, che la esercitano coerentemente con gli obiettivi e con le risorse assegnate, attraverso l'attribuzione di incarichi e deleghe, articolati in funzione dell'assetto organizzativo e delle esigenze di coordinamento e di integrazione delle attività.

Il Dirigente preposto alla gestione assume, in via esclusiva, le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro, con la capacità ed i poteri del privato datore di lavoro. Rientrano, in particolare, nell'esercizio dei poteri dirigenziali le misure inerenti la gestione delle risorse umane nonché la direzione e l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici.

Le deleghe, ai fini dell'adozione in via autonoma di atti da parte dei responsabili di struttura complessa di area amministrativa e sanitaria, sono state conferite con specifici provvedimenti (deliberazione n. 6 del 14.01.2019).



L'organigramma dà evidenza della struttura organizzativa prescelta.

Le funzioni attribuite ad ogni singola struttura sono contenute nel Funzionigramma allegato al POAS cui si rimanda, disponibile nella Sezione Amministrazione Trasparente (link: <https://www.ats-insubria.it/component/jdownloads/category/28-articolazione-degli-uffici?Itemid=-1>).

=, =, =, =, =.

Le politiche, gli obiettivi e le risorse dell'Agenzia 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 DI RISK MANAGEMENT**, che viene predisposto ogni anno per definire nell'ambito della politica di gestione del rischio, i progetti e le attività di sviluppo per la gestione degli eventi avversi nelle aree a maggior impatto;
- **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 definite nelle c.d. **REGOLE DI SISTEMA**, adottate annualmente dalla Giunta Regionale per disciplinare la gestione del servizio socio sanitario (*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). Tali documenti sono in fase di aggiornamento relativamente all'esercizio 2020, in conformità alla DGR n. XI/2672 del 16.12.2019.

Nel sito web, www.ats-insubria.it, SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE sono disponibili le informazioni, i documenti e i dati che attengono la vita e la gestione delle attività dell'Agenzia, ivi compresa la RELAZIONE SULLA PERFORMANCE, "rendiconto" annuale dell'operato aziendale ed elemento di ingresso per l'aggiornamento del Piano Performance.

1.8 PERSONALE

Per l'assolvimento delle proprie funzioni, alla data del 01.01.2020, sono presenti in organico le seguenti risorse umane a tempo indeterminato e determinato.

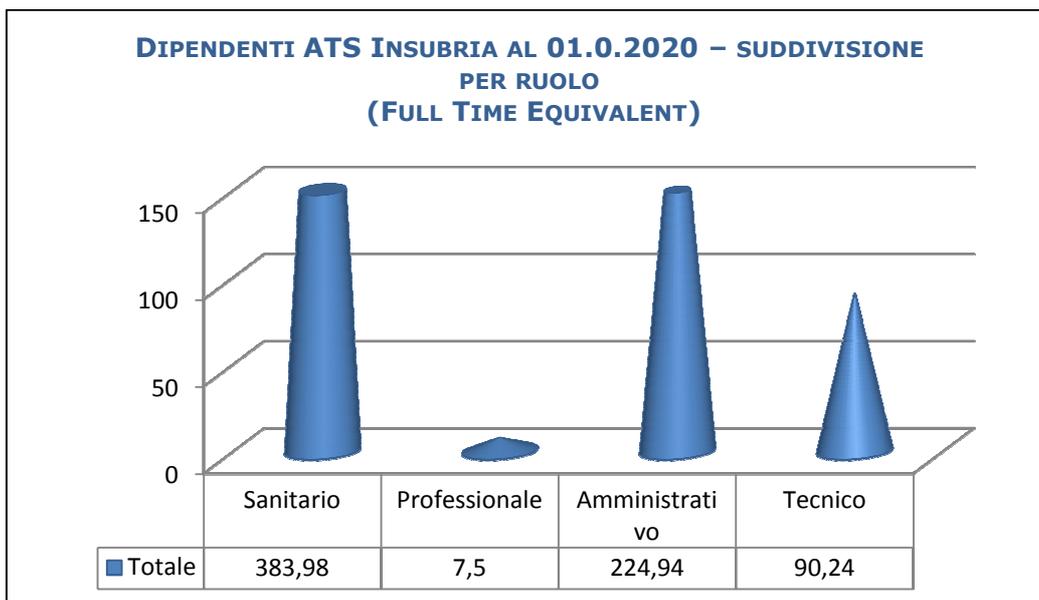
Il numero dei dipendenti in servizio è pari a 706,66 unità (teste equivalenti). Delle 706,66 unità, n. 142,31 sono dirigenti medici e veterinari (dirigenti di unità operative complesse, a valenza dipartimentale, semplici, dirigenti delle professionalità senza responsabilità di struttura); n. 50,13 sono dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi; n. 514,22 sono personale di comparto.

NUMERO DEI DIPENDENTI (IN SERVIZIO AL 01.01.2020) - TESTE EQUIVALENTI

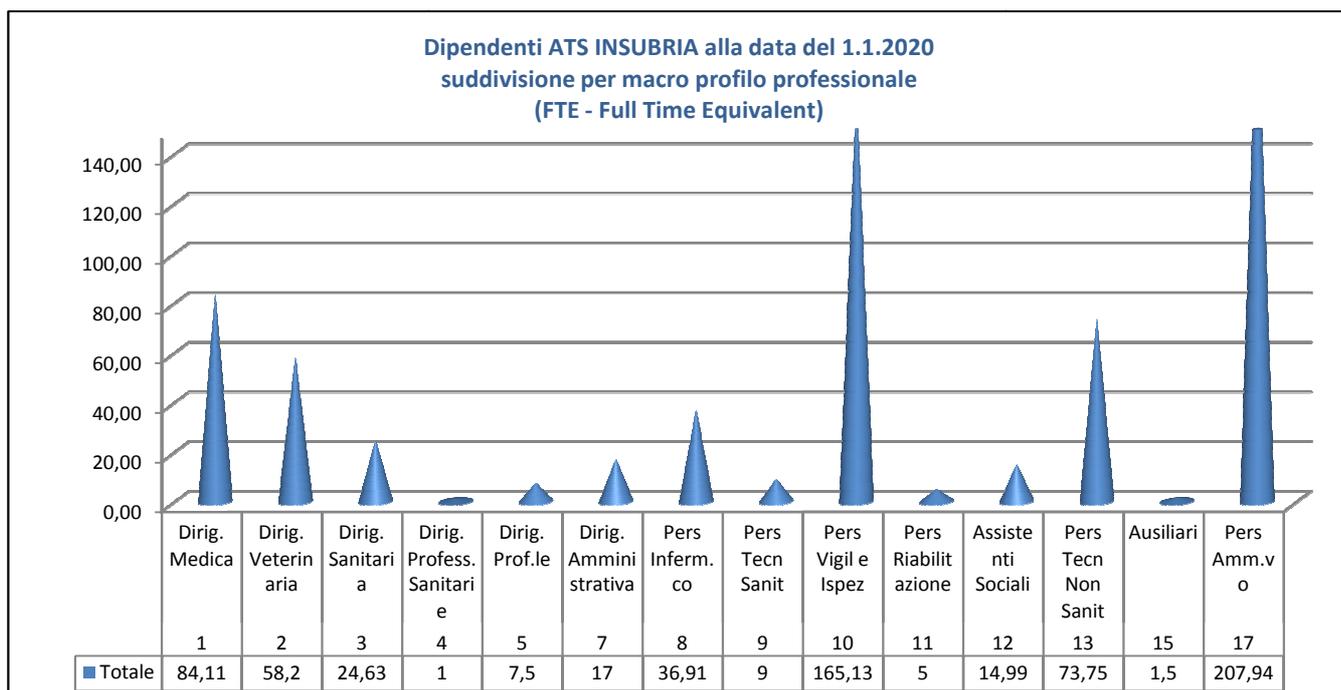
Tipo Contratto	Anno 2020
COMPARTO	514,22
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	142,31
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA	50,13
TOTALE COMPLESSIVO	706,66

[Fonte: UOC Gestione Risorse Umane]

Nei grafici è evidenziata la ripartizione del personale dipendente presente al 01.01.2020 per ruolo e per profilo professionale.



[Fonte: UOC Gestione Risorse Umane]



[Fonte: UOC Gestione Risorse Umane]

SEZIONE SECONDA

2. IL MODELLO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

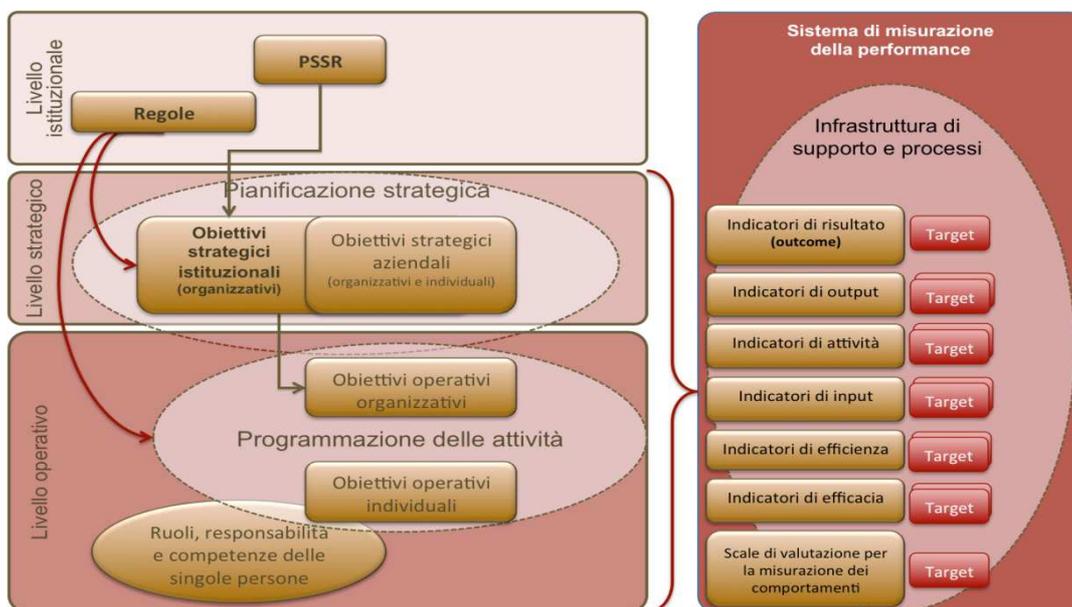
Il modello di misurazione e valutazione della *performance* utilizzato, ad oggi, dall’Agenzia si basa sulla mappa logica delineata da Regione Lombardia con riguardo alle aziende pubbliche afferenti al Sistema Sanitario Regionale (cfr. LINEE GUIDA OIV REGIONALE 2011 “*Il Sistema di Misurazione delle Performance 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 contemperare i seguenti criteri:

- **INTEGRAZIONE:** gli strumenti di misurazione e valutazione della *performance organizzativa* vanno 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;
- **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. Ai sensi dell'art. 7 del sopracitato decreto, le Amministrazioni pubblicano ed aggiornano annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, il Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance*.

Si evidenzia, peraltro, che Regione Lombardia ha implementato un modello di valutazione "multidimensionale" delle performance del Sistema Sanitario, al fine di concorrere al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati. All'interno del "Portale di Governo", il sistema di "Valutazione Governo clinico" costituisce lo strumento di accesso a tali informazioni, prodotte a partire dai dati contenuti nel DataWareHouse (DWH) Socio Sanitario di Regione Lombardia.

Regione ha attivato in effetti un sistema di monitoraggio basato su un set di indicatori di tipo gestionale e patrimoniale, che consente di valutare in modo più oggettivo l'aderenza delle dinamiche aziendali alla programmazione ed agli indirizzi regionali emanati nel quadro delle Regole di Sistema annuali, in raccordo con le altre aziende del "Sistema Regionale".

L'Agenzia, tenuto conto del quadro normativo di sviluppo ed in attesa di indirizzi metodologici da parte anche del livello regionale, **conferma** il **SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE**

DELLA PERFORMANCE (SMVP) delineato a partire dal Piano 2018-2020 ed integrato con analogo documento per il triennio 2019-2021 (deliberazione n. 29 del 30.01.2019), così come descritto al successivo punto 2.1.

Tale modello è coerente sia con le Linee Guida OIV regionale sia con le “Linee Guida per il sistema di misurazione e valutazione della performance (SMVP)” dei Ministeri (LG 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* attribuite dal Decreto Legislativo n. 150/2009. Tali 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 del ciclo della *performance*.

2.1.1 IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il Ciclo della Performance si sviluppa come segue:

1. 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 dell’Agenzia 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, PIANI DI SETTORE).

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).

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.

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.

2. 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.

3. Nell'**ULTIMA FASE**, c.d. "**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.

2.1.2 SOGGETTI DEL SMVP

La definizione delle responsabilità, delle funzioni e dei ruoli dei diversi soggetti è una delle componenti essenziali per l'efficace funzionamento del sistema 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 afferenti e la responsabilità univoca del raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- I DIRETTORI DI UNITÀ 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.

2.1.3 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. Il documento è pubblicato sul sito web istituzionale (Sezione Amministrazione Trasparente/*Performance*).

Per ulteriori approfondimenti si rinvia anche alle circolari applicative n. 1 del 18.09.2017, n. 2 del 7.02.2018 e n. 3 dell'11.07.2018, n. 4 del 29 gennaio 2019 e n. 5 del 06.09.2019.

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.

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 **COMPORAMENTI 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.

2.1.4 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.

Su tale presupposto, sono stati individuati 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.

In conformità all’approccio metodologico adottato dal Gruppo di approfondimento regionale, a cui hanno partecipato le ex ASL Como e ASL Varese (*Linee Guida OIV RL 2011*), la misurazione della *performance* organizzativa, indipendentemente dal livello di applicazione (strategico; operativo; gestionale) è condotta in termini di:

- **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;
- **EFFICACIA ORGANIZZATIVA**: efficacia del modello organizzativo in termini di formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità;
- **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;
- **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 di tutela della salute attribuito alle ATS dalla L.R. n. 23/2015, si considerano anche le seguenti dimensioni di valutazione:

- **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**: 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).

2.2 COLLEGAMENTO CON IL PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE

L'art. 8 comma 1, lettera h) del d.lgs. 150/2009 stabilisce che il Sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa concerne anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione della parità e delle pari opportunità.

Le Pubbliche Amministrazioni adottano, a tal fine, piani triennali di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione della pari opportunità nel lavoro.

Su tale presupposto gli obiettivi inseriti nel Piano Triennale di Azioni Positive di ATS Insubria, disponibile al link <https://www.ats-insubria.it/component/jdownloads/category/313-piani-anno-2017> integrano quelli del Piano della *Performance* e sono oggetto di monitoraggio in coerenza con il sistema di misurazione e valutazione della *performance* delineato nei paragrafi precedenti.

2.3 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'adeguatezza 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 proseguire la sperimentazione avviata nel 2018, ovvero confermare la forma di comunicazione diretta utenti (esterni ed interni) / NVP per esprimere il proprio livello di soddisfazione sui servizi erogati.

SPECIFICA PROCEDURA È INSERITA NELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE AL SEGUENTE LINK:

<https://www.ats-insubria.it/component/jdownloads/category/510-comunicazione-diretta-utenti-esterni-ed-interni?Itemid=-1>

COME PARTECIPARE

mediante modulo informatizzato online:
COMUNICAZIONE NVP

con comunicazione a mezzo posta elettronica, all'indirizzo nvp@ats-insubria.it

mediante servizio postale, con busta chiusa indirizzata a: ATS DELL'INSUBRIA - VIA O. ROSSI, n. 9 - 21100 VARESE, con la dicitura RISERVATA NVP

mediante posta interna, con busta chiusa da consegnare al Protocollo generale, con la dicitura RISERVATA NVP

COSA COMUNICARE

generalità del soggetto che effettua la comunicazione

circostanze di tempo e di luogo dei fatti oggetto di comunicazione

unità organizzativa laddove conosciuta

sintetica valutazione del servizio fruito

L'identificazione del soggetto che effettua la comunicazione, sia esso una persona fisica, associazione, comitato o altra persona giuridica, è essenziale ai fini di una corretta gestione del processo.

Le comunicazioni anonime non saranno prese in considerazione.

Restano salve le diverse altre forme di comunicazione diretta, collaborazione e partecipazione previste dalla legge e precisamente:

- ✓ l'interlocuzione con l'Ufficio Relazione con il Pubblico, quale punto di accesso unico all'Agenzia, dove il cittadino non solo può trovare informazioni riguardo alla modalità di fruizione dei servizi erogati, ma anche presentare osservazioni, reclami, elogi e proposte
- ✓ la conoscibilità dei dati, delle informazioni e dei documenti della pubblica amministrazione (accesso agli atti ex Legge 241/1990; accesso civico semplice e accesso civico generalizzato ex art. 5, commi 1 e 2, Decreto Legislativo n. 33/2013 e successive modifiche ed integrazioni)
- ✓ la segnalazione al Responsabile della prevenzione della corruzione di illeciti o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico ex Legge n. 179/2018 (c.d. *whistleblowing*)

Il Nucleo di Valutazione delle *Performance*/Prestazioni (NVP) analizza le comunicazioni 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 al Direttore Generale, ai Direttori Sanitario, Sociosanitario ed Amministrativo secondo competenza nonché ai Direttori di Dipartimento e di Unità Organizzativa Complessa per le conseguenti valutazioni ed adozione di eventuali azioni di miglioramento.

SEZIONE TERZA

3. LINEE DI INDIRIZZO STRATEGICHE

In questa Sezione, preso atto degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale con deliberazione di Giunta Regionale n. XI/1056 del 17.12.2018 e delle condizioni di contesto anche in termini di risorse disponibili, si rappresentano le linee di indirizzo strategiche per il triennio di riferimento del presente Piano.

La programmazione si sviluppa sulla base della DGR n. XI/2672 del 16.12.2019, c.d. "**REGOLE DI SISTEMA**" che individua per l'anno 2020 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.

1. CONTROLLO STRATEGICO

- 1.1. Recepimento integrale della programmazione regionale pluriennale e delle regole di sistema annuali
- 1.2. Consolidamento del modello di presa in carico dei pazienti cronici e rafforzamento delle azioni per l'integrazione tra territorio e ospedale in una logica di continuità
- 1.3. Prosecuzione delle azioni di contenimento delle liste d'attesa sia per le prestazioni ambulatoriali sia per i ricoveri, con semplificazione dei percorsi e promozione ulteriore dell'appropriatezza e dell'efficacia dei servizi
- 1.4. Governo delle reti per facilitare il passaggio dalle reti di patologia alle reti clinico assistenziali e organizzative
- 1.5. Potenziamento, in coerenza con la pianificazione regionale, delle strutture intermedie e della medicina territoriale, luogo centrale per le cure ed il primo accesso del paziente cronico
- 1.6. Rimodulazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche attraverso l'aggiornamento dei requisiti per l'accreditamento
- 1.7. Promozione di percorsi di integrazione delle cure e dei servizi territoriali per minori, adulti e famiglie orientati al superamento della frammentarietà degli interventi per fornire risposte coordinate individualizzate ai bisogni espressi ed impliciti

2. PORTAFOGLIO DELLE ATTIVITÀ E DEI SERVIZI

- 2.1. Indirizzare progressivamente, ed in modo graduale, gli erogatori pubblici e privati contrattualizzati verso casistica di maggiore complessità clinica e con maggiori criticità in termini di tempi d'attesa, con l'obiettivo di promuovere ulteriormente l'efficacia dei servizi
- 2.2. Estensione sul territorio della sperimentazione regionale per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali aggiuntive con criticità di tempo di attesa

- 2.3. Semplificazione del percorso di follow up al paziente cronico che presenta comorbidità, promuovendo azioni affinché gli enti gestori, di intesa con gli erogatori, offrano la possibilità di programmare e prenotare in un unico accesso i cd. "pacchetti prestazionali" per l'esecuzione nella medesima giornata di alcune delle prestazioni sanitarie previste nel PAI
- 2.4. Prosecuzione e sviluppo con i Medici di Medicina Generale del percorso di gestione del paziente a bassa e media complessità, con l'obiettivo di un progressivo incremento dell'offerta al cittadino, anche attraverso la telemedicina
- 2.5. Partecipazione al progetto sperimentale per l'istituzione della figura dell'"Infermiere di Famiglia e di Comunità", professionista che agisce in integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per rispondere ai bisogni di salute della popolazione anziana e cronica
- 2.6. Coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale e delle Farmacie verso un percorso di semplificazione per consentire, non solo ai pazienti cronici provvisti di PAI, il ritiro diretto dei farmaci in farmacia senza il promemoria
- 2.7. Sistematizzazione dell'offerta sociosanitaria nei livelli erogativi ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, attraverso l'inclusione degli interventi/servizi erogati nell'ambito delle misure innovative nel sistema consolidato di offerta
- 2.8. Verifica delle attuali forme di organizzazione e di erogazione dell'ADI per una maggior omogeneizzazione delle prestazioni e dei servizi sul territorio
- 2.9. Partecipazione alla definizione e utilizzo di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei servizi sociosanitari ad alta integrazione sanitaria
- 2.10. Prosecuzione degli interventi relativi alle sindromi dello spettro autistico e alle disabilità complesse
- 2.11. Promozione azione capillare di diagnosi precoce presso le scuole e i luoghi di aggregazione al fine di intercettare i giovani nelle prime fasi del consumo
- 2.12. Prosecuzione *governance* del farmaco e della spesa farmaceutica convenzionata attraverso anche interventi a favore dell'appropriatezza prescrittiva e dell'aderenza terapeutica
- 2.13. Potenziamento del ruolo della Farmacia dei Servizi attraverso l'attivazione di servizi di front office, erogazione di prestazione di prima istanza mediante servizi di telemedicina e la partecipazione alle campagne di screening per il tumore del colon retto
- 2.14. Prevenzione, promozione e tutela della salute attraverso una *governance* che sostanzialmente e consolidi i servizi erogati in un'ottica di integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale
- 2.15. Monitoraggio LEA - Nuovo Sistema di Garanzia in ambito di assistenza ospedaliera, attività di prevenzione e assistenza distrettuale

- 2.16. Sviluppo, in coerenza con la programmazione regionale, del modello di valutazione delle *performance* della Prevenzione anche in termini di risorse assorbite;
- 2.17. Promozione di un approccio integrato alle politiche sanitarie veterinarie con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* per una gestione efficace, efficiente e coordinata degli interventi, in particolare di quelli relativi alla biosicurezza per la prevenzione di nuove epidemie

3. PROCESSI AMMINISTRATIVI E IMPATTO SULL'ORGANIZZAZIONE

- 3.1. Promozione della cultura della consapevolezza e dell'appropriatezza dell'uso delle risorse ai fini del contenimento dei costi e di un loro migliore utilizzo
- 3.2. Consolidamento del percorso attuativo della certificabilità del bilancio
- 3.3. Omogeneizzazione dei sistemi informativi aziendali ed interventi per aumentare la sicurezza informatica, la sicurezza delle informazioni e la protezione dei dati personali
- 3.4. Azioni di sensibilizzazione sui temi dell'integrità e della trasparenza e sviluppo del personale per supportare i processi di cambiamento e per rispondere efficacemente alle esigenze organizzative
- 3.5. Sviluppo di un sistema integrato di prevenzione del rischio e coordinamento delle funzioni di controllo interno

4. IMPATTO DEI PROCESSI SUI BISOGNI DEI CITTADINI

- 4.1. Integrazione territoriale fra tutti gli attori del sistema, in particolare con i Sindaci e i loro Organismi di Rappresentanza, al fine di offrire una risposta più completa ai bisogni di salute delle persone e delle loro famiglie attraverso relazioni di collaborazione strategica ed operativa e lo sviluppo di un maggior coinvolgimento nelle decisioni che li riguardano
- 4.2. Sviluppo della comunicazione istituzionale, indirizzata ai diversi target, quale strumento di conoscenza e valorizzazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale e delle 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 2020, 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 2020-2022

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 ATS/ASST/AREU	2020-2022	Direttori Dipartimento / Responsabili UO	Unità Organizzative aziendali secondo competenza	//
	Riordino della rete d'offerta e integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie	Organizzazione della rete d'offerta ospedaliera (DM n. 70/2015) e sviluppo delle reti clinico assistenziali	Attuazione della programmazione regionale n. progetti attuati / n. progetti richiesti = 100%	2020-2022	Dipartimento Programmazione, Accreditazione, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS)	UOC Programmazione Integrata e Rapporti Interdipartimentali	EROGATORI ENTI GESTORI ENTI LOCALI/ AMBITI DISTRETTUALI
		Rimodulazione dell'offerta socio sanitaria e riorganizzazione dei servizi territoriali	Attuazione della programmazione regionale n. progetti attuati / n. progetti richiesti = 100%			UOC Rete d'Offerta, Qualità e Piano Controlli	
UOC Accreditazione e Controllo Sanitario							
					Dipartimento della Programmazione Integrata per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)	UOC Pianificazione e Governance dei percorsi socio sanitari integrati	
						UOC Coordinamento Cabina di Regia e Supporto agli Organi di Rappresentanza dei Sindaci	
						UOC Monitoraggio dei Percorsi Sociosanitari Integrati	

Tipologia obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte	
						Interne	Esterne
OBIETTIVO STRATEGICO	Controllo delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie	Attuazione del Piano annuale dei Controlli	Attuazione della programmazione annuale Raggiungimento degli standard di risultato previsti dalla programmazione regionale annuale = 100% (anno)	2020-2022	Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Socio sanitarie (PAAPSS)	UOC Accreditamento e Controllo Sanitario UOC Accreditamento e Controllo Socio sanitario	AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
	Integrazione ospedale-territorio e presa in carico del paziente cronico	<i>Governance</i> del percorso di presa in carico del paziente cronico e garanzia della continuità assistenziale	Attuazione degli interventi previsti dalla programmazione regionale e aziendale nel rispetto del cronoprogramma n. azioni attuate/ n. azioni programmate =100% Attuazione delle azioni di informazione/comunicazione (anche in ottica di <i>empowerment</i>) n. azioni attuate/ n. azioni programmate => 80% (anno)	2020-2022	Dipartimento Funzionale Sviluppo Percorsi Integrati di Prevenzione e Cura	Unità Organizzative funzionalmente afferenti al Dipartimento e UO che agiscono la funzione di <i>governance</i> nell'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari alla persona	EROGATORI ENTI GESTORI MMG/PLS

Tipologia obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte	
						Interne	Esterne
OBIETTIVO STRATEGICO	Governo dell'accessibilità ai servizi sanitari	Contenimento dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri	<p>Riduzione complessiva dei ricoveri inappropriati attraverso interventi regolatori, anche di modifica dei setting di erogazione</p> <p>Valore complessivo contrattato con gli erogatori per prestazioni di ricovero: 2020<=2019 2021<=2020 2022<=2021</p>	2020-2022	Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS)	UOC Programmazione Integrata e Rapporti Interdipartimentali	EROGATORI
			<p>Governo dei tempi d'attesa attraverso la leva negoziale e la comunicazione istituzionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione nei contratti annuali con gli erogatori pubblici e privati di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, di % di prestazioni che garantiscano i tempi di riferimento per i primi accessi: <p>Inserimento vincoli contrattuali = 100% contratti integrativi (ambulatoriale e ricoveri per acuti)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione delle azioni di informazione, comunicazione (anche in ottica di empowerment) <p>n. azioni attuate/ n. azioni programmate =>80% (anno)</p>			UOC Rete d'Offerta, Qualità e Piano Controlli	EROGATORI

Tipologia obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte		
						Interne	Esterne	
OBIETTIVO STRATEGICO	Omogeneizzazione dei sistemi informativi aziendali	Governo e sicurezza dei sistemi informativi	<p>Evoluzione dei Sistemi informativi, in modo condiviso e coordinato con gli Enti sanitari lombardi, garantendo la sicurezza informatica, delle informazione e la protezione dei dati.</p> <p>n. azioni attuate/ n. azioni programmate =>80% (anno)</p>	2020-2022	<p>UOC Sistemi Informatici Aziendali</p> <p>UOC Sistemi Informativi e DWH</p> <p>Team della Sicurezza</p>	Unità Organizzative secondo competenza	//	
	Governo degli indicatori in ambito di assistenza ospedaliera, attività di prevenzione e assistenza distrettuale	Monitoraggio LEA - Nuovo Sistema di Garanzia	<p>Produzione report periodici di monitoraggio</p> <p>n. report prodotti / n. report richiesti = 100%</p>	2020	Direttori Dipartimento / Responsabili UO (secondo competenza)	Unità Organizzative secondo competenza	//	
	Governance del farmaco	Percorso di semplificazione per il ritiro dei farmaci senza il promemoria	Attuazione della programmazione regionale	<p>n. azioni attuate / n. azioni richieste = 100%</p>	2019	Dipartimento Cure Primarie	UOC Servizio Farmaceutico	ATS Bergamo Farmacie
		Sviluppo della Farmacia dei Servizi	Attuazione della programmazione regionale	<p>n. azioni attuate / n. azioni richieste = 100%</p>	2020-2022	Dipartimento Cure Primarie	UOC Servizio Farmaceutico	Farmacie

Tipologia obiettivo	Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Tempistica	Responsabile	Risorse coinvolte	
						Interne	Esterne
OBIETTIVO STRATEGICO	Prevenzione, Promozione e Tutela della Salute	Prevenzione dei rischi per la salute della collettività e promozione della salute e dei fattori di rischio comportamentali	Attuazione del piano annuale integrato dei controlli e del piano integrato locale di promozione della salute Raggiungimento degli standard di risultato previsti dalla programmazione regionale annuale = 100% (anno)	2020-2022	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Unità Organizzative secondo competenza	Autorità Competenti
	Prevenzione Veterinaria e Sicurezza degli alimenti di origine animale	Prevenzione veterinaria per la tutela della salute pubblica e per il sostegno all'economia di settore	Attuazione del piano annuale integrato di prevenzione veterinaria Raggiungimento degli standard di risultato previsti dalla programmazione regionale annuale = 100% (anno)	2020-2022	Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale	Unità Organizzative secondo competenza	Autorità Competenti
	Prevenzione della corruzione / trasparenza	Attuazione Legge n. 190/2012 e Decreti attuativi	Attuazione delle misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) 2020-2022 n. misure attuate / n. misure programmate >= 80% (anno)	2020-2022	R.PCT	Unità Organizzative secondo competenza	//