



Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Verbale n. 14 del 08.06.2023

per NVP:

- | | |
|---------------------------------|------------|
| - Stefano Mazzocchi | Presidente |
| - Paola Larotonda | Componente |
| - Roberto Lino Giuseppe Comazzi | Componente |

per ATS Brianza:

- Roberta Zanzi – Responsabile SS Programmazione e controllo di gestione
- Paolo Civillini - Responsabile SS Controlli interni, gestione qualità e risk management
- Francesca Inviti – verbalizzante

ORDINE DEL GIORNO:

1. Presentazione Relazione sulla Performance anno 2022;
2. Varie ed eventuali.

Alle ore 14.30 si riunisce il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni di ATS della Brianza da remoto.

I componenti il NVP salutano i presenti e iniziano con la trattazione del 1° punto all'O.d.G.

La dottoressa Zanzi, responsabile della SS Programmazione e controllo di gestione, illustra la relazione sulla Performance anno 2022, anticipata al Nucleo tramite la segreteria in data 30/05, che sarà approvata entro fine mese dalla Direzione di ATS con decreto del Direttore Generale.

Inizia il suo intervento precisando che la relazione è stata predisposta in continuità con quanto fatto dal dottor Civillini negli anni precedenti.

Prosegue illustrando la relazione, in particolare mettendo in evidenza le modifiche intercorse nell'anno 2022: nuovo Piano di Organizzazione, passaggio del Dipartimento Cure Primarie alle ASST, diminuzione dell'incidenza dell'emergenza Covid sull'attività di ATS. Continua presentando gli obiettivi previsti nel Piano, gli stessi sono già stati presentati al Nucleo in quanto obiettivi inseriti nel documento di programmazione anno 2022.

Per la sezione "Performance", passa la parola al dottor Civillini. Il dottore presenta gli indicatori relativi alla dimensione performance.

Il nucleo, rispetto ai singoli indicatori, al prossimo incontro in presenza chiederà di avere una estrazione su base campionaria. Chiede inoltre se viene effettuata una valutazione quali/quantitativa degli stessi.

Il dottor Civillini precisa che la valutazione è effettuata indirettamente dall'ente di certificazione durante l'audit in quanto il monitoraggio dei processi è un punto della ISO oggetto di verifica.

Il nucleo valida il documento presentato dall'Agenzia in data odierna, lo stesso è parte integrante del presente verbale; inoltre chiede che una volta approvato dalla Direzione, venga loro inviato per il tramite della segreteria.

Il Nucleo delibera di convocarsi in presenza presso la sede di Monza per il giorno 13 luglio 2023 dalle ore 15.00.

La seduta viene chiusa alle ore 16:00.

Monza, 08.06.2023

✓ *Roberto Lino Giuseppe Comazzi* *firmato*

✓ *Stefano Mazzocchi* *firmato*

✓ *Paola Larotonda* *firmato*

Il verbalizzante

✓ *Francesca Involi* *firmato*

Intervenuti

✓ *Roberta Zanzi* *firmato*

✓ *Paolo Civillini* *firmato*

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022

DOCUMENTO DI PROPRIETA' DELLA ATS DELLA BRIANZA

Sommario

| | |
|---|-----------|
| PREMESSA | 4 |
| 1. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE DELL' ATS DELLA BRIANZA | 5 |
| 1.1. L'impatto dell'emergenza covid-19 e dell'emergenza profughi dall'Ucraina sull'ATS Brianza | 5 |
| 1.2. Le modifiche dell'assetto organizzativo | 7 |
| 1.3. Le risorse umane | 9 |
| 1.4. Le risorse economiche | 9 |
| 2. GLI IMPEGNI STRATEGICI DI VALORE PUBBLICO..... | 10 |
| 2.1 Presa in carico del paziente cronico da parte delle organizzazioni multi professionali della medicina generale | 11 |
| 2.2. Disabilità: integrazione nell'accesso ai servizi | 11 |
| 2.3 Rendiamo più sicuri i prodotti alimentari a base di latte crudo..... | 11 |
| 2.4 Acqua pulita, salubre e sicura come diritto umano universale..... | 12 |
| 2.5 Impariamo insieme dagli animali | 13 |
| 3 GLI IMPEGNI STRATEGICI DI VALORE ORGANIZZATIVO | 13 |
| 3.1 La reingegnerizzazione e la semplificazione dei processi | 13 |
| 3.2 La piena accessibilità dell'amministrazione | 14 |
| 3.3 La promozione delle pari opportunità e della cultura di genere..... | 14 |
| 3.4 La qualità aziendale | 15 |
| 3.5 Metodologie innovative per l'analisi del bisogno ai fini della programmazione delle attività del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria..... | 15 |
| 3.6 Il fenomeno corruttivo: prevenzione e contrasto | 16 |
| 3.7 La trasparenza: da mero principio di attività a mezzo per raggiungere un fine | 16 |
| 3.8 Il reclutamento: piano triennale del fabbisogno del personale..... | 17 |
| 3.9 Valorizziamo le nostre risorse interne: la formazione | 17 |
| 3.10 L'organizzazione del lavoro: sviluppiamo il lavoro agile nell'ATS Brianza | 18 |
| 3.11 La soddisfazione degli utenti | 18 |
| 4 LA PERFORMANCE | 19 |
| 4.1 Le dimensioni della performance | 19 |
| 4.2 Le dimensioni della performance rilevate | 19 |
| 4.2.1 L'efficacia interna della programmazione ATS | 20 |
| 4.2.2 L'efficacia interna dei processi produttivi ATS..... | 21 |
| 4.2.3 L'efficacia esterna dell'attività dell'ATS sui propri portatori d'interesse..... | 22 |
| 4.2.4 L'efficacia esterna – impatto sui bisogni..... | 22 |
| 4.2.5 La propensione alla qualità dell'ATS | 23 |
| 4.2.6 La conformità dei processi produttivi dell'ATS | 24 |
| 4.2.7 La tempestività dei processi produttivi dell'ATS..... | 24 |
| 4.2.8 I costi pro capite dell'ATS..... | 25 |
| 4.2.9 L'equità dei processi produttivi dell'ATS..... | 25 |
| 4.2.10 Il rischio complessivo | 26 |
| 4.2.11 La soddisfazione dei clienti | 26 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2.12 La trasparenza..... | 27 |
| 4.2.13 Parità di genere..... | 28 |
| 4.3 LA “PERFORMANCE” DELL’ATS | 28 |
| 5 GLI “INDICATORI COMUNI” PROPOSTI DAL MINISTERO DELLA FUNZIONE PUBBLICA PER MISURARE LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DEGLI ENTI PUBBLICI..... | 29 |
| GLI ALLEGATI..... | 31 |
| <i>allegato A: le dimensioni suggerite dall’OIV regionale</i> | <i>31</i> |
| <i>Allegato B: l’evoluzione del sistema degli indicatori dell’ATS Brianza</i> | <i>31</i> |
| <i>allegato 1: gli indicatori per l’analisi della “efficacia interna dei processi produttivi ATS”</i> | <i>31</i> |
| <i>allegato 2: gli indicatori per l’analisi della “efficacia esterna delle attività ATS”</i> | <i>37</i> |
| <i>allegato 3: gli indicatori per l’analisi della “efficacia esterna (cd impatto sui bisogni) delle attività ATS”</i> | <i>41</i> |
| <i>allegato 4: gli elementi rilevati per determinare la “propensione alla qualità” dell’ATS.....</i> | <i>45</i> |
| <i>allegato 5: gli indicatori per l’analisi della “conformità dei processi produttivi ATS”</i> | <i>46</i> |
| <i>allegato 6: gli indicatori per l’analisi della “tempestività dei processi produttivi ATS”</i> | <i>50</i> |
| <i>allegato 7: i dati analitici della spesa pro capite dell’ATS</i> | <i>54</i> |
| <i>allegato 8: l’equità dei processi produttivi dell’ATS.....</i> | <i>55</i> |
| <i>allegato 9: gli indicatori di analisi della “PERFORMANCE ATS”</i> | <i>57</i> |
| <i>allegato 10: gli “indicatori comuni”</i> | <i>58</i> |

PREMESSA

Il D.Lgs 150/2009, così come modificato dal D.Lgs 74/2017, pone a carico di tutte le amministrazioni pubbliche l'obbligo di:

1. avviare dei "cicli di gestione della performance" (pianificazione – misurazione - valutazione – monitoraggio – rendicontazione) e ribadisce la necessità di collegare il "sistema incentivante" ad un "sistema di programmazione per obiettivi";
2. predisporre annualmente due documenti rispettivamente denominati:
 - a) "piano della performance" (documento di pianificazione da predisporre entro il 31 gennaio di ogni anno) contenente:
 - gli impegni strategici tendenzialmente triennali e la loro articolazione in impegni operativi annuali, per ognuno dei quali devono essere definiti specifici indicatori finalizzati alla loro misurazione, verifica e valutazione;
 - le dimensioni e gli indicatori previsti per la misurazione e la valutazione della performance complessiva aziendale;
 - b) "relazione sulla performance" (documento di rendicontazione da predisporre entro il 30 giugno di ogni anno) contenente i risultati raggiunti nell'anno precedente.

Gli artt. 6 e 10 , del D.L. n. 150 del 27 ottobre 2009 prevedono che il Nucleo di Valutazione verifichi l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi e che entro il 30 giugno venga redatta la Relazione annuale sulla performance, che e' approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, validata dal Nucleo di Valutazione e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 così come convertito con L n. 113 del 6 agosto 2021 e ss.mm.ii ha posto a carico delle ATS, in quanto amministrazioni pubbliche di cui all'art 1, c. 2 del D.LGS n. 165 del 30 marzo 2001, l'obbligo di adottare annualmente il "piano integrato di attività ed organizzazione" (PIAO);

Con il DPCM n. 132 del 30 giugno 2022 si dispone che *"le pubbliche amministrazioni conformano il Piano integrato di attività e organizzazione alla struttura e alle modalità redazionali indicate nel presente decreto, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del presente decreto"*; Tale allegato al punto 4 "Monitoraggio" definisce le modalità per il monitoraggio del PIAO e precisa che il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance" avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett.b) del decreto legislativo n.150 del 2009.

1. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE DELL' ATS DELLA BRIANZA

Al fine di attuare quanto indicato nel precedente paragrafo, l'ATS Brianza¹ ha:

- adottato il "Piano integrato di attività e di organizzazione 2022-2024" con decreto n. 132 del 27 aprile 2022 definendo gli impegni strategici dell'ATS Brianza ;
- approvato il "**documento di budget**² Obiettivi delle Unità Organizzative ATS 2022" con decreto ATS Brianza n. 82 del 10 marzo 2022 declinando gli impegni strategici in specifici obiettivi annuali e attribuendo a singole unità organizzative aziendali la responsabilità del loro perseguimento e realizzazione;
- effettuato la verifica/valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi ("ordinari") 2022, formalizzandone gli esiti nel documento denominato "Obiettivi 2022: verifica e valutazione finale - 31 dicembre 2022";
- predisposto la presente relazione in cui sono riportati i "risultati ottenuti" rispetto agli impegni strategici/operativi previsti e perseguiti nel 2022 e gli esiti delle analisi delle dimensioni indagate.

Il presente documento ha lo scopo di illustrare ai cittadini e a tutti gli stakeholders i risultati di performance ottenuti nel 2022, rispetto alla declinazione degli obiettivi contenuti nel PIAO 2022-2024 dell'ATS Brianza.

Prima di analizzare i risultati ottenuti si evidenziano nei paragrafi che seguono gli accadimenti di rilievo riferiti all'esercizio 2022.

1.1. L'impatto dell'emergenza covid-19 e dell'emergenza profughi dall'Ucraina sull'ATS Brianza

L'impatto che l'emergenza "covid-19" ha avuto nel 2022 sulla realtà organizzativa dell'ATS Brianza si è sensibilmente ridotto rispetto al 2021. La percentuale di assorbimento di ore lavorate è scesa dal 37,66% del 2021 al 12,41% nel 2022.

A partire dal mese di Marzo 2022 è subentrata l'emergenza profughi dall'Ucraina, il cui impatto sull'attività complessiva dell'Agenzia è stato piuttosto contenuto assorbendo lo 0,65% delle ore lavorate in ATS Brianza.

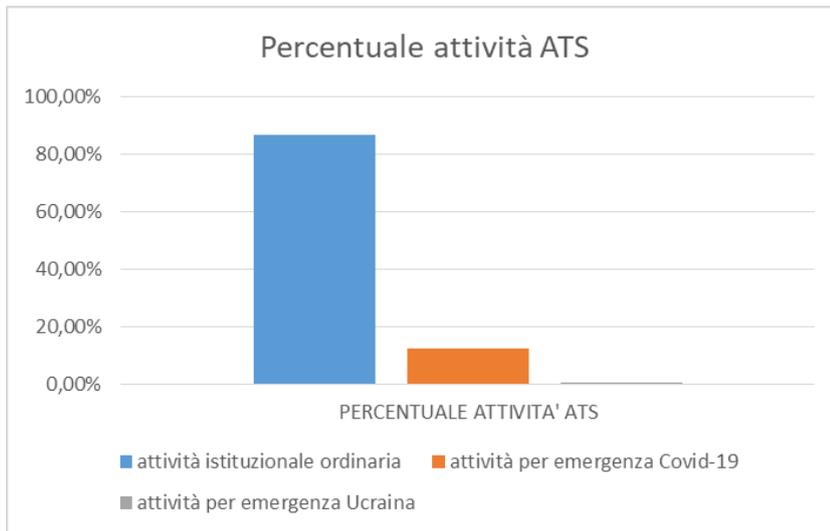
I dati sono rappresentati nelle tabelle e grafici qui di seguito riportati, su base annuale e su base mensile:

BASE ANNUALE

| ATTIVITA' | PERCENTUALE ATTIVITA' |
|----------------------------------|-----------------------|
| attività istituzionale ordinaria | 86,94% |
| attività per emergenza Covid-19 | 12,41% |
| attività per emergenza Ucraina | 0,65% |
| Totale complessivo | 100,00% |

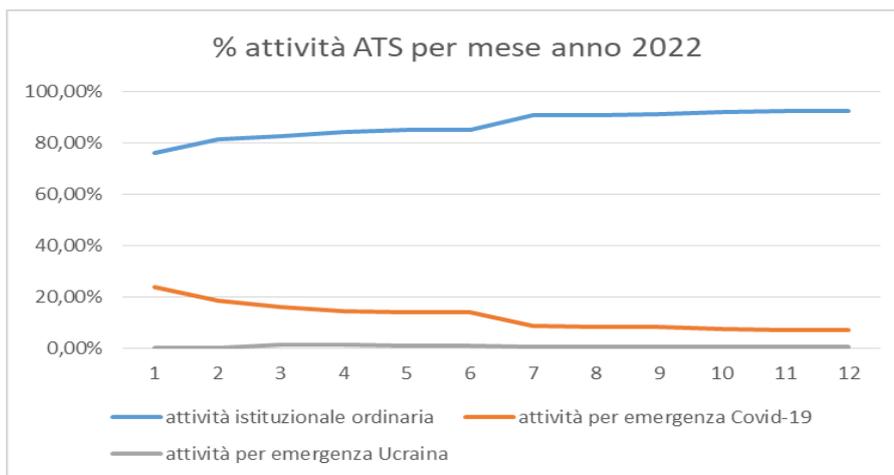
¹ Costituita con DGR n. X/4466 del 10/12/2015 a partire dal 1/1/2016 in attuazione della L.R. 23/2015.

² Il Documento di Budget comprende oltre agli obiettivi annuali derivanti dalla declinazione degli impegni strategici definiti dal "PIAO" anche quelli derivanti dalla declinazione degli obiettivi che sono, con tempistiche differenti, posti dalla Regione Lombardia al Direttore Generale dell'ATS. Allo stato attuale gli obiettivi annuali costituiscono la cerniera tra la programmazione aziendale strategica (piano della performance) ed il sistema incentivante.



BASE MENSILE

| ATTIVITA' | MESI | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| attività istituzionale ordinaria | 76,03% | 81,59% | 82,59% | 84,35% | 85,05% | 85,04% | 90,89% | 90,91% | 91,19% | 92,23% | 92,33% | 92,48% |
| attività per emergenza Covid-19 | 23,97% | 18,41% | 15,98% | 14,47% | 14,06% | 14,03% | 8,51% | 8,43% | 8,21% | 7,28% | 7,20% | 7,06% |
| attività per emergenza Ucraina | 0,00% | 0,00% | 1,43% | 1,18% | 0,89% | 0,93% | 0,60% | 0,66% | 0,60% | 0,49% | 0,47% | 0,46% |
| Totale complessivo | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |



Le principali attività erogate per la gestione dell'emergenza "covid-19", in conseguenza delle ore lavorate sono state:

- call center informazioni covid-19;
- indagini epidemiologiche e messa in sorveglianza casi e contatti covid-19;
- supporto alla attività di gestione dell'epidemia nelle diverse Unità d'Offerta Sanitaria e Socio-Sanitaria del territorio;
- supporto strutture scolastiche nelle attività di segnalazione casi scolastici;
- attività di governance e monitoraggio della campagna vaccinale covid-19 per il raggiungimento degli obiettivi del piano vaccinale anticovid 19 definito da Regione Lombardia;
- prosecuzione del monitoraggio delle segnalazioni di sindromi influenzali da parte di medici sentinella su piattaforma dedicata dell'ISS;
- presa in carico ADI pazienti con covid-19;
- gestione dell'attività finalizzata all'accoglienza in isolamento di pazienti positivi al covid-19;

-gestione del Piano di contrasto al covid-19 (vaccinazioni e tamponi).

Le principali attività erogate per la gestione dell'emergenza profughi dall'Ucraina, in conseguenza delle ore lavorate sono state:

-partecipazione a riunioni periodiche indette dalle Prefetture competenti e gli altri soggetti istituzionali coinvolti;

-istituzione di un flusso informativo su casella di posta elettronica dedicata agli enti locali per ricevere i dati anagrafici dei profughi sulla base delle dichiarazioni di ospitalità;

-generazione di un applicativo informatico per la registrazione dei dati anagrafici dei soggetti segnalati, invio di SMS con invito alla presentazione presso le strutture sanitarie territoriali dedicate, generazione reportistica giornaliera per la Direzione Strategica, estrazione del flusso informativo per alimentare l'applicativo regionale Accoglienza Rifugiati - gestionemigranti.servizirl.it;

-gestione di 1502 comunicazioni da enti locali e registrazione di 5219 profughi provenienti dall'Ucraina;

-supporto telefonico ed in presenza all'utenza in merito alle modalità operative di gestione dell'emergenza;

-predisposizione di note informative per i medici di assistenza primaria;

-collaborazione con le ASST del territorio per il rilascio dei codici STP (stranieri temporaneamente presenti) e gestione degli hotspot emergenza Ucraina e, nella seconda fase dell'emergenza, per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale dei profughi dall'Ucraina;

-controlli sanitari, assistenza sanitaria (visite, vaccinazioni, eventuali terapie, applicazione microchip) e rilascio documentazione sanitaria post regolarizzazione per gli animali di affezione appartenenti ai profughi;

-tempestiva informazione nei confronti degli Erogatori sanitari e sociosanitari nella fase di emergenza riguardante i migranti ucraini, attraverso la trasmissione delle indicazioni regionali e delle autorità competenti e il supporto agli Enti per la corretta gestione delle problematiche legate allo stato emergenziale, con particolare riguardo ai codici esenzione, alla gestione dei minori e delle vaccinazioni;

-gestione dell'inserimento dei profughi in strutture di sorveglianza covid-19 e in strutture sociosanitarie e sociali

1.2 Le modifiche dell'assetto organizzativo

La Regione Lombardia con la LR 14 dicembre 2021 n. 22 – modificando la LR 30 dicembre 2009 n. 33 – ha approvato la riforma del sistema sanitario regionale e ha conseguentemente ridisegnato il ruolo delle ATS all'interno dello stesso, prevedendo anche il trasferimento di alcune delle sue competenze alle ASST.

Con decreto di ATS Brianza n. 174 del 26/05/2022 è stato approvato il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, asserito con DGR 6807 del 2 agosto 2022, che ha modificato l'assetto organizzativo dell'Agenzia. Il modello organizzativo è dipartimentale, prevede 5 dipartimenti, ed è riassunto nello schema che segue

1.3 Le risorse umane

I dipendenti dell’Agenzia al 31/12/2022 sono pari a 606 unità.

| CATEGORIA | RUOLO | NUMERO UNITA' AL 31/12/2021 | NUMERO UNITA' AL 31/12/2022 |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| COMPARTO | AMMINISTRATIVO Comparto | 225 | 227 |
| | SANITARIO Comparto | 184 | 182 |
| | TECNICO Comparto | 57 | 55 |
| COMPARTO Totale | | 466 | 464 |
| DIRIGENZA | AMMINISTRATIVO Dirigenza | 19 | 18 |
| | PROFESSIONALE Dirigenza | 7 | 7 |
| | SANITARIO Dirigenza Medica | 90 | 88 |
| | SANITARIO Dirigenza non Medica | 20 | 25 |
| | TECNICO Dirigenza | 6 | 4 |
| DIRIGENZA Totale | | 142 | 142 |
| Totale complessivo | | 608 | 606 |

1.4 Le risorse economiche

La tabella sotto riportata rappresenta la variazione in valore assoluto delle risorse economiche disponibili per il 2021 (bilancio consuntivo v2) e per il 2022 (bilancio consuntivo v1). Si rileva un incremento in valore assoluto di 75.969.721 euro pari a +4,42% (dati estratti dal modello SKATS).

| Cod. | Voce | Valore Netto al 31/12/2021 | Valore Netto al 31/12/2022 | Variazione |
|------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| | | A | B | (B-A) |
| ASLR01 | Quota Capitaria | 1.440.961.265 | 1.440.747.564 | - 213.701 |
| ASSIR01 | Ricavi ASSI | | | |
| ASLR02 | Funzioni non tariffate | 901.643 | 879.370 | - 22.273 |
| ASLR03 | F.do maggiori consumi DRG | - | - | - |
| ASLR04 | F.do maggiori consumi AMBU | - | - | - |
| ASLR05 | Utilizzi contributi esercizi precedenti | 4.097.929 | 22.107.315 | 18.009.386 |
| ASLR06 | Altri contributi e fondi da Regione (al netto rettifiche) | 235.016.396 | 262.168.340 | 27.151.944 |
| ASLR07 | Altri contributi (al netto rettifiche) | 4.556.199 | 5.762.030 | 1.205.831 |
| ASLR08 | Entrate proprie | 4.033.130 | 5.472.092 | 1.438.962 |
| ASLR09 | Libera professione (art. 55 CCNL) | 10.526 | 3.146 | - 7.380 |
| ASLR10 | Prestazioni S.S.R. | - | - | - |
| ASLR11 | Proventi finanziari e straordinari | 8.504.566 | 44.109.666 | 35.605.100 |
| ASLR13 | Ricavi da prestazioni sanitarie | - | - | - |
| R_MOB_A_PR | Mobilità attiva privati | 19.983.625 | 12.693.973 | - 7.289.652 |
| R_MOB_I | Mobilità internazionale | 284.787 | 376.291 | 91.504 |
| | Totale Ricavi (al netto capitalizzati) | 1.718.350.066 | 1.794.319.787 | 75.969.721 |

2. GLI IMPEGNI STRATEGICI DI VALORE PUBBLICO

Gli impegni strategici possono essere classificati in due categorie:

- “di valore pubblico” - cioè impegni che sono rivolti prevalentemente ai propri utenti, producendo per questi degli impatti positivi (outcome);
- “di valore organizzativo” – cioè impegni che sono rivolti prevalentemente verso l’organizzazione interna e i processi, determinando output aziendali.

Il “Piano integrato di attività e di organizzazione 2022-2024” ha individuato 5 impegni strategici di valore pubblico e 11 impegni strategici di valore organizzativo articolati in impegni operativi annuali provvisti di specifici indicatori di risultato; per ciascun indicatore strategico di valore pubblico è stato definito anche un indicatore di impatto.

I contenuti di tali impegni strategici sono riepilogati nella tabella che segue:

| VALORE | GLI IMPEGNI STRATEGICI TRIENNALI |
|---------------|---|
| pubblico | presa in carico del paziente cronico da parte delle organizzazioni multiprofessionali della medicina generale |
| pubblico | disabilità: integrazione nell'accesso ai servizi |
| pubblico | rendiamo più sicuri i prodotti alimentari a base di latte crudo |
| pubblico | acqua pulita, salubre e sicura come diritto umano universale |
| pubblico | impariamo insieme agli animali |
| organizzativo | la reingegnerizzazione e la semplificazione dei processi |
| organizzativo | la piena accessibilità dell'amministrazione |
| organizzativo | promozione delle pari opportunità e della cultura di genere |
| organizzativo | la qualità aziendale |
| organizzativo | il fenomeno corruttivo: prevenzione e contrasto |
| organizzativo | la trasparenza da mero principio di attività a mezzo per raggiungere un fine |
| organizzativo | piano triennale del fabbisogno del personale |
| organizzativo | valorizziamo le nostre risorse interne: la formazione |
| organizzativo | rileviamo la soddisfazione degli utenti dei servizi offerti da ATS Brianza |
| organizzativo | l'organizzazione del lavoro: il lavoro agile |
| organizzativo | la soddisfazione degli utenti |

2.1 Presa in carico del paziente cronico da parte delle organizzazioni multi professionali della medicina generale

Nel corso del 2022 non si è data continuità all'obiettivo strategico in ragione delle determinazioni regionali conseguenti al nuovo assetto organizzativo disegnato con la legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale (LR 14 dicembre 2021 n. 22) che prevede il passaggio del Dipartimento Cure Primarie alle ASST del territorio.

2.2 Disabilità: integrazione nell'accesso ai servizi

| | |
|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | disabilità: integrazione nell'accesso ai servizi |
| il contesto | La rete d'offerta sociosanitaria a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, spesso in condizioni di fragilità, è ricca ed articolata. E' necessario superare la frammentarietà delle risposte ai bisogni al fine di strutturare percorsi integrati per le diverse fasi della vita. L'ATS, attraverso le proprie funzioni, promuove e migliora la qualità e l'appropriatezza degli interventi, governa le modalità di accesso ai servizi in un'ottica di continuità di presa in carico anche attraverso la collaborazione e integrazione con gli altri soggetti della rete. La conoscenza della rete d'offerta, della tipologia dei servizi e la sperimentazione del governo della lista d'attesa per l'accesso alle UdO, a partire da quelle dell'area disabilità (CDD, RSD, CSS) permette di identificare risposte più efficaci ed efficienti alle domande dei cittadini e, in prospettiva, modalità di accesso trasparenti, appropriate e tempestive in tutte le UdO sociosanitarie. |
| descrizione dell'impegno strategico | promuovere un nuovo applicativo web per la gestione delle liste di attesa delle Unità d'Offerta sociosanitarie dell'area disabilità (cdd,rsd,css) presenti nel territorio di ATS Brianza |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|------------------------|--|--|---|
| struttura responsabile | programmazione e integrazione territoriale | | |
| descrizione | | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | sperimentare con alcune udo l'utilizzo dell'applicativo web e assicurare l'informazione a tutte le UdO coinvolte | [udo da coinvolgere ≥ 3 = si → p 50 + informative inviate/da inviare (x) *100 = 100% → p 50] = 100 punti | Effettuato incontro interno per avvio sperimentazione in data 15/09/2022. Predisposto applicativo web.Coinvolte n. 3 udo, inviate n.3 informative (su n. 3 da inviare) |
| COMMENTO | Le attività previste per il 2022 sono state effettuate: è stato predisposto l'applicativo web per la gestione delle liste d'attesa ed è stata avviata la sperimentazione per il suo utilizzo grazie alla collaborazione di n.3 RSD del territorio. Le RSD sono state informate e sono stati effettuati incontri per la presentazione e gestione dello strumento. L'impegno proseguirà per il prossimo triennio: la prossima annualità (2023), dopo una fase di check per verificare gli esiti della sperimentazione, vedrà l'estensione dell'utilizzo dell'applicativo a tutte le udo coinvolte. | | |

Nel 2022 l'obiettivo è stato realizzato come descritto nel SAL al 31/12/2022. L'indicatore di impatto ((numero unità di offerta che utilizzano l'applicativo web/numero unità di offerta totali(x)) prevede, al termine del progetto nel 2025, un target del 100%.

2.3 Rendiamo più sicuri i prodotti alimentari a base di latte crudo

| | |
|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | rendiamo più sicuri i prodotti alimentari a base di latte crudo |
| il contesto | L'attività ispettiva e di campionamento svolta da parte del Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche ha evidenziato la presenza, in casi sporadici e limitati, di Escherichia Coli Verocitotossico o produttore di tossine Shiga-like (da cui VT o ST E. Coli = VTEC o STEC) nei Prodotti a Base di Latte (PBL) crudo; tale batterio in casi eccezionali e su consumatori particolarmente sensibili (affetti da gravi patologie, immunodepressi, ecc.) può determinare quadri clinici di notevole severità (colite emorragica, Sindrome Emorragica Uremica – SEU). Fino ad oggi, anche per carenza di normativa specifica, non sono state effettuate ricerche sistematiche sulla presenza di tale batterio e quindi sul rischio potenziale per la salute dei consumatori. |
| descrizione dell'impegno strategico | riduzione del rischio sanitario dato dalla presenza di "coli stec" nei prodotti a base di latte (pbl) ottenuti da latte crudo |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| struttura responsabile | Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche | | |
| descrizione | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | effettuazione di campionamenti di latte in tutte le aziende che producono PBL a latte crudo, successivo prelievo di PBL di tutte le aziende che hanno evidenziato esiti positivi dei campionamenti ed individuazione degli interventi necessari | [aziende campionate/aziende che producono PBL a latte crudo * 100 = 100% → p 35 + aziende campionate/aziende risultate con esito positivo * 100 = 100% → p 35 + aziende con interventi/aziende risultate con esito positivo * 100 = 100% → p 30] = 100 punti | aziende campionate/azienda produttrici PBL crudo 28/28 prelievo PBL crudo/aziende con esito positivo 3/3 interventi/aziende con esito positivo 3/3 |
| COMMENTO | Nell'esercizio 2022 sono state completate le attività previste. | | |

Nel 2022 l'obiettivo è stato realizzato come descritto nel SAL al 31/12/2022. L'indicatore di impatto (numero capi negativizzati/capi risultati positivi) prevede, al termine del progetto nel 2024, un target pari a >50%.

2.4 Acqua pulita, salubre e sicura come diritto umano universale

| | |
|--|---|
| denominazione dell'impegno strategico | acqua pulita, salubre e sicura come diritto umano universale |
| il contesto | Al momento, l'organizzazione del controllo della qualità dell'acqua, distribuita dai gestori degli acquedotti, non include direttamente i cianobatteri, le cianotossine e i colifagi somatici tra i parametri di tipo microbiologico e/o chimico da ricercare nelle acque destinate al consumo umano, se non per pochissimi punti di controllo all'immissione e lungo la rete di distribuzione. La revisione in atto della normativa consente di poter definire dei parametri analitici contestualizzati all'effettivo profilo di rischio dei corpi idrici superficiali, garantendo una più efficace tutela della salute del cittadino consumatore. |
| descrizione dell'impegno strategico | monitorare sostanze e composti classificabili come contaminanti emergenti, quale mitigazione del potenziale rischio per la salute umana, a tutela della qualità e della salubrità dell'acqua da destinare al consumo umano |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| struttura responsabile | dipartimento igiene e prevenzione sanitaria | | |
| descrizione | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | mappatura dei punti di captazione da indagare e relativi punti rete significativi; pianificazione e esecuzione campionamenti ed analisi; relazione sul monitoraggio effettuato e valutazione del rischio associato | [mappatura punti identificati/identificare (1)*100=100% → p 30 + pianificazione, esecuzione campionamenti e analisi eseguiti/eseguire (2)*100=100% → p 30 + relazione monitoraggio e valutazione del rischio (3) (si) → p 40] = 100 punti | mappati i punti di captazione da sottoporre a campionamento; n.62 campionamenti eseguiti/ n.62 da eseguire*100=100% n.248 analisi effettuate/ n.248 richieste*100= 100% relazione monitoraggio e valutazione rischio = SI |
| COMMENTO | Ciò che emerge dai primi dati osservati è che in alcuni punti di captazione e in taluni punti rete sottoposti a controllo, i valori di densità algale correlabili alla presenza di cianobatteri, così come la presenza di colifagi somatici, mettono in evidenza che non a tutti i campionamenti eseguiti è stato possibile associare la massima efficacia dei processi di potabilizzazione messi in atto dal gestore idrico. Difatti, nello specifico, il monitoraggio algale ha evidenziato la presenza di popolazioni di diverse cianofite tossiche nelle acque analizzate, in modo particolare di Pseudoanabena spp, Planktrotrix rubescens, Microcystis botrys e Dolichospermum planctonicum. Tuttavia le quantità di tossine prodotte dalle specie cianofite ritrovate, si sono mostrate inferiori ai limiti di rivelabilità strumentale e quindi ben al di sotto dei valori di parametro che la direttiva 2020/2184, ancora in attesa di essere recepita a livello nazionale, pone a 1,0 µg/l. Quale prospettiva per il proseguo della attuale campagna di monitoraggio, valutata contestualmente la presenza di colifagi somatici, per validare nel futuro l'utilizzo di quest'ultimo parametro quale indicatore di efficacia dei sistemi di trattamento di disinfezione, è opportuno associare la ricerca concomitante di Escherichia coli, di batteri coliformi, di Norovirus o altri contaminanti di natura virale, e vista la probabile formazione di materia organica lungo la distribuzione quantificare anche i trialometani (THMs). | | |

Nel 2022 l'obiettivo è stato realizzato come descritto nel SAL al 31/12/2022. L'indicatore di impatto (n. punti di captazione ritenuti critici attivati/n. punti di captazione ritenuti critici attivabili) prevede, al termine del progetto nel 2023, un target pari a ≥ 85%.

2.5 Impariamo insieme dagli animali

| | |
|--|---|
| denominazione dell'impegno strategico | impariamo insieme agli animali |
| il contesto | Negli ultimi anni si è rilevato un continuo incremento della popolazione degli animali d'affezione nelle case degli italiani: nell'ATS Brianza la popolazione dei cani è aumentata del 4-5% all'anno negli ultimi 5 anni, fino ad arrivare a una concentrazione di un cane ogni 7 abitanti, mentre le segnalazioni di morsicatura hanno avuto un incremento maggiore del 10% all'anno, di cui una quota preoccupante ha coinvolto bambini, con lesioni gravi alla testa, spesso avvenute in contesto domestico, durante il gioco o l'alimentazione o il riposo del cane. E' evidente che esiste un problema di mancata conoscenza della corretta interazione con gli animali, del loro linguaggio, dei loro bisogni e relativo benessere, finalizzato a sfruttare al meglio gli evidenti benefici della convivenza, in particolare con i bambini. Si ritiene pertanto utile realizzare un intervento con finalità di tipo ludico-ricreativo e di socializzazione nelle scuole primarie del territorio di ATS Brianza, con preventivo coinvolgimento degli insegnanti, attraverso il quale promuove il miglioramento della qualità della vita e la corretta interazione uomo-animale. Nelle Attività Assistenti con gli Animali (AAA) la relazione con l'animale costituisce fonte di conoscenza, di stimoli sensoriali ed emozionali; tali attività sono rivolte al singolo individuo o ad un gruppo di individui e promuovono nella comunità il valore dell'interazione uomo animale al fine del reciproco benessere. |
| descrizione dell'impegno strategico | Educare i bambini a riconoscere e rispettare i diritti di tutti gli esseri viventi, conoscere i bisogni degli animali, il loro linguaggio e Imparare ad agire in modo appropriato. La conoscenza ed il rispetto delle regole e dei comportamenti igienici corretti |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|-------------------------------|---|---|---------------------------|
| struttura responsabile | Igiene urbana veterinaria | | |
| descrizione | indicatore | sal al 31/12/2022 | |
| 2022 | Realizzare in 6 scuole primarie tre tipologie di attività/incontri: preliminare con gli insegnanti di presentazione del progetto e di sensibilizzazione sulle problematiche riscontrate ; in orario scolastico Attività Assistita con gli animali di tipo ludico ricreativo con i ragazzi; a distanza di alcuni mesi incontro con gli insegnanti per conoscere il feedback dell'attività effettuata tramite questionari ai ragazzi. | incontri effettuati/da effettuare (18) * 100 = 100% | incontri effettuati 18/18 |
| COMMENTO | Sono state completate le attività previste per l'esercizio 2022. | | |

Nel 2022 l'obiettivo è stato realizzato come descritto nel SAL al 31/12/2022. L'indicatore di impatto (n. scuole coinvolte/n. scuole da coinvolgere pari a n.173) prevede, al termine del progetto nel 2023, un target pari a $\geq 10\%$.

3 GLI IMPEGNI STRATEGICI DI VALORE ORGANIZZATIVO

3.1 La reingegnerizzazione e la semplificazione dei processi

| | |
|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | la reingegnerizzazione e la semplificazione dei processi |
| il contesto | all'interno del dipartimento amministrativo sono stati mappati circa 90 processi. alcuni di questi processi derivano da una tradizione organizzativa che necessita di un ammodernamento. E' già stata definita l'esigenza di reingegnerizzare il processo di produzione dei decreti, si pone quindi la necessità/opportunità di utilizzare le potenzialità della digitalizzazione per renderli più efficaci ed efficienti. |
| descrizione dell'impegno strategico | efficientamento dell'attività delle uo aziendali afferenti al dipartimento amministrativo |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|-------------------------------|--|---|--|
| struttura responsabile | servizi informativi aziendali | | |
| descrizione | indicatore | sal al 31/12/2022 | |
| 2022 | realizzare una anagrafica dei processi da reingegnerizzare all'interno del Dipartimento Amministrativo definendo le sue modalità di gestione e le priorità dei processi da reingegnerizzare e reingegnerizzando il processo di "gestione dell'iter deliberativo" | [anagrafica costruita=si → p 25 + definizione delle modalità di gestione dell'anagrafica=si → p 25 + individuazione priorità = si → p 25 + avvenuta reingegnerizzazione del processo "gestione dell'iter deliberativo"= si →p 25] = 100 punti | anagrafica costruita=si (evidenza mail di risposta) + definizione modalità gestione anagrafica= si + individuazione priorità =si + avvenuta reingegnerizzazione iter deliberativo=si |
| COMMENTO | Sono state realizzate tutte le fasi definite per l'obiettivo | | |

3.2 La piena accessibilità dell'amministrazione

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| denominazione dell'impegno strategico | avviare il percorso di facilitazione dell'accesso ai servizi digitali dell'ats della Brianza per gli ultrasessantacinquenni e i disabili | | |
| il contesto | è stato completato recentemente un percorso di riorganizzazione tecnica del sito dell'agenzia | | |
| descrizione dell'impegno strategico | introduzione delle tecnologie per la navigazione facilitata del sito secondo le indicazioni della normativa e progressivo adattamento dei processi rivolti ai cittadini alle esigenze delle fasce deboli e dei disabili | | |
| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
| struttura responsabile | servizi informativi aziendali | | |
| anno | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | avviare il percorso di facilitazione della digitalizzazione per ultrasessantacinquenni e disabili | tecnologie abilitanti = si 100 punti | installata sul sito ATS AccessiWay tecnologia abilitante |
| COMMENTO | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo al 31/12/2022 con avvenuta installazione sul sito ATS tecnologia Accessiway | | |

Si segnala che l'obiettivo strategico sopra riportato si è concluso alla fine dell'esercizio 2022 in quanto già completamente attuato.

3.3 La promozione delle pari opportunità e della cultura di genere

| | | | |
|--|--|---|--|
| denominazione dell'impegno strategico | promozione delle pari opportunità e della cultura di genere | | |
| il contesto | Tra i compiti propositivi del CUG rientra la predisposizione della programmazione delle azioni positive per favorire l'uguaglianza sul lavoro tra uomini e donne, ed in generale per favorire il benessere dei dipendenti che comporta ricadute positive sul contesto lavorativo e sulla qualità della prestazione nel rispetto dell'interesse pubblico. | | |
| descrizione dell'impegno strategico | Miglioramento del sistema delle pari opportunità nell'ATS Brianza | | |
| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
| struttura responsabile | comitato unico di garanzia | | |
| | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | <p>realizzare le azioni previste per l'annualità in corso e garantire l'invio annuale della relazione sulle pari opportunità nei tempi previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -revisionare il codice di condotta contro le molestie sessuali sul lavoro e la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni di mobbing; -partecipare agli incontri della rete regionale del CUG; -predisporre ed inviare nei tempi previsti la relazione 2022 sulle pari opportunità; -collaborare all'attività di informazione e sensibilizzazione sui compiti CUG; -collaborare all'organizzazione di corsi di formazione sulla comunicazione previsti dal piano di formazione. | [azioni realizzate/previste (5) * 100 ≥ 80% → p 90 + relazione inviata nei tempi = si → p 10] = 100 punti | <p>documento predisposto e pubblicato con decreto numero 473 del 28/12/2022</p> <p>3 incontri partecipati su 3 organizzati (17/03 e 26/05 22/09)</p> <p>relazione inviata in data 30/03/2022 prot 0026519/22</p> <p>Trasmesse quattro comunicazioni via mail: 22/8 e 23/9. 25/11 e 29/12</p> <p>predisposto elenco trimestrale aggiornato con orari edizioni corsi</p> |
| COMMENTO | Sono state effettuate tutte le azioni previste per l'anno 2022. Ad integrazione della sezione informazione e sensibilizzazione sui compiti del CUG è stata alimentata anche la sezione dedicata sulla intranet aziendale. | | |

3.4 La qualità aziendale

| | |
|--|---|
| denominazione dell'impegno strategico | crediamo nella qualità |
| il contesto | nell'ambito del sistema di gestione per la qualità (SGQ) dell'ATS Brianza che coinvolge tutte le sue aree dipartimentali è stato definito e monitorato un indicatore diretto a rilevare a livello di agenzia e di dipartimento la "propensione alla qualità". Esso misura e rapporta tra loro varie dimensioni ritenute significative per il SGQ (es. processi certificati; processi documentati ecc); Nell'ambito della programmazione annuale dell'SGQ sono definite le attività "ordinarie" dirette a garantire la manutenzione e quelle "innovative" dirette a implementare il SGQ. La realizzazione delle attività programmate alimenta il predetto indicatore che, in una scala da 0 a 1, è stato pari nel 2017 a 0,44; 2018 a 0,48; 2019 a 0,58; 2020 a 0,52, nel 2021 pari a 0,53 |
| descrizione dell'impegno strategico | mantenimento dell'indicatore di propensione alla qualità non inferiore a punti 0,50 |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| struttura responsabile | gestione qualità | | |
| anno | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | realizzare le attività ordinarie e innovative definite nella programmazione annuale del sqg | attività realizzate/programmate * 100 ≥ 90% | documenti approvati 58/58 indicatori individuati 8/8 analisi del rischio realizzate 26/26 prodotti individuati 3/3 indagini customer 20/20 rilevazioni esigenze 14/14 |
| COMMENTO | Sono state realizzate tutte le attività programmate | | |

3.5 Metodologie innovative per l'analisi del bisogno ai fini della programmazione delle attività del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria

| | |
|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | metodologie innovative per l'analisi del bisogno ai fini della programmazione delle attività del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria |
| il contesto | ad oggi solo per alcuni processi di vigilanza erogati dalle UO IAN, ISP, PSAL e Impiantistica del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria, vengono utilizzati sistemi codificati (es. IMPRES@- BI) per valutare oggettivamente il contesto ed analizzare il bisogno di salute dei cittadini, dei consumatori, dei lavoratori ai fini della programmazione delle loro attività |
| descrizione dell'impegno strategico | censire, descrivere, sperimentare e mettere a sistema strumenti innovativi per analizzare il contesto territoriale e il bisogno di salute dei cittadini, dei consumatori, dei lavoratori per la programmazione delle attività (es. banche dati, geolocalizzazione, survey) |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|-------------------------------|---|--|---|
| struttura responsabile | dipartimento igiene e prevenzione sanitaria | | |
| anno | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | sperimentare l'utilizzo degli strumenti che saranno individuati per analizzare il contesto territoriale e il bisogno di salute ai fini della programmazione delle attività riguardanti i processi Sp.183, Sp.193, Sp.226, Sp.231 e Sp.234 | [individuazione degli strumenti = si → p 20 + acquisizione (eventuale) degli strumenti = si → p 30 + relazione esiti sperimentazione predisposta/da predisporre (1) * 100 = 100% → p 50] = 100 punti | [individuazione degli strumenti = si → p 20 + adeguamento gestionali specifici con acquisizione (eventuale) degli strumenti = si → p 30 + relazione esiti sperimentazione predisposta/da predisporre (1) * 100 = 100% → p 50] = 100 punti |
| COMMENTO | Sono state realizzate tutte le attività programmate | | |

3.6 Il fenomeno corruttivo: prevenzione e contrasto

| | | | |
|--|--|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | il fenomeno corruttivo: prevenzione e contrasto | | |
| il contesto | L'ATS della Brianza ha implementato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione attraverso le seguenti principali azioni: mappatura processi-individuazione processi inseriti nelle aree di rischio del piano-analisi dei processi-audit-attuazione delle azioni previste dal piano-formazione. Rispetto al contesto esterno, permangono fenomeni corruttivi nel territorio dell'ATS, pertanto l'intenzione del RPC è quella di continuare con l'azione di prevenzione puntando l'attenzione sull' approccio valutativo per una gestione del rischio corruttivo presente nel PNA 2019. Tale scelta deriva anche dal percorso già avviato con un momento formativo nel corso del 2019 che era stato organizzato anche al fine di valutare il nuovo approccio metodologico derivante dalle linee guida PNA 2019 allora in consultazione. Si ritiene quindi necessario rivedere l'approccio per migliorare la qualità delle AdR (Analisi dei Rischi) in modo da poter definire azioni preventive più efficaci | | |
| descrizione dell'impegno strategico | migliorare l'attività di analisi del rischio effettuando nel triennio le Analisi del Rischio dei processi dell'ATS definendo azioni preventive più efficaci | | |
| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
| struttura responsabile | prevenzione della corruzione e trasparenza | | |
| anno | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | realizzazione delle nuove AdR delle successive aree individuate, definizione delle opportune misure preventive risultanti dalla AdR anno precedente e attuazione di quelle individuati nel periodo di competenza | [analisi effettuate / analisi da effettuare (101) * 100 = 100% → p 40 + azioni preventive individuate in ptpc 2022 = si → p 30 + azioni preventive attuate/individuate nel ptpc 2022 * 100 ≥ 90% → p 20 + azioni preventive 2021 verificate/da verificare (5) * 100 = 100% → p 10] = 100 punti | analisi effettuate 101 / analisi da effettuare 101 * 100 = 100% azioni preventive individuate (nr 20) in ptpc 2022 = si azioni preventive attuate (20) /individuate (20) nel ptpc 2022 * 100 = 100% azioni preventive 2021 verificate (5) /da verificare (5) * 100 = 100% |
| COMMENTO | I risultati raggiunti nel corso del 2022 sono soddisfacenti. Le azioni pianificate ed inserite nel piano, comprensive delle 20 preventive definite nel 2021 a seguito delle analisi del rischio condotte, sono state avviate ed attuate. Il nr di processi analizzati afferenti alle aree a rischio è pari a 101. Visti i risultati, si ritiene di confermare la pianificazione 2023/2024. Nel prossimo triennio, verificata la mappatura dei processi alla luce del nuovo piano di organizzazione, si procederà all'analisi dei processi mancanti avendo cura di dare priorità alle aree a rischio; le azioni preventive risultanti dalle analisi 2022 saranno inserite nelle misure preventive e saranno oggetto di monitoraggio. Inoltre sarà effettuata una verifica sulle azioni preventive attuate nel corso del 2022. | | |

3.7 La trasparenza: da mero principio di attività a mezzo per raggiungere un fine

| | | | |
|---|---|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | la trasparenza da mero principio di attività a mezzo per raggiungere un fine | | |
| il contesto | L'ATS della Brianza ha implementato fin dalla sua costituzione nel 2016 il Piano Triennale della trasparenza con scorrimento negli anni successivi. L'esercizio della trasparenza si concretizza con la pubblicazione di dati e documenti sul sito web per garantire l'accesso immediato a queste informazioni da parte di tutti gli stakeholder. Con l'entrata in vigore del nuovo POAS 2022-2024 occorrerà procedere non solo al mantenimento del rispetto dell'aggiornamento tempestivo del sito, così come avvenuto negli anni passati, ma anche all'adeguamento dei riferimenti correlati alla nuova organizzazione. | | |
| descrizione dell'impegno strategico | aggiornamento tempestivo dei dati pubblicati e adeguamento dei riferimenti correlati alla nuova organizzazione. | | |
| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
| struttura responsabile | prevenzione della corruzione e trasparenza | | |
| descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 | |
| assicurare sul sito ATS il tempestivo aggiornamento dei dati pubblicati e l'adeguamento del sistema della "trasparenza amministrativa" alle future indicazioni del legislatore nazionale e regionale comunicando tempestivamente alla Regione Lombardia il rispetto degli obblighi di pubblicazione | [informazioni inserite / previste da normativa (180:180) * 100 = 100% → p 45 + documenti aperti / pubblicati (180:180) * 100 = 100% → p 20 + pagine aggiornate / inserite (35:35) * 100 = 100% → p 20 + relazione inviata a RL / da inviare (1) * 100 = 100% → p 5] = 100 punti | al 31/12/2022 risultano: -inserite 180 informazioni /180 previste da normativa -documenti aperti 180/180 pubblicati -pagine aggiornate direttamente da RPCT 35/35 inserite -al 12/01/2023: predisposta Relazione per Regione | |
| COMMENTO | Nel corso dell'anno 2022 si è proceduto ad effettuare gli adempimenti previsti dalla normativa pubblicando nel sito istituzionale i documenti, le informazioni ed i dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Agenzia al fine di garantire il diritto a chiunque di accedere al sito, nel rispetto dei seguenti requisiti: integrità, completezza, aggiornamento, tempestività, forma "aperta" dei file pubblicati. | | |

3.8 Il reclutamento: piano triennale del fabbisogno del personale

| | | | |
|--|--|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | piano triennale del fabbisogno del personale | | |
| il contesto | Il Piano del fabbisogno del personale è una programmazione attivata e coordinata dalla Regione Lombardia e quello attuale riguarda gli anni 2021 - 2023. L'attuale difficoltà a reperire personale medico e il progresso tecnologico e l'evoluzione continua della normativa europea e nazionale di settore rendono sempre più complesso lo svolgimento delle attività di vigilanza, controllo e valutazione dei rischi. Ciò ha comportato una riflessione su quali figure professionali sia possibile reperire ed inserire, e soprattutto su quali strategie puntare, per raggiungere gli obiettivi di salute e prevenzione propri di questa funzione dell' Agenzia di Tutela della Salute. | | |
| descrizione dell'impegno strategico | la sostituzione del personale cessato e la contestualmente acquisizione di altri profili sulle cessazioni di alcuni dirigenti medici | | |
| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
| struttura responsabile | gestione e sviluppo risorse umane | | |
| anno | descrizione impegno operativo | indicatore | sal ai 31/12/2022 |
| 2022 | provvedere alla sostituzione del personale cessato anche tramite la sostituzione dei dirigenti medici con altri profili professionali | $[\text{num assunti/previsti} * 100 > 40\% \rightarrow \text{p } 20 + \text{costo personale dipendente} < \text{previsto in preventivo} \rightarrow \text{p } 80] = 100$ punti | 69/67 assunti su cessati ; costo IV cet:37.498.311 < prev 2022 :38.107.331 |
| COMMENTO | L'attività programmata nel PTFP 2021-2023 è adeguatamente allineata | | |

3.9 Valorizziamo le nostre risorse interne: la formazione

| | | | |
|--|---|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | formazione: valorizziamo le nostre risorse interne | | |
| il contesto | Dall'analisi di quanto avvenuto soprattutto nell'ultimo biennio dalla quale risulta un ricambio generazionale pari a circa il 12% del totale del personale in servizio, risulta necessario porre l'attenzione, prima di tutto, sulle risorse umane in entrata che necessitano di adeguata formazione. In aggiunta, valorizzare il personale in servizio significa anche il porre particolare attenzione alle figure intermedie, in ATS corrispondenti a coloro che rivestono incarichi di funzione, che rappresentano circa il 7% del personale in servizio, sui quali agire per una formazione che si focalizzi su determinati aspetti propri della posizione ricoperta per uno sviluppo professionale futuro, oltre che al restante personale, compresi i Dirigenti Responsabili per attività di formazione specifica. Da ultimo, occorre garantire un accrescimento ai Dirigenti apicali, prevedendo percorsi formativi di carattere manageriale. | | |
| descrizione dell'impegno strategico | Ampliamento delle conoscenze negli ambiti della alfabetizzazione digitale (cioè acquisizione di nuove metodologie informatiche di lavoro a supporto delle attività quotidiane) e su tematiche specifiche collegate al ruolo ricoperto proposte da strutture dei Dipartimenti di appartenenza. Per il personale appartenente alla Dirigenza, ampliamento delle conoscenze manageriali per arrivare all'accrescimento individuale in funzione dell'ambito d'impiego. | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
| struttura responsabile | formazione e valutazione risorse umane | | |
| descrizione | indicatore | sal ai 31/12/2022 | |
| ampliamento delle conoscenze negli ambiti della: alfabetizzazione digitale (cioè acquisizione di nuove metodologie informatiche di lavoro a supporto delle attività quotidiane) per tutti i dipendenti; del project management e sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali specifiche privilegiando i neoassunti e/o i dipendenti che rivestono posizioni intermedie all'interno dell'ats | $[\text{neo-assunti formati/da formare} * 100 \geq 80\% \rightarrow \text{p } 50 + \text{titolari incarichi di funzione formati /da formare} * 100 \geq 40\% \rightarrow \text{p } 30 + \text{altri dipendenti formati/dipendenti} * 100 \geq 10\% \rightarrow \text{p } 20] = 100$ punti | Al 31/12/2022, la formazione collegata alla descrizione dell'impegno operativo è stata erogata nel modo seguente: 1- neoassunti formati 56 su 68 da formare (83,25%) 2- titolari incarichi di funzione formati 19 su 39 da formare (48,72%) 3- altri dipendenti formati 277 su 602 da formare (46,01%) | |
| COMMENTO | Nel corso dell'anno 2022 si è proceduto ad erogare al personale interessato quanto è stato definito nell'impegno strategico. | | |

3.10 L'organizzazione del lavoro: sviluppiamo il lavoro agile nell'ATS Brianza

| | |
|--|--|
| denominazione dell'impegno strategico | sviluppiamo il lavoro agile nell'ATS Brianza |
| il contesto | Nel corso del 2021, l'ATS si è concentrata sulla predisposizione del regolamento "Applicazione dello smart working (lavoro agile)" area del comparto. A fine 2020 la Funzione Pubblica ha emanato le "Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance" mentre a fine 2021 ha emanato il seguente documento: "Schema di Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche". Alla luce di questi documenti si pone quindi la necessità/opportunità per l'UO Sviluppo Risorse Umane di attivare quanto previsto. |
| descrizione dell'impegno strategico | individuazione e attivazione di modalità lavorative realizzabili da remoto definendo le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti |

| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| struttura responsabile | sviluppo risorse umane | | |
| anno | descrizione impegno operativo | indicatore | sal al 31/12/2022 |
| 2022 | aggiornare il regolamento sul lavoro agile e predisporre la sezione del PIAO riguardante il lavoro agile | [regolamento revisionato=si → p 45 + sezione predisposta =si → p 55] = 100 punti | regolamento aggiornato ID 5022 in santer; predisposta sezione di competenza con una parte legata al lavoro agile nel nuovo documento denominato PIAO |
| COMMENTO | quanto previsto dall'impegno strategico è stato attuato in quanto è stato aggiornato il regolamento "Applicazione dello smart working (lavoro agile)" nel quale sono state definite le modalità di gestione del lavoro agile da parte del personale di ATS. | | |

Si segnala che l'obiettivo strategico sopra riportato si è concluso alla fine dell'esercizio 2022 in quanto già completamente attuato.

3.11 La soddisfazione degli utenti

| denominazione dell'impegno strategico | rileviamo la soddisfazione degli utenti dei servizi offerti da ATS Brianza | | |
|--|---|--|--|
| il contesto | all'interno di ATS Brianza nel corso degli anni sono stati sviluppati e sperimentati diversi strumenti di rilevazione della soddisfazione degli utenti. Gli strumenti esistenti non sono conosciuti a livello di Agenzia e le rilevazioni fatte non sempre portano all'identificazione di azioni di miglioramento condivise | | |
| descrizione dell'impegno strategico | individuazione di azioni di miglioramento dei servizi offerti dall'ATS Brianza a seguito della rilevazione del grado di soddisfazione dei propri utenti | | |
| IMPEGNO OPERATIVO 2022 | | | |
| struttura responsabile | partenariato stakeholder domanda servizi | | |
| descrizione | indicatore | sal al 31/12/2022 | |
| predisporre una anagrafica degli strumenti di rilevazione della soddisfazione degli utenti presenti in ATS Brianza individuando almeno due processi dell'ATS su cui realizzare delle indagini di soddisfazione | [predisposizione anagrafica = si → p 70 + processi individuati ≥ 2 → p 30] = 100 punti | 1. Predisposta anagrafica degli strumenti della soddisfazione degli utenti presenti in ATS Brianza 2. Individuati due processi dell'ATS su cui realizzare delle indagini di soddisfazione nel 2023 entrambe afferenti al Dipartimento Programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali e relative ai processi: "Gestione delle progettualità in area Cure Domiciliari Anziani Gravissime Disabilità e Complessità" e "Raccordo con articolazioni organizzative interne ed esterne ad ATS" | |
| COMMENTO | Sono state realizzate tutte le azioni previste nel 2022. | | |

4 LA PERFORMANCE

4.1 Le dimensioni della performance

Se la *performance* può essere definita come il “risultato o contributo che un soggetto (singolo individuo, organizzazione, unità organizzativa o sistema) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi indirizzati alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’organizzazione è stata costituita”, ne deriva che la “*performance*” non è solo il “risultato ottenuto”, ma anche “come questi risultati sono stati ottenuti”. Da ciò ne consegue che la misurazione/valutazione della “*performance*” non può consistere solo nel verificare il livello di raggiungimento degli impegni strategici/operativi prefissati, ma deve tendere a misurare e valutare tutte quelle dimensioni aziendali la cui valutazione è ritenuta necessaria per poter esprimere una valutazione complessiva della realtà organizzativa indagata; in tal modo la “*performance*” si deve necessariamente sostanziare in una valutazione multidimensionale che si basa sulla rilevazione e rielaborazione dei dati di un insieme di indicatori. Conseguentemente l’ATS Brianza ha:

- definito alcune prime “dimensioni di analisi” (paragrafo 4.2);
- avviato dal 2016 un percorso³ di individuazione degli indicatori necessari per analizzare le diverse dimensioni;
- rilevato i dati necessari per la costruzione degli indicatori indicati nel punto precedente.

Pertanto, l’implementazione delle “dimensioni” analizzate ed il progressivo incremento del numero di indicatori rilevati per poterle analizzare, evidenzia che si è in presenza di un percorso aziendale “in costruzione”.

4.2 Le dimensioni della performance rilevate

A fronte di tutte le potenziali dimensioni⁴ utilizzabili per determinare la performance di una organizzazione, l’ATS Brianza dal 2016 ha avviato un percorso di individuazione e successiva rilevazione di alcune specifiche dimensioni di analisi, come riportato nella seguente tabella:

³ Il percorso è stato realizzato in sinergia con il Sistema di Gestione della Qualità in modo che gli indicatori individuati e monitorati possano supportare da un lato la “valutazione della performance” e contemporaneamente possano assicurare il soddisfacimento di un requisito (9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione) specifico delle ISO UNI EN ISO 9001-2015; rispetto ai risultati raggiunti si veda quanto riportato nell’**allegato B**: *l’evoluzione del sistema degli indicatori dell’ATS Brianza*.

⁴ Al riguardo si veda la “proposta dell’OIV regionale sinteticamente riportata nell’**allegato A**: *le dimensioni suggerite dall’OIV regionale*”

| paragrafo | dimensione | sotto dimensione | contenuto | piano/relazione | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|--|---|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 4.2.1 | efficacia interna | efficacia della programmazione ATS | la "capacità di una organizzazione di raggiungere gli obiettivi definiti in sede di programmazione" | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.2 | efficacia interna | efficacia dei processi produttivi ATS | la "capacità di una organizzazione di raggiungere obiettivi connessi ai propri processi produttivi" | | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.3 | efficacia esterna | efficacia dell'attività ATS sui propri portatori d'interesse | la "capacità di una organizzazione di influenzare con la propria attività il contesto esterno di riferimento" | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.4 | efficacia esterna | impatto sui bisogni | il posizionamento della ATS rispetto agli indicatori pubblicati sul Portale di Governo Regionale (Network delle Regioni sviluppato in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) | | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.5 | qualità dell'organizzazione | propensione alla qualità dell'ATS | la "capacità di una organizzazione di favorire un approccio qualitativo per processi" | ● | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.6 | qualità dell'organizzazione | conformità dei processi produttivi ATS | la "capacità di una organizzazione di realizzare processi in modo conforme a quanto definito dalle procedure di processo" | | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.7 | efficienza interna | tempestività dei processi produttivi ATS | la "capacità di una organizzazione di rispettare la tempistica di realizzazione dei propri processi produttivi" | | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.8 | costi | costi pro capite | la "capacità di una organizzazione di assicurare le prestazioni socio sanitarie previste dalla Regione Lombardia al miglior costo pro capite" | | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 4.2.9 | equità | equità dei processi produttivi ATS | la "capacità di una organizzazione di assicurare per i propri portatori di interesse - sui propri processi produttivi - condizioni eque in fase di accessibilità ed in fase di erogazione" | | | | | ● | ● | ● |
| 4.2.10 | rischio | rischio complessivo | la capacità di un'organizzazione di minimizzare il rischio operativo e procedurale presente nei propri processi produttivi | | | | | ● | ● | ● |
| 4.2.11 | soddisfazione | soddisfazione dei clienti | il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi offerti dall'ATS | | | | | ● | ● | ● |
| 4.2.12 | trasparenza | trasparenza | la "capacità di una organizzazione di pubblicare tempestivamente i dati e le informazioni necessarie al fine di assicurare la trasparenza della sua attività" | | | | | | ● | ● |
| 4.2.13 | parità di genere | parità di genere | la "capacità di una organizzazione di assicurare la parità di genere tra i propri dipendenti" | | | | | | | ● |
| 4.3 | performance ats | performance ats | il raggiungimento delle finalità e degli obiettivi finalizzati alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita | | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

La tabella evidenzia che il percorso è ancora attivo ed in via di implementazione e riporta, per ogni dimensione di analisi, il paragrafo del presente documento in cui sono riportati i dati di sintesi.

Inoltre, al fine di "leggere" in modo univoco e sintetico le varie dimensioni analizzate, l'ATS Brianza ha ipotizzato e rilevato un indicatore sintetico di valutazione complessiva della performance aziendale.

Per concludere, si deve evidenziare che i dati di sintesi di ogni dimensione analizzata nei successivi paragrafi sono stati riportati in forma grafica, evidenziando – in ognuno di essi – l'area dell'indicatore (intervallo da 0 a 100) ed il risultato ottenuto all'interno del predetto intervallo, mentre i dati analitici utilizzati (numeratore e denominatore) sono stati riportati negli allegati specificatamente dettagliati.

4.2.1 L'efficacia interna della programmazione ATS

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di raggiungere gli obiettivi definiti in sede di programmazione".

La dimensione è stata analizzata utilizzando l'esito della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi 2022 effettuata dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni nel 2023.



4.2.2 L'efficacia interna dei processi produttivi ATS

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di raggiungere gli obiettivi connessi ai propri processi produttivi".

La dimensione è stata analizzata attraverso alcuni indicatori specificatamente dettagliati nell'allegato 1: *gli indicatori per l'analisi della "efficacia interna dei processi produttivi ATS"*.



4.2.3 L'efficacia esterna dell'attività dell'ATS sui portatori d'interesse

Questa dimensione osserva la “capacità di una organizzazione di influenzare con la propria attività il contesto esterno di riferimento”.

La dimensione è stata analizzata attraverso alcuni indicatori specificatamente dettagliati nell'**allegato 2**: *gli indicatori per l'analisi della “efficacia esterna delle attività ATS”*.



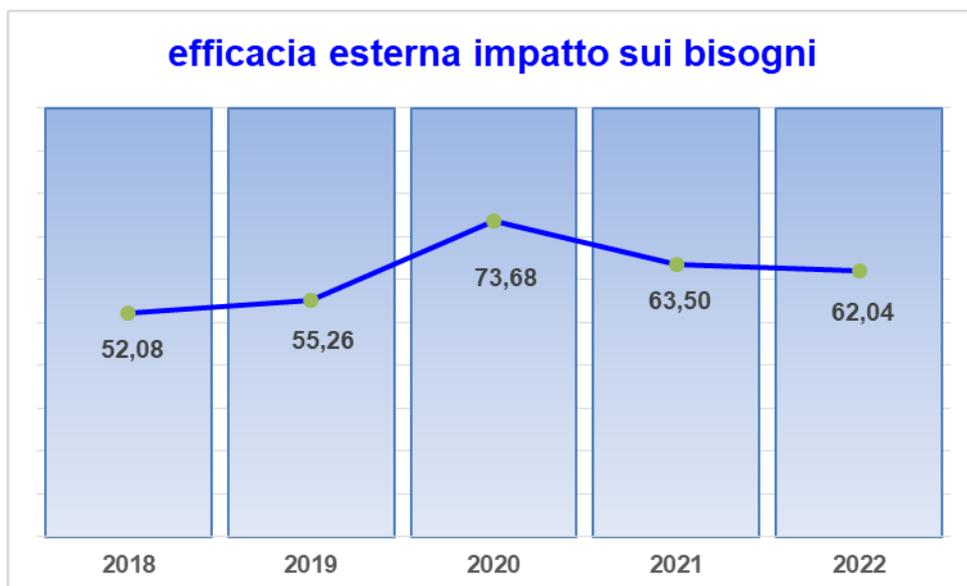
Rispetto a questi indicatori è opportuno evidenziare che in molti casi si tratta di indicatori “per approssimazione”, cioè indicatori che non misurano direttamente l’effetto, l’esito del processo, ma piuttosto delle precondizioni che, se raggiunte, dovrebbero direttamente condizionare l’effetto/esito.

4.2.4 L'efficacia esterna – impatto sui bisogni

Questa dimensione osserva il “posizionamento della ATS Brianza rispetto agli indicatori pubblicati sul Portale di Governo Regionale (Network delle Regioni sviluppato in collaborazione con la Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa)”.

La dimensione è stata analizzata attraverso i predetti indicatori specificatamente dettagliati nell'**allegato 3**: *gli indicatori per l'analisi della “efficacia esterna (cd impatto sui bisogni) delle attività ATS”*.

efficacia esterna impatto sui bisogni



4.2.5 La propensione alla qualità dell'ATS

Questa dimensione osserva la “capacità di una organizzazione di favorire un approccio qualitativo per processi”.

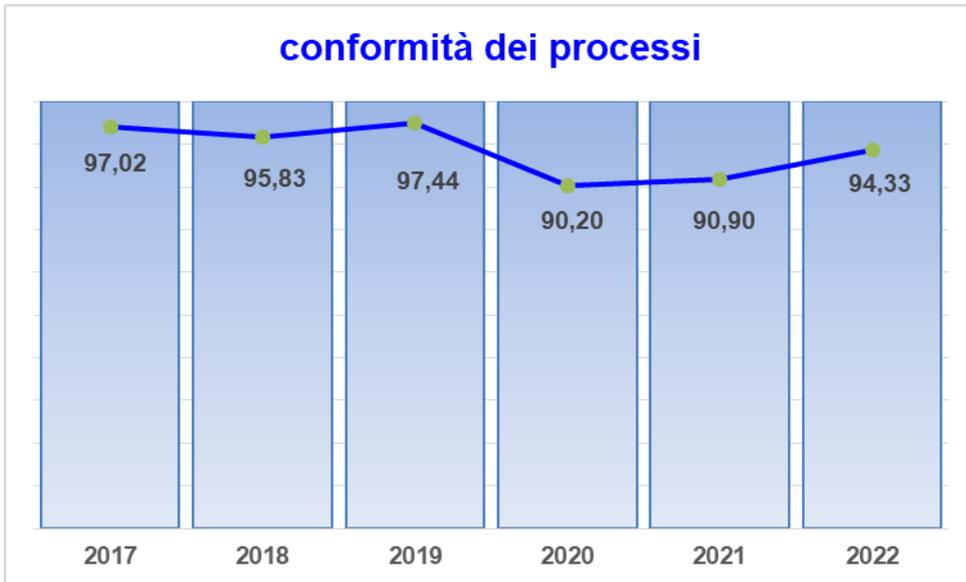
Questa dimensione è stata analizzata attraverso la rilevazione di alcuni elementi/item dettagliati nell'**allegato 4**: *gli elementi rilevati per determinare la “propensione alla qualità” dell'ATS*”.

propensione alla qualità dell'ats



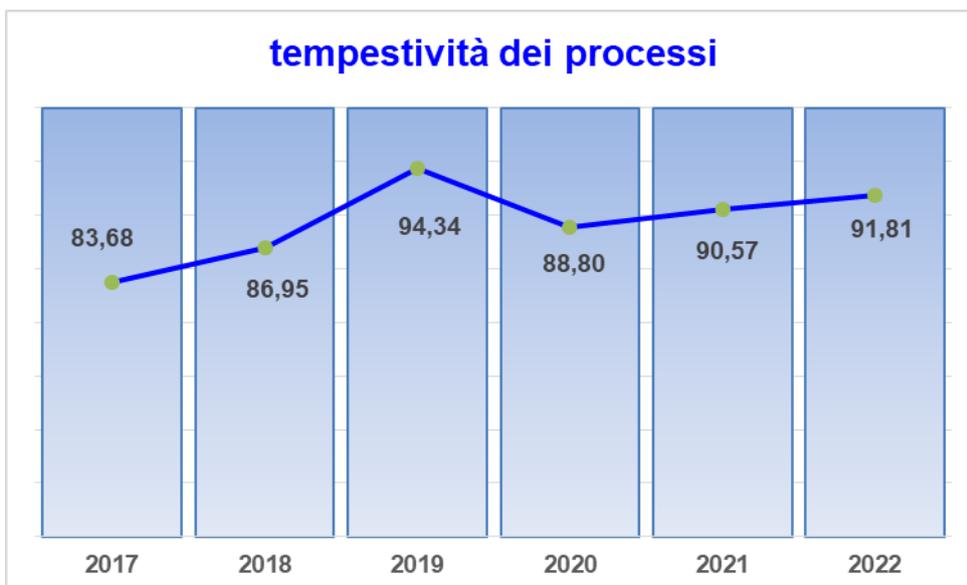
4.2.6 La conformità dei processi produttivi dell'ATS

Questa dimensione osserva la “capacità di una organizzazione di realizzare i propri processi produttivi in modo conforme a quanto definito dalle corrispondenti procedure di processo”. La dimensione è stata analizzata attraverso alcuni indicatori specificatamente dettagliati nell'**allegato 5: gli indicatori per l'analisi della “conformità dei processi produttivi ATS”**.



4.2.7 La tempestività dei processi produttivi dell'ATS

Questa dimensione osserva la “capacità di una organizzazione di rispettare la tempistica di realizzazione dei propri processi produttivi”. La dimensione è stata analizzata attraverso alcuni indicatori riportati nell'**allegato 6: gli indicatori per l'analisi della “tempestività dei processi produttivi ATS”**.

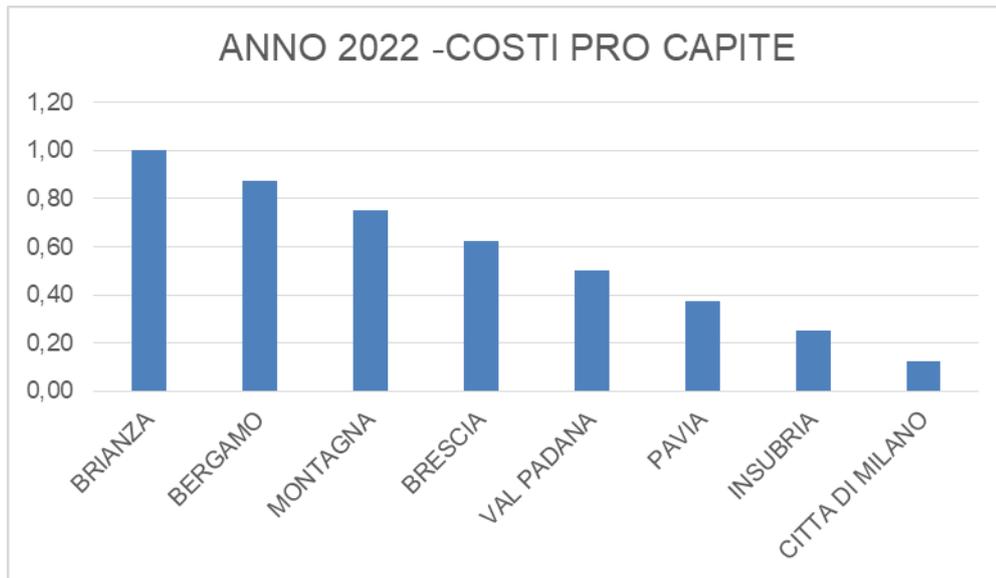


4.2.8 I costi pro capite dell'ATS

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di assicurare le prestazioni sociosanitarie previste dalla Regione Lombardia al miglior costo pro capite".

Per una corretta lettura del grafico sotto riportato occorre precisare che nel report il dato tendente ad una evidenza la migliore performance e cioè l'esistenza di un "costo pro-capite" inferiore rispetto a quanto registrato nelle restanti ATS della Regione Lombardia. I valori dell'indicatore sono ottenuti rapportando il rango di ciascuna ATS al numero complessivo delle ATS (n.8).

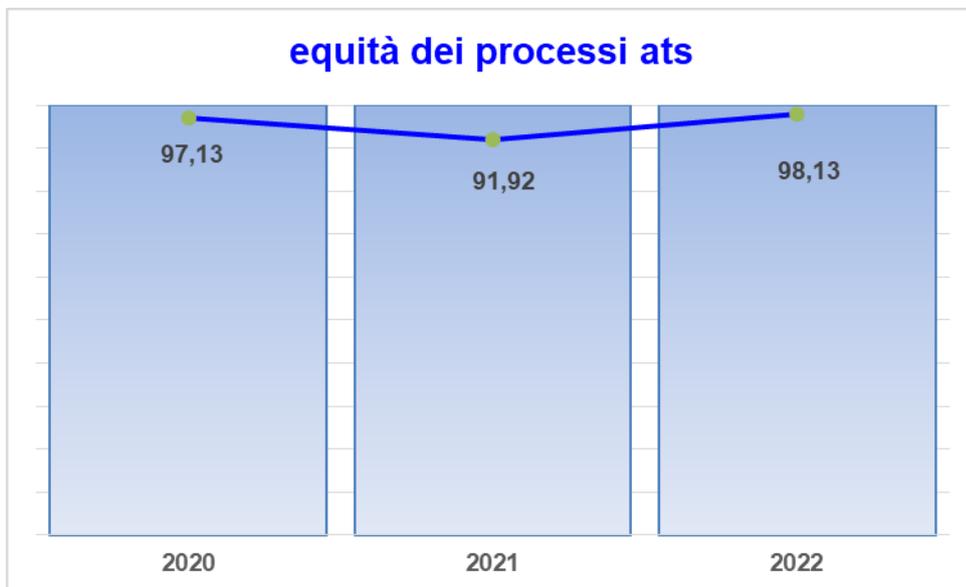
I dati analitici alla base dell'indicatore rappresentato nel grafico sono specificatamente dettagliati nell'allegato 7 "i dati analitici della spesa pro capite dell'ATS".



4.2.9 L'equità dei processi produttivi dell'ATS

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di assicurare per i propri portatori di interesse - sui propri processi produttivi - condizioni eque in fase di accessibilità ed in fase di erogazione".

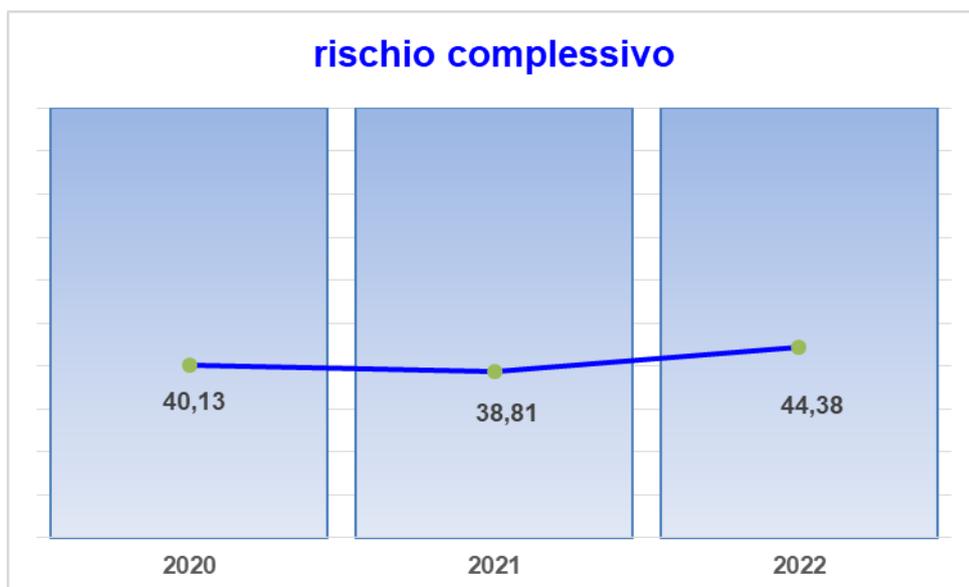
La dimensione è stata analizzata attraverso alcuni indicatori specificatamente dettagliati nell'allegato 8 "l'equità dei processi produttivi dell'ATS".



4.2.10 Il rischio complessivo

Questa dimensione osserva la “capacità di una organizzazione di minimizzare i rischi operativo e procedurale presenti nei propri processi produttivi”.

La dimensione è stata analizzata rielaborando i dati ottenuti dall’analisi dei rischi effettuata nell’ambito del Sistema Gestione Qualità sui processi produttivi dell’ATS.

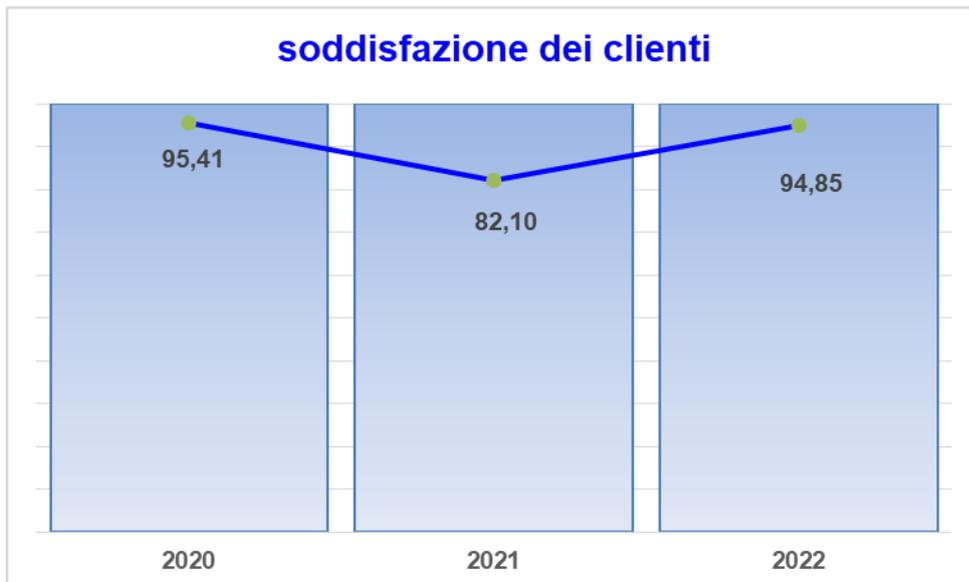


Per una corretta lettura del grafico occorre precisare che nel report il dato tendente a 100 evidenzia la migliore performance e cioè la diminuzione del rischio insito nei processi produttivi dell’ATS Brianza che avviene a seguito dell’effettuazione delle “analisi del rischio” del Sistema Gestione Qualità.

4.2.11 La soddisfazione dei clienti

Questa dimensione osserva il grado di soddisfazione dell’utenza rispetto ai servizi offerti dall’ATS. La dimensione è stata analizzata rielaborando i dati ottenuti dall’effettuazione di indagini di soddisfazione dei clienti realizzate nell’ambito del Sistema Gestione Qualità.

La rilevazione di questa dimensione è stata attivata a decorrere dal 2020 ed è opportuno evidenziare l'esiguità di iniziative (2020: 6 - 2021: 3 - 2022: 9).



4.2.12 La trasparenza

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di pubblicare tempestivamente i dati e le informazioni necessarie al fine di assicurare la trasparenza della sua attività".



La dimensione è stata analizzata rielaborando i dati ottenuti dall'attività di verifica del grado di raggiungimento dell'obiettivo 2022 diretto ad assicurare l'aggiornamento delle informazioni previste dal legislatore nazionale e regionale e presenti nel sistema della "Amministrazione Trasparente" pubblicato sul sito web dell'ATS Brianza. La rilevazione di questo indicatore è stata attivata a decorrere dal 2021.

4.2.13 Parità di genere

Questa dimensione osserva la "capacità di una organizzazione di realizzare le azioni programmate a supporto della parità di genere".

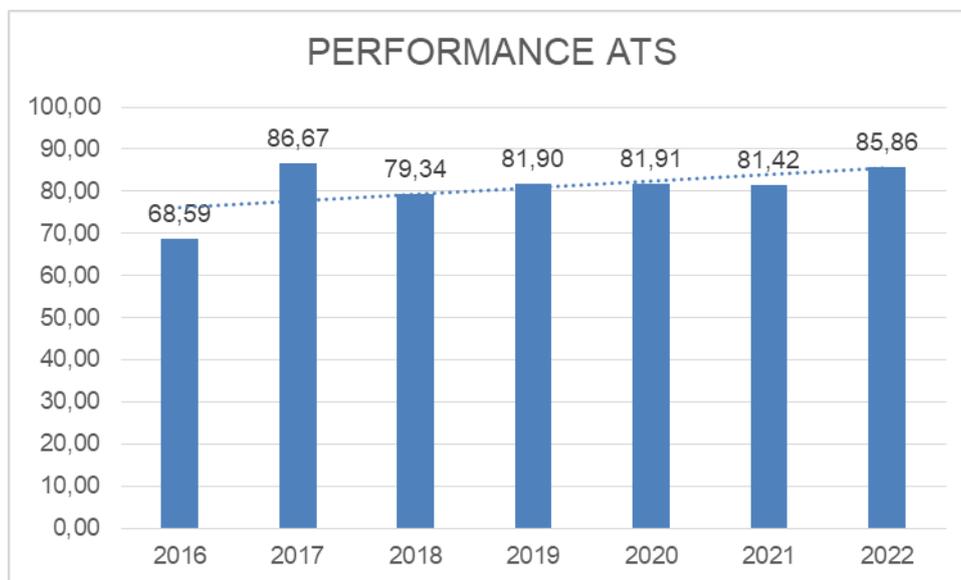


La dimensione è stata analizzata rielaborando i dati ottenuti dai documenti di rendicontazione degli obiettivi aziendali riferiti all'anno 2022.

4.3 LA "PERFORMANCE" DELL'ATS

Poiché la misurazione/valutazione della "performance" (paragrafo 4) si trasforma in una valutazione multidimensionale e ogni dimensione della performance deve essere necessariamente singolarmente misurata, è evidente che, effettuate le singole analisi, emerge poi la necessità di "leggere" le stesse in modo sintetico ed univoco. Conseguentemente l'ATS Brianza ha ipotizzato e rilevato un indicatore sintetico di valutazione complessiva della performance aziendale, ossia la capacità di raggiungere le finalità e gli obiettivi mirati alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Il grafico sotto riportato evidenzia l'andamento dell'indicatore dalla costituzione dell'ATS Brianza:



5 GLI “INDICATORI COMUNI” PROPOSTI DAL MINISTERO DELLA FUNZIONE PUBBLICA PER MISURARE LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DEGLI ENTI PUBBLICI

L’Ufficio per la valutazione della performance del Dipartimento della Funzione Pubblica⁵ nel corso del 2019 e nell’ambito di un progetto sperimentale ha selezionato un elenco di “indicatori comuni” riferiti agli aspetti individuati dall’art. 8 del D.Lgs 150 del 2009, comma 1, lettera d) sulla modernizzazione ed il miglioramento qualitativo dell’organizzazione e lettera f) sull’efficienza nell’impiego delle risorse e, pertanto, ritenuti utili a misurare l’andamento di un’amministrazione per quanto riguarda non la gestione delle proprie attività tipiche di missione (cd. *attività core*), ma le funzioni di supporto che, come tali sono comuni a tutte le organizzazioni (quali ad esempio la gestione delle risorse umane; la gestione degli approvvigionamenti e la gestione immobiliare; la gestione delle risorse informatiche e la digitalizzazione; la gestione della comunicazione e della trasparenza), per un possibile utilizzo nell’ambito del ciclo della performance 2020-2022. A questi indicatori è stato affiancato successivamente l’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, largamente diffuso quale misura significativa dell’efficienza amministrativa.

Conseguentemente l’ATS Brianza ha provveduto a:

- specificare le responsabilità interne per la rilevazione dei dati necessari per la costruzione degli indicatori;
- codificarli, evidenziando quelli eventualmente “non rilevabili” o già misurati in ATS con ulteriori indicatori;
- definire il percorso e gli strumenti necessari per la rilevazione dei predetti dati.

Di seguito si riportano i dati raccolti per il 2022:

⁵ Circolare n. 2 del 30/12/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministero della Pubblica Amministrazione

| cod indicator e Funzione Pubblica | cod indicator e ATS | Descrizione | Period Raccolta Dati | Algoritmo | Valore Num | Valore Den | Valore |
|-----------------------------------|---------------------|--|----------------------|---|--------------------|----------------|----------|
| 1.1 | Ind.498 | costo unitario della funzione di gestione delle risorse umane | annuale | (costo del personale addetto alla funzione gestione risorse umane / num totale dei dipendenti in servizio) * 1 | 586.778,12 | 606,00 | 968,28 |
| 1.2 | Ind.485 | grado di attuazione di forme di organizzazione del lavoro in telelavoro o lavoro agile | annuale | (num dipendenti in lavoro agile e telelavoro / num totale dei dipendenti in servizio) * 100 | 49,00 | 606,00 | 8,09 |
| 1.3 | Ind.486 | grado di copertura delle attività formative dedicate al personale | annuale | (num dipendenti che hanno iniziato un'attività formativa nel periodo di / num totale dei dipendenti in servizio) * 100 | 52,00 | 606,00 | 8,58 |
| 1.4 | Ind.487 | grado di copertura delle procedure di valutazione del personale | annuale | (num dipendenti che hanno ricevuto almeno un colloquio di valutazione / num totale dei dipendenti in servizio) * 1 | 496,00 | 648,00 | 0,77 |
| 1.5 | Ind.488 | tasso di mobilità interna del personale non dirigenziale | annuale | (num dipendenti che hanno cambiato unità organizzativa / num totale di personale non dirigenziale in servizio) * 100 | 16,00 | 464,00 | 3,45 |
| 2.1 | Ind.489 | incidenza del ricorso a convenzioni consip e al mercato elettronico degli acquisti | annuale | (spesa per l'acquisto di beni e servizi effettuata tramite convenzioni / pagamenti per acquisto di beni e servizi) * 100 | 44.250,71 | 45.185,78 | 97,93 |
| 2.2 | Ind.023 | tempestività dei pagamenti ponderata | trimestrale | ((tot importo pagato * (tempo effettivo - tempo richiesto per legge)) / tot importo pagato) * 1 | -11.007.553.850,90 | 284.180.496,87 | -38,73 |
| 2.2 | Ind.023 | tempestività dei pagamenti ponderata | trimestrale | ((tot importo pagato * (tempo effettivo - tempo richiesto per legge)) / tot importo pagato) * 1 | -10.573.575.267,30 | 300.940.476,58 | -35,14 |
| 2.2 | Ind.023 | tempestività dei pagamenti ponderata | trimestrale | ((tot importo pagato * (tempo effettivo - tempo richiesto per legge)) / tot importo pagato) * 1 | -11.200.644.410,00 | 315.697.671,00 | -35,48 |
| 2.2 | Ind.023 | tempestività dei pagamenti ponderata | trimestrale | ((tot importo pagato * (tempo effettivo - tempo richiesto per legge)) / tot importo pagato) * 1 | -7.614.551.812,00 | 372.130.114,00 | -20,46 |
| 2.3 | Ind.490 | spesa per energia elettrica al metro quadro | annuale | (costo per energia elettrica / metri quadri disponibili) * 1 | 687.281,05 | 17.771,42 | 38,67 |
| 3.2 | Ind.492 | servizi full digital | annuale | (num servizi che siano interamente online, integrato e full digital / num totale servizi erogati) * 100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3.3 | Ind.499 | servizi a pagamento tramite PagoPa | annuale | (num servizi a pagamento che consentono uso PagoPA / num di servizi a pagamento) * 100 | 17,00 | 18,00 | 94,44 |
| 3.5 | Ind.493 | banche dati pubbliche disponibili in formato aperto | annuale | (num dataset pubblicati in formato aperto / num dataset previsti dal paniere dinamico per tipo di amministrazione) * 100 | 0,00 | 13,00 | 0,00 |
| 3.6 | Ind.494 | dematerializzazione procedure | annuale | (num procedure integralmente ed esclusivamente dematerializzate (full d / num procedura di gestione presenze-assenze, ferie - permessi, mission) * 10 | 3,00 | 4,00 | 75,00 |
| 4.1 | Ind.495 | consultazione del portale istituzionale | annuale | (num accessi al portale istituzionale / num giorni anno) * 1 | 640.980,00 | 365,00 | 1.756,11 |
| 4.2 | Ind.496 | grado di trasparenza dell'amministrazione | annuale | (somma dei punteggi assegnati ad ogni singola cella della griglia di ri / somma dei punteggi massimi conseguibili per ciascuna cella) * 1 | 252,00 | 252,00 | 1,00 |

I dettagli di calcolo degli indicatori sopra riportati sono elencati nell'allegato 10.

GLI ALLEGATI

allegato A: le dimensioni suggerite⁶ dall'OIV regionale

| gennaio 2012 | ottobre 2013 | significato |
|--|-----------------------------|---|
| Economicità | | equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, indebitamento |
| Efficacia esterna (impatto sui bisogni) | | la capacità dell'azienda di soddisfare i bisogni della collettività a cui è chiamata a far fronte |
| Efficacia organizzativa | Efficacia organizzativa | l'efficacia del modello organizzativo in termini di formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità |
| Efficacia interna | Efficacia interna | capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità in termini di efficacia gestionale, cioè della capacità di raggiungere obiettivi definiti in sede di programmazione e che possono riguardare dall'acquisto dei fattori produttivi alla quantità di output prodotta |
| Efficienza | Efficienza produttiva | la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni |
| Qualità dei processi e dell'organizzazione | Qualità dell'organizzazione | la corretta gestione clinico organizzativa dei processi sanitari |
| Appropriatezza | | intesa come appropriatezza organizzativa e non clinica |
| Accessibilità e soddisfazione dell'utenza | Accessibilità | equità di accesso alle prestazioni e ai servizi da parte degli utenti a parità di altre condizioni |

Allegato B: l'evoluzione del sistema degli indicatori dell'ATS Brianza

| DIPARTIMENTI | risultato | | | processo | | | equità | | struttura | | TOT | |
|--|-----------|-----------|-----|------------|--------------|-----|---------------|------------|-----------|--------------|-----|-------------|
| | effetto | efficacia | tot | conformità | tempestività | tot | accessibilità | equanimità | tot | affidabilità | | performance |
| indicatori monitorati nel 2016 | 19 | 13 | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 |
| indicatori monitorati nel 2017 | 22 | 52 | 74 | 56 | 44 | 100 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 177 |
| indicatori monitorati nel 2018 | 48 | 74 | 122 | 82 | 61 | 143 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 267 |
| indicatori monitorati nel 2019 | 58 | 88 | 146 | 75 | 72 | 147 | 3 | 0 | 3 | 0 | 14 | 310 |
| indicatori monitorati nel 2020 | 48 | 96 | 144 | 71 | 78 | 149 | 3 | 32 | 35 | 2 | 14 | 344 |
| amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali | 9 | 25 | 34 | 17 | 25 | 42 | 2 | 5 | 7 | 1 | 9 | 93 |
| aree distrettuali | | 2 | 2 | | 2 | 2 | | | 0 | | | 4 |
| cure primarie | 5 | 9 | 14 | 5 | 10 | 15 | | 1 | 1 | | | 30 |
| funzioni di staff aziendale | | 4 | 4 | 1 | 3 | 4 | | 1 | 1 | | 2 | 11 |
| igiene e prevenzione sanitaria | 18 | 24 | 42 | 20 | 20 | 40 | 1 | 6 | 7 | 1 | 1 | 90 |
| informazione, accesso alle cure e continuità assistenziale | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| innovazione strategica | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | | 1 | 1 | | 2 | 9 |
| programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitari | 2 | 4 | 6 | 4 | 14 | 18 | | 10 | 10 | | | 34 |
| programmazione e integrazione prestazioni sociosanitarie e sociali | 3 | 8 | 11 | 6 | 5 | 11 | | 2 | 2 | | | 24 |
| veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale | 6 | 20 | 26 | 15 | 3 | 18 | | 4 | 4 | | | 48 |
| indicatori monitorati nel 2021 | 44 | 98 | 142 | 69 | 84 | 153 | 3 | 30 | 33 | 2 | 13 | 343 |
| amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali | 12 | 25 | 37 | 17 | 27 | 44 | 2 | 7 | 9 | 1 | 9 | 100 |
| aree distrettuali | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | | | 0 | | | 6 |
| cure primarie | 4 | 9 | 13 | 4 | 10 | 14 | | 1 | 1 | | | 28 |
| funzioni di staff aziendale | 0 | 3 | 3 | 1 | 4 | 5 | | 1 | 1 | | 2 | 11 |
| igiene e prevenzione sanitaria | 17 | 26 | 43 | 16 | 19 | 35 | 1 | 6 | 7 | 1 | 1 | 86 |
| informazione, accesso alle cure e continuità assistenziale | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0 | | | 0 |
| innovazione strategica | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | | 1 | 1 | | 2 | 9 |
| programmazione accreditamento acquisto prestazioni sanitarie e sociosanitari | 2 | 4 | 6 | 4 | 14 | 18 | | 10 | 10 | | | 34 |
| programmazione e integrazione prestazioni sociosanitarie e sociali | 3 | 8 | 11 | 6 | 5 | 11 | | 2 | 2 | | | 24 |
| veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale | 6 | 20 | 26 | 15 | 3 | 18 | | 4 | 4 | | | 48 |
| indicatori monitorati nel 2022 | 45 | 99 | 144 | 66 | 86 | 152 | 3 | 32 | 35 | 2 | 13 | 346 |

allegato 1: gli indicatori per l'analisi della "efficacia interna dei processi produttivi ATS"

⁶ Le indicazioni sono state elaborate, sotto il coordinamento dell'OIV regionale, da gruppi di lavoro in due momenti successivi.

| cod. ind. | denominazione indicatore | significato | algoritmo | ID stp |
|-----------|--|--|---|--------|
| Ind.001 | controllo ufficiale | serve a monitorare la % di controlli effettuati rispetto a quelli programmati | (num controlli effettuati / num controlli programmati) * 100 | Sp.096 |
| Ind.004 | monitoraggio dell'evasione delle richieste di manutenzione straordinaria | l'indicatore rileva la percentuale di richieste evase rispetto alle pervenute procedibili | (num richieste evase / num richieste pervenute procedibili) * 100 | Sp.036 |
| Ind.008 | campionamento | serve a monitorare la % di controlli effettuati rispetto a quelli programmati | (num controlli effettuati / num controlli programmati) * 100 | Sp.120 |
| Ind.031 | variazioni inventario | l'indicatore rileva la % di variazioni effettuate rispetto alle complessive richieste | (num variazioni effettuate / num richieste pervenute) * 100 | Sp.005 |
| Ind.036 | campionamenti programmati | l'indicatore rileva la percentuale di campioni effettuati rispetto alla programmazione effettuata | (num campioni effettuati / num campioni programmati) * 100 | Sp.057 |
| Ind.052 | aziende controllate tramite ispezioni programmate | l'indicatore rileva la percentuale di aziende ispezionate rispetto alla programmazione effettuata | (num aziende ispezionate / num aziende programmate) * 100 | Sp.065 |
| Ind.053 | aziende controllate tramite audit programmati | l'indicatore rileva la percentuale di aziende controllate tramite audit rispetto alla programmazione effettuata | (num aziende auditate / num aziende programmate) * 100 | Sp.065 |
| Ind.055 | aziende controllate in seguito a SCIA | l'indicatore rileva la percentuale di aziende controllate in seguito a SCIA rispetto alla programmazione effettuata | (num aziende controllate in seguito a SCIA / num aziende programmate) * 100 | Sp.065 |
| Ind.058 | vigilanza programmata | l'indicatore rileva la percentuale di attività controllate rispetto alla programmazione effettuata | (num aziende controllate / num aziende programmate) * 100 | Sp.067 |
| Ind.060 | vigilanza in sanità pubblica | l'indicatore rileva la percentuale di strutture ispezionate rispetto alla programmazione effettuata | (num strutture ispezionate / num strutture programmate) * 100 | Sp.066 |
| Ind.061 | vigilanza strutture socio assistenziali | l'indicatore rileva la percentuale di strutture ispezionate rispetto alla programmazione effettuata | (num strutture ispezionate / num strutture programmate) * 100 | Sp.066 |
| Ind.062 | controllo ufficiale | serve a monitorare la % di controlli effettuati rispetto a quelli programmati | (num controlli effettuati / num controlli programmati) * 100 | Sp.084 |
| Ind.070 | riconoscimento condizionato o aggiornamento del riconoscimento definitivo/nulla osta | rileva la % di riconoscimenti(ex REG: 853/04;1069/09;183/05) e/o di aggiornamento degli stessi rilasciati rispetto alle richieste pervenute | (num risposte evase / num istanze di riconoscimento pervenute) * 100 | Sp.155 |
| Ind.071 | nulla osta\registrazioni\autorizzazioni rilasciate | rileva la % di nulla osta\registrazioni\autorizzazioni e/o di aggiornamento degli stessi rilasciati rispetto alle richieste pervenute | (num risposte evase / num istanze di richieste pervenute) * 100 | Sp.124 |
| Ind.072 | nulla osta - registrazioni - autorizzazioni rilasciate | rileva la % di nulla osta - registrazioni - autorizzazioni e/o aggiornamento degli stessi rilasciati rispetto alle richieste pervenute | (num risposte evase / num istanze di richieste pervenute) * 100 | Sp.106 |
| Ind.073 | riconoscimento condizionato o aggiornamento del riconoscimento definitivo/nulla osta | rileva la % di riconoscimenti(ex REG: 853/04;1069/09;183/05) e/o di aggiornamento degli stessi rilasciati rispetto alle richieste pervenute | (num risposte evase / num istanze di riconoscimento pervenute) * 100 | Sp.083 |
| Ind.106 | biosicurezza | rileva la % delle check list effettuate per ispezioni rispetto a quelle programmate | (num check list effettuate / num check list programmate) * 100 | Sp.118 |
| Ind.108 | effettuazione dei controlli mediante audit | rileva la percentuale di audit effettuati rispetto a quelli previsti | (num audit effettuati / num audit previsti) * 100 | Sp.094 |
| Ind.109 | effettuazione dei controlli mediante ispezione | rileva la % di controlli effettuati rispetto a quelli previsti | (num ispezioni effettuate / num ispezioni previste) * 100 | Sp.110 |
| Ind.110 | check list effettuate per ispezioni | rileva la % delle check list effettuate per ispezioni rispetto a quelle programmate | (num check list effettuate / num check list programmate) * 100 | Sp.123 |
| Ind.111 | effettuazione dei controlli mediante ispezione | rileva la % di controlli effettuati rispetto a quelli previsti | (num ispezioni effettuate / num ispezioni previste) * 100 | Sp.087 |
| Ind.112 | effettuazione dei controlli mediante ispezione | rileva la % di controlli effettuati rispetto a quelli previsti | (num ispezioni effettuate / num ispezioni previste) * 100 | Sp.099 |
| Ind.126 | controllo delle distinte contabili riepilogative nei termini stabiliti da calendario | l'indicatore rileva la percentuale di distinte contabili riepilogative controllate nei termini | (num dcr controllate tempestivamente / num dcr controllate) * 100 | Sp.046 |
| Ind.127 | dispensazione di farmaci stupefacenti | l'indicatore rileva % di richieste evase sul totale delle richieste ricevute dalle unità operative | (num richieste evase / num richieste ricevute) * 100 | Sp.047 |
| Ind.128 | effettuazione dei controlli mediante audit | rileva la % di audit effettuati rispetto a quelli previsti | (num strutture controllate / num audit previsti) * 100 | Sp.152 |

| | | | | |
|---------|---|---|---|--------|
| Ind.137 | controllo file F | l'indicatore rileva la % di record controllati sul totale dei record da controllare | (num record controllati / num record da controllare) * 100 | Sp.043 |
| Ind.143 | realizzazione delle proposte di miglioramento | verificare la capacità dell'UO di realizzare le azioni di miglioramento approvate in RD | (num proposte di miglioramento realizzate / num proposte approvate) * 100 | Sp.025 |
| Ind.149 | eventi del piano di formazione | controlla l'effettiva realizzazione degli eventi del Piano di Formazione | (num eventi realizzati / num eventi pianificati) * 100 | Sp.014 |
| Ind.151 | evasione delle richieste di convenzione | l'indicatore rileva la percentuale di convenzioni predisposte rispetto alle richieste | (num convenzioni predisposte / num convenzioni richieste) * 100 | Sp.007 |
| Ind.152 | inserimento nuovo personale | l'indicatore rileva la % di personale di nuovo inserimento che nel periodo di riferimento ha partecipato al corso del nuovo assunto | (num partecipanti corso neo assunto / num personale di nuovo inserimento) * 100 | Sp.016 |
| Ind.168 | copertura vaccino mpr 1^ dose a 24 mesi | l'indicatore rileva la % di bambini vaccinati della coorte target rispetto alla popolazione residente della coorte target | (num vaccinati coorte target / num residenti coorte target) * 100 | Sp.223 |
| Ind.172 | evasione richieste regionali | l'indicatore rileva la % delle richieste regionali evase | (num richieste evase / num richieste regionali) * 100 | Sp.009 |
| Ind.176 | registrazione dei casi di tumore identificati | l'indicatore rileva la completezza delle informazioni presenti nel registro tumori necessarie per poter monitorare in modo adeguato la distribuzione e l'andamento delle patologie neoplastiche | (num casi inseriti / num casi tumori rilevabili/attesi) * 100 | Sp.368 |
| Ind.181 | ore di formazione | l'indicatore rileva l'incidenza del tempo dedicato alla formazione rispetto al tempo dedicato al lavoro | (num ore di formazione / num ore lavorate) * 100 | Sp.014 |
| Ind.182 | discenti interni | l'indicatore rileva la % dei discenti interni formati sul totale del personale | (num discenti interni formati / num dipendenti) * 100 | Sp.014 |
| Ind.183 | spese per acquisti | l'indicatore rileva la % di spese aggregate rispetto alle spese totali sostenute | (spese per acquisti aggregati / spese totali per acquisti) * 100 | Sp.027 |
| Ind.187 | obiettivi ordinari ats | l'indicatore rileva la % di obiettivi "ordinari" raggiunti al fine di valutare l'efficacia interna | (sommatoria(% ottenuta) / num obiettivi) * 1 | Sp.023 |
| Ind.189 | obiettivi rar ats | l'indicatore rileva la % di obiettivi "rar" raggiunti al fine di valutare l'efficacia interna | (sommatoria(% ottenuta) / num obiettivi) * 1 | Sp.023 |
| Ind.196 | farmacovigilanza | l'indicatore rileva la % di schede "adr" inserite nella "rmfv" a seguito di verifica | (num schede "adr" inserite / num schede "adr" inseribili) * 100 | Sp.051 |
| Ind.198 | effetto dei controlli sulla specialistica ambulatoriale | l'indicatore è diretto a rilevare la capacità quali quantitativa della struttura di assicurare una rendicontazione efficace dell'attività di controllo sui dati della specialistica ambulatoriale | (num record inviati tramite debito informativo / num record controllati) * 100 | Sp.137 |
| Ind.200 | schede prodotti non inviate dalle strutture | l'indicatore è diretto a rilevare il contributo delle Strutture aziendali a rilevare in modo corretto i dati di propria competenza | (num schede chiuse d'ufficio / num schede da inviare) * 100 | Sp.378 |
| Ind.202 | dipendenti formati fuori sede | l'indicatore rileva l'utilizzazione degli eventi formativi fuori sede da parte dei dipendenti per favorire la propria crescita professionale | (num dipendenti formati con corsi fuori sede / num dipendenti in servizio) * 100 | Sp.013 |
| Ind.207 | verifiche interne effettuate sui controlli ufficiali | l'indicatore rileva la percentuale di verifiche interne effettuate rispetto al programmato per esaminare la conformità dei controlli ufficiali effettuati agli standard definiti dalla procedura | (num verifiche interne effettuate / num verifiche interne programmate) * 100 | Sp.064 |
| Ind.209 | autorizzazione all'apertura ed esercizio di farmacia di nuova istituzione | l'indicatore rileva la capacità della struttura di soddisfare la domanda di autorizzazione all'apertura di farmacie di nuove istituzioni | (num farmacie di nuova istituzione autorizzate all'apertura / num farmacie di nuova istituzione richiedenti l'apertura in possesso dei requisiti) * 100 | Sp.041 |
| Ind.218 | attività autorizzativa depositi-grossisti | l'indicatore rileva la capacità della struttura di soddisfare la domanda di autorizzazione all'apertura di depositi-grossisti | (num depositi-grossisti di nuova istituzione autorizzati / num richiedenti l'apertura in possesso dei requisiti) * 100 | Sp.040 |
| Ind.220 | gestione richieste di abbonamento pervenute | l'indicatore è diretto a verificare la capacità di SBBL di istruire, per i successivi passaggi, le richieste di abbonamento pervenute | (num richieste abbonamento valutate / num richieste abbonamenti pervenute) * 100 | Sp.015 |
| Ind.224 | richieste account di rete evase | l'indicatore è diretto a rilevare la capacità della struttura di gestire tutte le modifiche dell'account di rete pervenute alla struttura | (num richieste account di rete evase / num richieste pervenute) * 100 | Sp.415 |
| Ind.244 | richieste da privati cittadini, imprese e/o altri enti | l'indicatore rileva la percentuale di richieste da privati cittadini, imprese e/o altri enti gestite rispetto alle richieste da privati cittadini, imprese e/o altri enti pervenute | (num richieste gestite / num richieste pervenute) * 100 | Sp.057 |
| Ind.253 | esecuzione dei controlli sugli allevamenti | l'indicatore rileva la capacità della struttura di realizzare l'attività programmata | (num allevamenti controllati / num allevamenti da controllare) * 100 | Sp.120 |
| Ind.256 | monitoraggi degli organismi/tavoli di governance | l'indicatore attraverso il monitoraggio degli organismi/tavoli rileva la conformità delle attività svolte rispetto a quanto previsto dalla procedura | (monitoraggi effettuati / monitoraggi previsti) * 100 | Sp.151 |

| | | | | |
|---------|---|---|---|--------|
| Ind.265 | verifica controlli in anagrafe zootecnica regionale | l'indicatore rileva, in virtù di normativa esistente, il numero dei controlli in anagrafe zootecnica effettuati rispetto a quelli programmati | (num controlli anagrafe effettuati / num controlli programmati) * 100 | Sp.158 |
| Ind.273 | richieste manutenzioni ordinarie evase | l'indicatore rileva il numero di richieste soddisfatte in relazione al numero di richieste ricevute | (num richieste manutenzioni ordinarie evase / num richieste manutenzione ordinarie pervenute) * 100 | Sp.034 |
| Ind.287 | evasione delle richieste di attribuzione di qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria | l'indicatore rileva la percentuale di qualifiche di upg attribuite rispetto alle richieste | (num qualifiche attribuite / num qualifiche richieste) * 100 | Sp.242 |
| Ind.311 | rilascio pareri | l'indicatore rileva la capacità (efficacia) della Struttura di rilasciare i pareri richiesti dagli uffici asst | (num pareri rilasciati / num pareri richiesti) * 100 | Sp.038 |
| Ind.312 | autorizzazione cure all'estero | l'indicatore rileva la capacità (efficacia) della Struttura di processare tutte le richieste di autorizzazione pervenute | (num pratiche completate / num richieste pervenute) * 100 | Sp.039 |
| Ind.315 | efficacia della procedura degli audit | l'indicatore attraverso il confronto tra gli audit effettuati e quelli programmati nel piano di audit rileva l'efficacia dell'applicazione della procedura | (num audit effettuati / num audit programmati) * 100 | Sp.018 |
| Ind.320 | valutazione delle morsicature | l'indicatore rileva l'efficacia della uoc nel verificare i cani morsicatori per capire se questi siano portatori di malattie trasmissibili all'uomo (in particolare, alla persona morsicata) | (num cani morsicatori controllati / num cani morsicatori segnalati) * 100 | Sp.381 |
| Ind.321 | autosufficienza gestionale | l'indicatore, misurando la percentuale di delibere di accreditamento per le quali, dopo l'invio a DG Welfare, non è stata possibile la gestione interna al Dipartimento delle eventuali richieste di chiarimento regionali rileva il grado di accuratezza/efficacia dell'unità organizzativa nell'assicurare al cliente il prodotto richiesto | (num delibere di accreditamento riconsiderate / num delibere di accreditamento) * 100 | Sp.134 |
| Ind.327 | effetto dei controlli sulle cartelle di ricovero | l'indicatore è diretto a rilevare la capacità quali quantitativa della struttura di assicurare una rendicontazione efficace dell'attività di controllo sulle cartelle di ricovero | (num record inviati tramite debito informativo / num record controllati) * 100 | Sp.136 |
| Ind.358 | aziende controllate su programmazione | l'indicatore rileva la percentuale delle aziende controllate rispetto alle aziende programmate | (num aziende controllate / num aziende programmate) * 100 | Sp.077 |
| Ind.361 | cantieri controllati | l'indicatore rileva la percentuale dei cantieri controllati rispetto ai cantieri programmati | (num cantieri controllati / num cantieri programmati) * 100 | Sp.077 |
| Ind.365 | gestione dei sinistri | l'indicatore rileva il livello di efficacia assicurato dall'uo nella gestione delle denunce di sinistro ricevute | (num denunce trasmesse al broker / num denunce ricevute) * 100 | Sp.254 |
| Ind.367 | incontri effettuati dell'OCSM | l'indicatore rapportando gli incontri effettuati rispetto a quelli programmati rileva l'efficacia dell'attività svolta dalla uo rispetto al processo esaminato | (incontri effettuati dell'OCSM / incontri previsti) * 100 | Sp.151 |
| Ind.374 | segnalazioni riaperte | valutare la soddisfazione degli utenti in merito alla risposta inoltrata | (num segnalazioni riaperte / num segnalazioni evase) * 100 | Sp.001 |
| Ind.375 | quesiti gestiti | l'indicatore rileva la percentuale di quesiti gestiti rispetto ai quesiti pervenuti | (num quesiti gestiti / num quesiti pervenuti) * 100 | Sp.208 |
| Ind.378 | verifiche interne effettuate sulle attività psal | l'indicatore rileva la percentuale di verifiche interne effettuate rispetto al programmato per esaminare la conformità delle attività definite dalla procedura | (num verifiche interne effettuate / num verifiche interne programmate) * 100 | Sp.209 |
| Ind.388 | partecipazione a progetti innovativi del territorio in campo sociosanitario e sociale | l'indicatore è diretto a rilevare la capacità (efficacia) dell'Area Distrettuale di Lecco di partecipare a progetti approvati dalla Direzione Generale | (num adesione a progetti / num proposte di adesione) * 100 | Sp.352 |
| Ind.389 | controlli effettuati per la farmacovigilanza | l'indicatore misura la capacità dell'uo di realizzare la programmazione effettuata | (num controlli effettuati / num controlli programmati) * 100 | Sp.099 |
| Ind.397 | programmazione e integrazione prestazioni sociosanitarie e sociali | l'indicatore rilevando il numero di visualizzazioni sulla pagina facebook misura la "capacità" dell'ATS di diffondere le informazioni rispetto all'emergenza caldo | (visualizzazioni post effettuate / visualizzazioni post previste (50000)) * 100 | Sp.143 |
| Ind.404 | ricorsi presentati a seguito di certificati di idoneità con limitazione e certificati di non idoneità | l'indicatore rileva la percentuale di ricorsi presentati rispetto alla somma dei certificati di idoneità con limitazione e dei certificati di non idoneità rilasciati | (num ricorsi presentati / somma certificati idoneità rilasciati con limitazione o non idoneità) * 100 | Sp.406 |
| Ind.406 | verifica autocertificazioni | l'indicatore confrontando le verifiche effettuate rispetto alle autocertificazioni pervenute rileva la capacità dell'UO di rispondere alla domanda dell'utenza e quindi di raggiungere le quantità previste | (num verifiche effettuate / num verifiche previste) * 100 | Sp.144 |
| Ind.408 | rendicontazione economica | l'indicatore rileva la percentuale tra le risorse effettivamente erogate e le risorse da erogare | (risorse in euro erogate / risorse in euro da erogare) * 100 | Sp.057 |
| Ind.410 | progetti finanziati | l'indicatore attraverso la misurazione dei progetti finanziati vuole misurare la capacità della UOS di presentare progetti appropriati per i bandi di interesse delle funzioni di ATS | (somma dei progetti finanziati / somma dei bandi individuati) * 100 | Sp.332 |
| Ind.413 | contenimento richieste di risarcimento danni | l'indicatore è diretto a misurare l'andamento della sinistrosità in azienda | (num richieste risarcimento pervenute ad ATS / 1) * 1 | Sp.326 |
| Ind.421 | comunicazioni inviate | l'indicatore misura la capacità dell'ufficio sindaci di dare seguito a tutte le richieste di invio di comunicazioni pervenute dai presidenti degli organismi di rappresentanza o della direzione strategica ats | (num di comunicazioni inviate / num di comunicazioni da inviare) * 100 | Sp.147 |

| | | | | |
|---------|---|---|--|--------|
| Ind.426 | controlli nutrizionali in ristorazione collettiva | l'indicatore misura la % di aziende controllate rispetto alle aziende programmate da controllare | (num. aziende di ristorazione collettiva controllate / num. aziende di ristorazione collettiva programmate) * 100 | Sp.063 |
| Ind.435 | inchieste infortuni concluse con una violazione | l'indicatore è diretto a verificare l'andamento delle violazioni correlate all'evento in inchieste infortuni | (num inchieste infortuni concluse con una violazione correlata all'even / num inchieste infortuni concluse) * 100 | Sp.075 |
| Ind.436 | inchieste malattie professionali concluse con una violazione | l'indicatore è diretto a verificare l'andamento delle violazioni correlate all'evento in inchieste malattie professionali | (num inchieste malattie professionali concluse con una violazione corre / num inchieste malattie professionali concluse) * 100 | Sp.076 |
| Ind.439 | effettuazione verifiche periodiche | l'indicatore è diretto a misurare la capacità dell'UOC di garantire all'utenza il ricevimento del verbale a seguito di verifica periodica | (num verbali inviati relativi a verifiche effettuate nel periodo di riferimento / num impianti sottoposti a verifica nel periodo di riferimento) * 100 | Sp.197 |
| Ind.440 | effettuazione dei controlli mediante audit | rileva la % di controlli ufficiali mediante audit effettuati rispetto a quelli previsti | (num audit effettuati / num audit previsti) * 100 | Sp.082 |
| Ind.441 | libera commercializzazione di animali | rileva la % di certificati rilasciati rispetto al numero di richieste pervenute | (num certificati rilasciati / num certificati richiesti) * 100 | Sp.108 |
| Ind.461 | andamento del contenzioso | l'indicatore misurando l'andamento del contenzioso in tema di contenzioso convenzionale rileva indirettamente e per approssimazione il miglioramento della qualificazione dell'assistenza farmaceutica | (num farmacie contestate / num farmacie segnalate) * 100 | Sp.044 |
| Ind.462 | trasparenza dell'ats | l'indicatore è diretto a rilevare la capacità dell'ATS di pubblicare tempestivamente i dati e le informazioni necessarie al fine di assicurare la trasparenza della sua attività | (num informazioni ponderate inserite / num informazioni da inserire) * 100 | Sp.026 |
| Ind.464 | messa in funzione attrezzature | l'indicatore rileva la percentuale di attrezzature sanitarie messe in funzione rispetto alle nuove acquisizioni | (num attrezzature sanitarie nuove messe in funzione / num attrezzature sanitarie nuove acquistate) * 100 | Sp.033 |
| Ind.467 | autorizzazioni rilasciate | l'indicatore misurando il numero di autorizzazioni rilasciate per l'inserimento in strutture extraregione rileva la capacità della UO di svolgere la propria funzione di governance | (num. autorizzazioni rilasciate / um. richieste pervenute) * 100 | Sp.401 |
| Ind.468 | convocazione rete territoriale | rileva la % di convocazioni effettuate rispetto a quelle previste | (num convocazioni effettuate / num convocazioni previste) * 100 | Sp.142 |
| Ind.470 | pubblicazione sul sito internet aziendale di informative relative all'attività | rileva la % di documenti pubblicati sul sito web rispetto a quelli da pubblicare realizzati a partire dalle iniziative del Tavolo Territoriale della Conciliazione | (num documenti pubblicat / num documenti da pubblicare) * 100 | Sp.142 |
| Ind.472 | governance delle azioni del piano territoriale di conciliazione | rileva il numero di azioni attivate e pertanto rileva la capacità dell'ATS di essere promotore della funzione nel proprio territorio | (num azioni attivate / num azioni programmate) * 100 | Sp.142 |
| Ind.476 | attività tradizionali significative per il sistema gestione qualità | l'indicatore rileva la % di attività tradizionali significative per il sistema gestione qualità raggiunte al fine di valutare l'efficacia della procedura | (sommatoria (% ottenuta) / num attività) * 1 | Sp.422 |
| Ind.479 | monitoraggio interventi piano investimenti | controllare l'effettuazione degli interventi pianificati nel piano degli investimenti | (num interventi realizzati / num interventi pianificati) * 100 | Sp.257 |
| Ind.482 | pubblicazione sul sito ats mappatura rete d'offerta aggiornata | l'indicatore è diretto a rilevare la capacità dell'Area Distrettuale di Monza di aggiornare annualmente la mappatura | (mappatura aggiornata / mappatura pubblicata) * 1 | Sp.351 |
| Ind.497 | monitoraggio finanziamenti per investimenti | l'indicatore, monitorando la corrispondenza tra i finanziamenti per investimenti e l'effettiva quota investita nell'anno, misura la capacità dell'ATS attraverso la UOC Eco Fin di rappresentare correttamente in bilancio gli investimenti effettuati nell'anno. | (finanziamenti per investimenti disponibili / investimenti effettuati nell'anno + residuo) * 100 | Sp.011 |
| Ind.503 | prodotti scaduti | l'indicatore, rilevando la percentuale di prodotti scaduti sul totale dei prodotti, misura la capacità dell'UO di monitorare adeguatamente il magazzino | (num udm prodotto scaduto / num udm prodotti in magazzino) * 100 | Sp.412 |
| Ind.512 | interventi di taratura effettuati sulle apparecchiature elettromedicali e di misurazione oltre i tempi previsti | l'indicatore tramite la rilevazione delle segnalazioni per interventi di taratura effettuati oltre i tempi previsti misura la capacità di tenere sotto controllo l'idoneità delle apparecchiature | (num segnalazioni inserite / num apparecchiature da tarare) * 100 | Sp.000 |

| | | | | |
|---------|---|---|---|--------|
| Ind.513 | interventi di taratura effettuati sulle apparecchiature elettromedicali e di misurazione oltre i tempi previsti | l'indicatore tramite la rilevazione delle segnalazioni per interventi di taratura effettuati oltre i tempi previsti misura la capacità di tenere sotto controllo l'idoneità delle apparecchiature | (num segnalazioni inserite / num apparecchiature da tarare) * 100 | Sp.000 |
| Ind.514 | interventi di taratura effettuati sulle apparecchiature elettromedicali e di misurazione oltre i tempi previsti | l'indicatore tramite la rilevazione delle segnalazioni per interventi di taratura effettuati oltre i tempi previsti misura la capacità di tenere sotto controllo l'idoneità delle apparecchiature | (num segnalazioni inserite / num apparecchiature da tarare) * 100 | Sp.000 |
| Ind.515 | interventi di taratura effettuati sulle apparecchiature elettromedicali e di misurazione oltre i tempi previsti | l'indicatore tramite la rilevazione delle segnalazioni per interventi di taratura effettuati oltre i tempi previsti misura la capacità di tenere sotto controllo l'idoneità delle apparecchiature | (num segnalazioni inserite / num apparecchiature da tarare) * 100 | Sp.000 |
| Ind.516 | interventi di taratura effettuati sulle apparecchiature elettromedicali e di misurazione oltre i tempi previsti | l'indicatore tramite la rilevazione delle segnalazioni per interventi di taratura effettuati oltre i tempi previsti misura la capacità di tenere sotto controllo l'idoneità delle apparecchiature | (num segnalazioni inserite / num apparecchiature da tarare) * 100 | Sp.000 |
| Ind.521 | realizzazione progetti piano integrato locale degli interventi di promozione della salute (PIL) | l'indicatore misura la capacità dell'UO di portare a conclusione i progetti avviati nel PIL | (num progetti conclusi / num progetti avviati) * 100 | Sp.218 |

allegato 2: gli indicatori per l'analisi della "efficacia esterna delle attività ATS"

| cod. ind. | denominazione indicatore | significato | algoritmo | ID stp |
|-----------|--|---|---|--------|
| Ind.090 | valutazioni esterne di qualità controlli analitici su matrici ambientali | rileva la % di analisi non conformi dei circuiti esterni per il controllo della qualità | $(\text{num esiti non conformi} / \text{num esiti}) * 100$ | Sp.068 |
| Ind.153 | libera commercializzazione di animali e prodotti di origine animale | l'indicatore rileva il mantenimento di garanzie sanitarie di elevato livello che consentono, senza restrizioni, la movimentazioni di animali e prodotti di origine animale in ambito nazionale, comunitario ed extra comunitario | $(\text{num partite respinte o non accettate} / \text{num partite certificate}) * 100$ | Sp.085 |
| Ind.165 | copertura dei controlli in aziende con dipendenti | l'indicatore rileva la percentuale di aziende controllate | $(\text{num aziende controllate} / \text{num aziende con dipendenti}) * 100$ | Sp.057 |
| Ind.167 | vigilanza nelle scuole | l'indicatore rileva la percentuale delle scuole ispezionate sul totale delle scuole esistenti | $(\text{num scuole ispezionate} / \text{num totale scuole}) * 100$ | Sp.066 |
| Ind.184 | tasso di conferma casi di morbillo | l'indicatore rileva la percentuale dei casi di morbillo confermati dalle analisi di laboratorio | $(\text{num casi con conferma di laboratorio} / \text{num casi}) * 100$ | Sp.213 |
| Ind.185 | prevenzione gas radon | l'indicatore rileva la percentuale di comuni che adottano le linee guida sulla prevenzione del gas radon | $(\text{num comuni che adottano linee guida gas radon} / \text{num comuni del territorio ATS Brianza}) * 100$ | Sp.079 |
| Ind.186 | obiettivi operativi di ats | l'indicatore rileva la % di obiettivi raggiunti al fine di valutare l'effetto della realizzazione del processo | $(\text{sommatoria}(\% \text{ ottenuta}) / \text{num obiettivi}) * 1$ | Sp.023 |
| Ind.192 | documenti riesaminati | l'indicatore misurando la % di documenti scaduti (non revisionati o rivalidati entro la periodicità prevista) e conseguentemente il non regolare aggiornamento dei documenti utilizzati dalle strutture ATS rileva l'impatto (effetto) sugli utilizzatori dei documenti di cui non è più certa la validità | $(\text{num documenti non aggiornati} / \text{num documenti presenti in applicativo}) * 100$ | Sp.020 |
| Ind.204 | valutazioni con esito positivo | rileva la corretta valutazione delle richieste da parte degli ambiti e pertanto la capacità di ATS di indirizzo e accompagnamento | $(\text{num valutazioni positive} / \text{num richieste pervenute}) * 100$ | Sp.165 |
| Ind.216 | smaltimento capi dichiarati non idonei al consumo umano | l'indicatore misurando la percentuale di capi correttamente smaltiti a seguito di giudizio di "non idoneità" al libero consumo rileva indirettamente l'effetto di tutela della salute della popolazione | $(\text{num capi smaltiti} / \text{num capi non idonei al libero consumo}) * 100$ | Sp.154 |
| Ind.227 | pubblicazione richiami prodotti alimentari oggetto di allerta | l'indicatore rilevando la percentuale di richiami pubblicati sul portale del ministero della salute (visibili direttamente dal cittadino) rispetto al numero di richiami attivati dagli osa (non visibili dal cittadino) misura indirettamente l'effetto di tutela della salute pubblica in materia di sicurezza alimentare | $(\text{num richiami pubblicati nsis} / \text{num richiami attivati osa}) * 100$ | Sp.065 |
| Ind.228 | pubblicazione richiami prodotti alimentari oggetto di allerta | l'indicatore rilevando la percentuale di richiami pubblicati sul portale del ministero della salute (visibili direttamente dal cittadino) rispetto al numero di richiami attivati dagli osa (non visibili dal cittadino) misura indirettamente l'effetto di tutela della salute pubblica in materia di sicurezza alimentare | $(\text{num richiami pubblicati nsis} / \text{num richiami attivati osa}) * 100$ | Sp.166 |

| | | | | |
|---------|---|---|--|--------|
| Ind.229 | pubblicazione richiami prodotti alimentari oggetto di allerta | l'indicatore rilevando la percentuale di richiami pubblicati sul portale del ministero della salute (visibili direttamente dal cittadino) rispetto al numero di richiami attivati dagli osa (non visibili dal cittadino) misura indirettamente l'effetto di tutela della salute pubblica in materia di sicurezza alimentare | (num richiami pubblicati nsis / num richiami attivati osa) * 100 | Sp.167 |
| Ind.235 | interventi in emergenza in pronta disponibilità | l'indicatore misurando la percentuale di segnalazioni in pronta disponibilità che hanno esitato in un intervento rileva la capacità del DIPS di interrompere/modificare situazioni di pericolo al fine di garantire la sicurezza e la salute umana | (num interventi effettuati in pronta disponibilità / num segnalazioni pervenute in pronta disponibilità) * 100 | Sp.057 |
| Ind.237 | Validità contratto | l'indicatore attraverso la misura della % di appendici contrattuali, sottoscritte con gli erogatori sanitari, inserite in modo corretto sul portale Contratti WEB rileva l'esecutività del contratto | (num contratti inseriti in modo corretto / num contratti sottoscritti) * 100 | Sp.138 |
| Ind.239 | ordinanze emanate per emergenze straordinarie | l'indicatore misurando l'emanazione di ordinanze dipartimentali conseguenti la gestione di emergenze straordinarie rileva indirettamente e per approssimazione la qualità della salute pubblica | (num ordinanze emesse / num emergenze straordinarie) * 100 | Sp.081 |
| Ind.241 | ordinanze emanate per emergenze straordinarie | l'indicatore misurando l'emanazione di ordinanze dipartimentali conseguenti la gestione di emergenze straordinarie rileva indirettamente e per approssimazione la qualità della salute pubblica | (num ordinanze emesse / num emergenze straordinarie) * 100 | Sp.105 |
| Ind.248 | processi monitorati tramite indicatori | l'indicatore rileva la % di processi mappati per i quali sono stati individuati gli indicatori | (num processi con indicatori / num processi mappati) * 100 | Sp.022 |
| Ind.249 | correttezza nei rapporti con gli erogatori | l'indicatore tramite la misurazione dei verbali che hanno comportato l'irrogazione di una sanzione rileva indirettamente e per approssimazione il miglioramento nel mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie accreditate riscontrato durante l'attività di vigilanza | (num verbali di vigilanza con rilevazione di irregolarità / num verbali di vigilanza) * 100 | Sp.135 |
| Ind.251 | reclami per informazioni presenti sul sito | l'indicatore attraverso la rilevazione dei reclami ricevuti rileva indirettamente e per approssimazione la capacità della struttura di gestire una efficace informazione/comunicazione verso gli utenti | (num reclami ricevuti / num aggiornamenti caricati) * 100 | Sp.002 |
| Ind.257 | valutazioni positive | l'indicatore misurando le valutazioni positive delle richieste da parte del DSDM rileva la capacità di ATS di svolgere la propria funzione di indirizzo sull'appropriatezza delle richieste | (valutazioni positive / valutazioni pervenute) * 100 | Sp.140 |
| Ind.259 | farmacie attive | l'indicatore attraverso la misurazione delle farmacie attive rileva l'impatto del processo sul livello quantitativo di assistenza farmaceutica | (num farmacie attive / popolazione residente) * 100 | Sp.041 |
| Ind.260 | autorizzazione depositi-grossisti | l'indicatore tramite la misurazione dei verbali che permettono l'emissione dell'autorizzazione rileva indirettamente e per approssimazione la tutela della salute pubblica | (num verbali d'ispezione ai grossisti positivi / verbali d'ispezione ai grossisti emessi) * 100 | Sp.040 |
| Ind.262 | verbali con sanzioni | l'indicatore tramite la misura dei verbali che esitano in irrogazioni di sanzioni rileva indirettamente e per approssimazione il livello di tutela della sanità pubblica nel territorio | (num verbali con sanzioni / num verbali) * 100 | Sp.042 |

| | | | | |
|---------|---|--|---|--------|
| Ind.268 | indagini ambientali effettuate in casi di sospetta malattia a trasmissione alimentare | l'indicatore misurando le indagini ambientali effettuate in casi di sospetta malattia a trasmissione alimentare rileva indirettamente le azioni integrate di sanità pubblica realizzate per prevenire il ripetersi dell'evento infettivo avverso | (num indagini ambientali effettuate / num indagini ambientali richieste per segnalazioni sospetta malattia a trasmissione alimentare) * 100 | Sp.213 |
| Ind.288 | valutazioni esterne di qualità controlli analitici su matrici umane - ricerca droghe d'abuso | rileva la % di analisi non conformi dei circuiti esterni per il controllo della qualità | (num esiti non conformi / num esiti) * 100 | Sp.201 |
| Ind.289 | valutazioni esterne di qualità controlli analitici su matrici umane-screening colon retto | rileva la % di analisi non conformi dei circuiti esterni per il controllo della qualità | (num esiti non conformi / num esiti) * 100 | Sp.069 |
| Ind.319 | anomalie dei documenti | l'indicatore tramite la rilevazione delle anomalie sui documenti presenti in S-H rileva indirettamente l'adeguatezza e l'uniformità dei documenti interni ai requisiti ISO | (num documenti con anomalie / documenti emessi-revisionati) * 100 | Sp.020 |
| Ind.323 | performance ats | l'indicatore rileva la capacità dell'ats di raggiungere le proprie finalità e obiettivi finalizzati alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita | (sommatoria % indicatori delle dimensioni analizzate / num dimensioni analizzate) * 1 | Sp.162 |
| Ind.330 | copertura dell'attività di vigilanza nelle strutture erogatrici di certificati agonistici di medicina dello sport | l'indicatore, rilevando la copertura della vigilanza nelle strutture erogatrici per l'osservanza delle norme di legge, garantisce la tutela della salute dell'atleta agonista | (num strutture controllate / num strutture erogatrici presenti sul territorio) * 100 | Sp.206 |
| Ind.336 | miglioramento del sistema per riduzione del rischio | indicatore attraverso il confronto su anni del peso del rischio complessivo aziendale, rileva il miglioramento dei processi dell'ATS | (sommatoria pesi anno in corso / sommatoria pesi potenziali annuali) * 100 | Sp.380 |
| Ind.338 | anomalie riscontrate | l'indicatore misurando la % di anomalie riscontrate sui report di anagrafica rileva la capacità di GeQu di fornire ai propri clienti anagrafiche attendibili e utilizzabili dagli stessi, anomalie evidenziate da utilizzatori tramite richieste | (num anomalie riscontrate / num funzioni-processi) * 100 | Sp.379 |
| Ind.347 | appropriatezza trattamento segnalazioni | indicatore tramite la misura della variazione qualitativa del trattamento delle segnalazioni ritenute significative rileva indirettamente il miglioramento e quindi l'effetto della qualità dei processi | (sommatoria pesi riconosciuti / num segnalazioni valutate) * 1 | Sp.019 |
| Ind.348 | gestione delle rimanenze | l'indicatore raffrontando i beni risultanti dalla conta finale rispetto a quelli previsti a seguito dell'utilizzo del gestionale di magazzino rileva indirettamente l'effetto (impatto) del processo sulle modalità di gestione del bilancio ats | (num beni a rimanenza conta manuale / num rimanenze bene da gestionale) * 100 | Sp.045 |
| Ind.356 | prescrizioni ottemperate | l'indicatore misurando la percentuale delle prescrizioni ottemperate rispetto alle prescrizioni verificate rileva l'efficacia esterna delle attività svolte | (num prescrizioni ottemperate / num prescrizioni verificate) * 100 | Sp.077 |
| Ind.360 | prescrizioni ottemperate | l'indicatore misurando la percentuale delle prescrizioni ottemperate rispetto alle prescrizioni verificate rileva l'impatto sul contesto esterno delle attività svolte | (num prescrizioni ottemperate / num prescrizioni verificate) * 100 | Sp.077 |

| | | | | |
|---------|--|--|---|--------|
| Ind.370 | autovalutazione inchieste epidemiologiche | l'indicatore, rilevando la % di inchieste epidemiologiche condotte in modo appropriato rispetto a quelle verificate, misura l'appropriatezza e indirettamente la capacità di impedire il propagarsi della malattia infettiva e migliorare lo stato di salute della popolazione | (num inchieste valutate conformi / num inchieste valutate) * 100 | Sp.213 |
| Ind.454 | atleti con test da sforzo massimale positivo o dubbio per ischemia, positivo per aritmie e per comportamento anomalo della pressione arteriosa | l'indicatore rileva le modifiche indotte dal processo sulla situazione esistente in quanto impediscono l'attività sportiva a soggetti potenzialmente in pericolo | (num atleti con test da sforzo massimale positivo secondo le determinazioni indicate / num atleti sottoposti al test da sforzo massimale) * 100 | Sp.071 |
| Ind.455 | adesione screening mammografico | l'indicatore misurando la percentuale di donne in età compresa tra 50 e 74 anni, aderenti allo screening mammografico rileva indirettamente e per approssimazione l'effetto della attività sulla salute delle donne | (num donne rispondenti / num invitate al netto di escluse post invito ed inesitate) * 100 | Sp.072 |
| Ind.456 | adesione screening colon retto | l'indicatore misurando la percentuale di soggetti in età compresa tra 50 - 74 anni, aderenti allo screening colon retto rileva indirettamente e per approssimazione l'effetto della attività sulla salute della popolazione target | (num soggetti rispondenti / num invitati al netto di esclusi post invito ed inesitati) * 100 | Sp.072 |
| Ind.475 | comunicazione inserimento minori in cdd | l'indicatore, misurando la percentuale di comunicazioni tempestive di avvenuto inserimento da parte del cdd, rileva la capacità della UO di svolgere la propria funzione di governance e monitoraggio degli inserimenti | (num comunicazioni inserimento tempestive pervenute / num inserimenti effettuati) * 100 | Sp.146 |
| Ind.480 | individuazione ambiti di miglioramento | l'indicatore, rilevando il numero di relazioni (indagini) che hanno permesso l'individuazione di ambiti di miglioramento, rileva l'effetto del processo | (num relazioni registrate tempestivamente / num. relazioni concluse) * 100 | Sp.423 |
| Ind.508 | anomalie riscontrate | l'indicatore misurando la % di anomalie riscontrate sui report di anagrafica rileva la capacità di GeQu di fornire ai propri clienti anagrafiche attendibili e utilizzabili dagli stessi | (num anomalie riscontrate / num utenti/RQ) * 100 | Sp.424 |
| Ind.522 | grado di soddisfazione complessiva dei clienti - utenti ATS | l'indicatore misura il grado complessivo di soddisfazione espresso dai clienti, interni ed esterni, relativamente ai processi delle UO dell'ATS Brianza e rendicontato in specifiche relazioni | (sommatoria (% soddisfazione rilevata clienti interni ed esterni) / num iniziative realizzate che esplicitano il grado di soddisfazione de) * 1 | Sp.423 |
| Ind.523 | soddisfazione dei clienti esterni ATS | l'indicatore misura il grado di soddisfazione espresso dai clienti esterni | (sommatoria (% soddisfazione rilevata clienti esterni) / num iniziative realizzate che esplicitano il grado di soddisfazione de) * 1 | Sp.423 |

allegato 3: gli indicatori per l'analisi della "efficacia esterna (cd impatto sui bisogni) delle attività ATS"

| Indicatore | Descrizione Indicatore |
|------------|--|
| A.M1 | Volumi prestazioni ambulatoriali |
| A.M10 | Volumi per prima visita otorinolaringoiatrica |
| A.M11 | Volumi per prima visita urologica |
| A.M12 | Volumi per prima visita dermatologica |
| A.M13 | Volumi per prima visita fisiatrica |
| A.M14 | Volumi per prima visita gastroenterologica |
| A.M15 | Volumi per prima visita oncologica |
| A.M16 | Volumi per prima visita pneumologica |
| A.M17 | Volumi per visita di controllo cardiologica |
| A.M18 | Volumi per visita di controllo chirurgia vascolare |
| A.M19 | Volumi per visita di controllo endocrinologica |
| A.M2 | Volumi diagnostica per immagini |
| A.M20 | Volumi per visita di controllo neurologica |
| A.M21 | Volumi per visita di controllo oculistica |
| A.M22 | Volumi per visita di controllo ortopedica |
| A.M23 | Volumi per visita di controllo ginecologica |
| A.M24 | Volumi per visita di controllo otorinolaringoiatrica |
| A.M25 | Volumi per visita di controllo urologica |
| A.M26 | Volumi per visita di controllo dermatologica |
| A.M28 | Volumi per visita di controllo gastroenterologica |
| A.M29 | Volumi per visita di controllo oncologica |
| A.M3 | Volumi per prima visita cardiologica |
| A.M30 | Volumi per visita di controllo pneumologica |
| A.M31 | Volumi per prestazioni tele-visita |
| A.M4 | Volumi per prima visita chirurgia vascolare |
| A.M5 | Volumi per prima visita endocrinologica |
| A.M6 | Volumi per prima visita neurologica |
| A.M7 | Volumi per prima visita oculistica |
| A.M8 | Volumi per prima visita ortopedica |
| A.M9 | Volumi per prima visita ginecologica |
| A1.1 | Mortalità nel primo anno di vita |
| B24B.1.1 | Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati |
| B24B.1.1 | Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati |
| B24B.1.2 | Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati |
| B24B.1.2 | Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati |
| B28.1.1 | Percentuale di anziani in Cure Domiciliari |
| B28.1.1b | Tasso standardizzato di utilizzo assistenza domiciliare |
| B28.2.11 | Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni |

| | |
|------------|---|
| B28.2.12 | Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni |
| B28.2.13 | Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente |
| B28.2.14 | Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con CIA base su popolazione residente |
| B28.2.5 | Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione |
| B28.2.9 | Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per over 65 in Cure Domiciliari |
| B28.2.9A | Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari |
| B28.3.11 | Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni) |
| B28.3.12 | Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni |
| B28.3.14 | Tasso di ammissioni in cure intermedie per 1000 residenti |
| B28.3.15 | Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 10 giorni da ammissione |
| B28.3.16 | Percentuale di ammissioni in cure intermedie con almeno un ricovero ospedaliero entro 90 giorni da ammissione |
| B4.1.1A | Consumo di oppioidi sul territorio |
| B4.1.3 | Consumo territoriale di morfina |
| B4.1.5 | Incidenza della morfina sul territorio |
| B5.1.2 | Adesione allo screening mammografico |
| B5.1.5 | Percentuale di donne sottoposte a primo approfondimento entro 20gg da screening positivo |
| B5.1.6 | Percentuale di adesione agli approfondimenti |
| B5.1.7 | Proporzione di cancri in stadio II rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza |
| B5.2.5 | Estensione e adesione dello screening della cervice uterina |
| C1.1 | Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso |
| C1.1.1 | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri ordinari acuti) per 1.000 residenti |
| C1.1.1.1 | Tasso ospedalizzazione DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso |
| C1.1.2.1 | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (DH medico acuti) per 1.000 residenti |
| C10.1.1 | Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata |
| C10.2.5 | Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante |
| C10.3.3 | Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore al colon di chemioterapia adiuvante |
| C11a.1.1 | Tasso ospedalizzazione per Scopenso Cardiaco per 100.000 residenti tra 50 e 74 anni |
| C11a.2.4 | Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti triennale |
| C13A.2.2.2 | Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi |
| C14.2a | Tasso di ricovero medico diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA) |
| C15A.5.1A | Tasso std di ospedalizzazione per schizofrenia e disturbi psicotici per 100.000 residenti maggiorenni |
| C15A.5.2A | Tasso std di ospedalizzazione per disturbi umore per 100.000 residenti maggiorenni |
| C15A.5.3A | Tasso std di ospedalizzazione per depressione lieve-moderata per 100.000 residenti maggiorenni |
| C15A.5.4A | Tasso std di ospedalizzazione per disturbi ansia e adattamento per 100.000 residenti maggiorenni |
| C15A.5.5A | Tasso std di ospedalizzazione per disturbi di personalità per 100.000 residenti maggiorenni |
| C15A.5.6A | Tasso std di ospedalizzazione per altre diagnosi per 100.000 residenti maggiorenni |
| C15A.5.8A | Tasso std di ospedalizzazione per disturbi mentali indotti da sostanze e dipendenze per 100.000 residenti maggiorenni |

| | |
|-----------|---|
| C15A.6B | Tasso std di ospedalizzazione in TSO per residenti maggiorenni |
| C15A.7 | Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni |
| C18.10 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.2 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.3 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia laparoscopica standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.4 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.5 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.6 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.7 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.8 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperlasia benigna standardizzato per 100.000 residenti |
| C18.9 | Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia standardizzato per 100.000 residenti |
| C21.3.1 | Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti (90-180 giorni) |
| C21.3.2 | Percentuale di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani (90-180 giorni) |
| C21.3.3 | Percentuale di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine (90-180 giorni) |
| C4.8 | DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti |
| C7.10 | Tasso di IVG 1.000 residenti |
| C7.7.4 | Tasso di ospedalizzazione in etÃ pediatrica per 100 residenti (1-13 anni) |
| C8a.13a | Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche |
| C8B.1 | Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti standardizzato per eta e sesso |
| C8C.1 | Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente |
| C8C.1.N | Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D05C) |
| C8C.2 | Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente |
| C8C.2.N | Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D06C) |
| C8C.3 | Accessi in PS ore notturne prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente |
| C8C.3.N | Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente (NSG D07Ca) |
| C9.1 | Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio |
| C9.2 | Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine (Ipilipemizzanti) |
| C9.3 | Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi) |
| C9.4 | Consumo di SSRI (Antidepressivi) sul territorio |
| C9.5.3 | Consumo di Antidepressivi nei giovani |
| C9.8.1.1A | Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza) |
| C9.8.1.2 | Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio |
| C9.8.1.7 | Proporzione di antibiotici Access |
| C9.9.1.1 | Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi |
| D07C.P.N | Accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione 4 o 5 sulla popolazione residente NSG D07Cb |

| | |
|----------|--|
| D10Z | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B) |
| D11Z | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità D) |
| D33ZA.R3 | Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3 |
| F.M1 | Consumo (in confezioni) di farmaci anti-diabetici sul territorio |
| F.M2 | Consumo (in confezioni) di sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina sul territorio |
| F.M3 | Consumo (in confezioni) di farmaci per la salute mentale sul territorio |
| F10.2.1b | Spesa Media per Farmaci Oncologici |
| F20.10 | Percentuale Rituximab biosimilare o vincitore di gara |
| F20.11 | Percentuale Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara |
| F20.12 | Percentuale Adalimumab biosimilare o vincitore di gara |
| F20.13 | Percentuale Follitropina biosimilare o vincitore di gara |
| F20.14 | Percentuale Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara |
| F20.15 | Percentuale Somatropina omatropina biosimilare o vincitore di gara |
| F20.16 | Percentuale Epoietina biosimilare o vincitore di gara |
| F20.17.1 | Percentuale Fattori di crescita delle colonie short activity su totale |
| F20.18 | Percentuale Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara |
| F20.19 | Percentuale Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara |
| F20.20 | percentuale Teriparatide biosimilare o vincitore di gara |
| F20.21.1 | percentuale di farmaci L04 biosimilare o vincitore di gara 5 molecole |
| F20.21.2 | percentuale di farmaci L04 biosimilare o vincitore di gara 13 molecole |
| F20.7 | percentuale Imatinib equivalente |
| F20.8 | percentuale Etanercept biosimilare o vincitore di gara |
| F20.9 | percentuale Infliximab biosimilare o vincitore di gara |
| FM.4 | Numero di utenti che assumono farmaci chemioterapici |
| P.M1 | Volumi Screening Cervicale |
| P.M2 | Volumi Screening Mammografico |
| P.M3 | Volumi Screening Colonrettale |
| P15CB | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella |
| P15CC | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto |

allegato 4: gli elementi rilevati per determinare la “propensione alla qualità” dell’ATS

| stato dimensione | ID | dimensione | contenuto dimensione/item | formula |
|---------------------|-----|--|---|---|
| attivo | 010 | processi certificati | il numero di processi certificati rispetto ai processi dell'ats | stp certificati/stp produttivi |
| attivo | 020 | processi associati a documenti | il numero di processi associati a documenti (procedure di processo, generali e istruzioni) rispetto ai processi dell'ats | stp associati a documenti/stp produttivi |
| attivo | 040 | processi monitorati con indicatori | il numero di processi monitorati con specifici indicatori rispetto ai processi dell'ats | stp monitorati (indicatori)/stp produttivi |
| attivo | 050 | documenti validi | il numero di documenti validi rispetto a quelli presenti in anagrafica | documenti validi/documenti in anagrafica |
| attivo | 051 | procedure di processo conformi | il numero delle procedure di processo conformi alle indicazioni fornite da uo gequ rispetto alle procedure di processo verificate | procedure di processo conformi /procedure di processo verificate |
| attivo | 060 | esigenze dei clienti | il numero di processi indagati relativamente alle esigenze dei clienti rispetto ai processi dell'ats | stp indagati per esigenze/stp |
| attivo | 070 | soddisfazione dei clienti | il numero di processi indagati relativamente alla soddisfazione dei clienti rispetto ai processi dell'ats | stp indagati per soddisfazione/stp |
| attivo | 071 | grado di soddisfazione dei clienti | il grado di soddisfazione dei clienti rilevato tramite le indagini di soddisfazione | sommatoria (% soddisfazione rilevata)/num indagini |
| attivo | 080 | reclami gestiti | il numero di reclami gestiti rispetto quelli pervenuti | reclami gestiti/pervenuti su processi |
| attivo | 090 | segnalazioni gestite | il numero di segnalazioni gestite rispetto quelle pervenute | segnalazioni gestite/pervenute (eccetto reclami ed encomi) |
| attivo | 091 | qualità delle azioni correttive attivate | la qualità delle azioni correttive attivate a seguito di segnalazioni | sommatoria pesi riconosciuti / num segnalazioni valutate |
| attivo | 100 | attività-obiettivi sgq raggiunti | il numero di attività-obiettivi sgq raggiunti rispetto a quanto programmato | attività raggiunte/programmate |
| attivo | 101 | sp. coinvolti in attività sgq | il numero di processi coinvolti (a consuntivo) dalla programmazione attività SGQ ordinarie e innovative rispetto ai processi dell'ats | stp coinvolti/stp produttivi |
| attivo | 105 | schede di raccolta indicatori gestite dalle uo | il numero delle schede di raccolta indicatori gestite dalle unità organizzative rispetto a quelle alimentate | schede di raccolta indicatori gestite dalle unità organizzative/ alimentate |
| attivo | 110 | processi verificati | il numero di processi oggetto di verifica rispetto ai processi dell'ats | stp verificati/stp produttivi |
| attivo | 120 | dipendenti coinvolti attivamente nel SGQ | il numero di dipendenti coinvolti attivamente nel SGQ rispetto al numero di dipendenti | dipendenti coinvolti in SGQ/dipendenti ats |
| attivo | 130 | dipendenti coinvolti su processi certificati | il numero di dipendenti coinvolti su processi certificati rispetto al numero di dipendenti | dipendenti coinvolti in processi certificati/dipendenti ats |
| attivo | 140 | processi con adr | il numero di processi analizzati per l'AdR rispetto al numero di processi dell'ATS | stp con AdR/stp |
| attivo | 141 | mitigazione rischiosità dei processi | indice di rischiosità dei processi | 1-sommatoria pesi anno rilevati/ sommatoria pesi potenziali |
| attivo | 999 | indice di complessità | indice di correzione x complessità del dipartimento | 1/num max stp strutt.e*num stp strutt.a |

allegato 5: gli indicatori per l'analisi della "conformità dei processi produttivi ATS"

| cod. in | denominazione indicatore | significato | algoritmo | ID stp |
|---------|--|--|---|--------|
| Ind.002 | disponibilità flussi | l'indicatore rileva la % di completezza dei flussi disponibili per l'alimentazione della coan | (num flussi disponibili per alimentazione analitica / num flussi che alimentano la contabilità analitica) * 100 | Sp.009 |
| Ind.003 | rilevazione squadrature | l'indicatore rileva la % di squadrature fuori tolleranza rilevate negli invii di test dei flussi coan | (num squadrature fuori tolleranza / num di squadrature fuori tolleranza previste) * 100 | Sp.009 |
| Ind.020 | registrazione degli interventi di manutenzione ordinaria sugli ascensori | l'indicatore rileva la percentuale degli interventi di manutenzione ordinaria registrati | (num interventi di manutenzioni registrati / num interventi di manutenzioni eseguiti) * 100 | Sp.034 |
| Ind.022 | incarichi libero professionali attivati | rileva la percentuale di incarichi attivati rispetto alle richieste pervenute di attivazione in relazione alla disponibilità economica | (num incarichi attivati / num richieste) * 100 | Sp.032 |
| Ind.023 | tempestività dei pagamenti | l'indicatore rileva il tempo medio di pagamento pesato rispetto al totale fattura | [(tot importo pagato * (tempo effettivo - tempo richiesto per legge)) / tot importo pagato] * 1 | Sp.012 |
| Ind.027 | report trimestrali per il bilancio socio assistenziale prodotti dalle strutture | l'indicatore rileva il rispetto dell'invio dei report trimestrali di monitoraggio del bilancio socio assistenziale da parte delle strutture coinvolte nella procedura | (num report trimestrali inviati / num report trimestrali attesi) * 100 | Sp.149 |
| Ind.028 | attenzione con la quale viene coordinato il processo | l'indicatore misura il rispetto delle modalità e dei tempi indicati da regione lombardia per l'erogazione delle risorse fsr-fna-fnps agli ambiti distrettuali | (num liquidazioni emesse / num liquidazioni attese) * 100 | Sp.000 |
| Ind.032 | ripristini andati a buon fine | rileva la percentuale di ripristini andati a buon fine sul totale di quelli effettuati | (num ripristini positivi / num ripristini) * 100 | Sp.414 |
| Ind.037 | campioni effettuati non conformi in accettazione | l'indicatore rileva la percentuale di campioni risultati non conformi in fase di accettazione rispetto ai campioni consegnati | (num campioni non conformi / num campioni consegnati) * 100 | Sp.057 |
| Ind.042 | denuncia impianti elettrici di messa a terra, scariche atmosferiche e luoghi a rischio di esplosione | l'indicatore rileva la percentuale di denunce valutate e inserite nel gestionale rispetto alle denunce ricevute | (num "dico" valutate e inserite / num "dico" ricevute) * 100 | Sp.067 |
| Ind.048 | valutazione casi particolari domande di scelta in deroga | l'indicatore rileva la quantità di casi particolari rispetto al totale delle domande di scelta in deroga | (num pratiche particolari / num pratiche) * 100 | Sp.049 |
| Ind.056 | Inserimento infortuni in Ma. P.I. | l'indicatore rileva la percentuale di infortuni inseriti nel gestionale rispetto alle inchieste effettuate | (num infortuni inseriti / num inchieste infortuni effettuate) * 100 | Sp.075 |
| Ind.059 | controllo sui centri e sugli studi professionali di medicina dello sport | l'indicatore rileva la percentuale di centri/studi controllati rispetto ai centri/studi programmati | (num centri/studi controllati / num centri/studi programmati) * 100 | Sp.206 |
| Ind.063 | prevenzione randagismo | rileva la % dei controlli effettuati rispetto a quelli richiesti | (num controlli effettuati / num richieste pervenute) * 100 | Sp.156 |
| Ind.064 | certificazione | rileva la % delle certificazioni/attestazioni inserite in euopolis rispetto alle certificazioni/attestazioni rilasciate per alimenti di o.a. | (num certificazioni attestazioni inserite in euopolis / num certificazioni attestazioni rilasciate per alimenti di o.a) * 100 | Sp.085 |
| Ind.065 | certificazione | rileva la % delle certificazioni/attestazioni inserite in euopolis rispetto alle certificazioni/attestazioni rilasciate per alimenti di o.a. | (num certificazioni attestazioni inserite in SIV / num certificazioni attestazioni rilasciate per alimenti di o.a) * 100 | Sp.097 |
| Ind.067 | Emergenze | rileva la % delle pratiche gestite rispetto alle notifiche ricevute | (num emergenze gestite / num emergenze notificate) * 100 | Sp.117 |
| Ind.068 | Emergenze | rileva la % delle pratiche gestite rispetto alle notifiche ricevute | (num emergenze gestite / num emergenze notificate) * 100 | Sp.105 |
| Ind.069 | Emergenze | rileva la % delle pratiche gestite rispetto alle notifiche ricevute | (num emergenze gestite / num emergenze notificate) * 100 | Sp.081 |
| Ind.078 | verifica dell'evidenza degli obiettivi di budget | rileva la % di obiettivi raggiunti in sede di verifica per i quali sono state acquisite le evidenze richieste | (num obiettivi di budget verificati / num obiettivi di budget campionati) * 100 | Sp.023 |
| Ind.083 | appropriatezza e controllo ricoveri | l'indicatore è diretto a rilevare la capacità quali quantitativa della struttura di assicurare una rendicontazione efficace dell'attività di controllo delle prestazioni di ricovero | (num verbali sottoscritti nel rispetto della procedura / num verifiche effettuate presso gli erogatori accreditati con contratto) * 100 | Sp.136 |

| | | | | |
|---------|---|---|---|--------|
| Ind.094 | controllo rendicontazione dati analitici | verifica la corrispondenza tra esiti analitici inviati e quelli da inviare | (num dati inviati / num dati da inviare) * 100 | Sp.068 |
| Ind.095 | monitoraggio ambientale interno | controllo dell'impatto delle condizioni ambientali sulla qualità dei risultati analitici | (num monitoraggi non conformi / num monitoraggi) * 100 | Sp.068 |
| Ind.096 | valutazione dei risultati ottenuti dall'analisi di materiali di riferimento primari e secondari: fobt | rileva la % di analisi di materiali di riferimento primari e secondari non conformi | (num esiti non conformi / num esiti) * 100 | Sp.069 |
| Ind.099 | valutazione dei risultati ottenuti dall'analisi di materiali di riferimento primari e secondari: droghe d'abuso su campioni umani | rileva la % di analisi di materiali di riferimento primari e secondari non conformi | (num esiti non conformi / num esiti) * 100 | Sp.201 |
| Ind.129 | certificazione | verificare se il certificato richiesto dall'utente viene rilasciato dall'ufficio competente secondo le modalità previste dalla normativa vigente, verificando così la corretta attuazione del processo | (num certificati rilasciati conformi alla normativa vigente / num totale certificati rilasciati) * 100 | Sp.108 |
| Ind.130 | certificazione | verificare se il certificato richiesto dall'utente viene rilasciato dall'ufficio competente secondo le modalità previste dalla normativa vigente, verificando così la corretta attuazione del processo | (num certificati rilasciati conformi alla normativa vigente / num totale certificati rilasciati) * 100 | Sp.121 |
| Ind.138 | rispetto dei criteri di selezione condivisi | rileva la % di verifiche effettuate nel rispetto dei criteri di selezione condivisi | (num verbali di accertamento preceduti da verbale di selezione valido / num totale verbali di accertamento) * 100 | Sp.137 |
| Ind.150 | schede registrazioni inserimento personale | tenere sotto controllo il processo di inserimento del neo assunto con riguardo l'informazione/formazione in materia di sicurezza, privacy e l'eventuale fabbisogno formativo da soddisfare | (num schede pervenute / num dipendenti personale strutturato) * 100 | Sp.016 |
| Ind.191 | conformità delle procedure di processo | l'indicatore misura l'aderenza delle procedure di processo caricate dalle strutture ATS alla procedura generale "gestione dei documenti interni" | (num procedure di processo conformi / num procedure di processo verificate) * 100 | Sp.020 |
| Ind.193 | pagamenti alle farmacie | rileva la % di fatture liquidate alle farmacie convenzionate | (num fatture liquidate / num fatture pervenute da farmacie convenzionate) * 100 | Sp.046 |
| Ind.195 | controllo file f | l'indicatore rileva l'effettuazione delle estrazioni ed elaborazione dei record del file f in modo coerente con le tempistiche definite in procedura (novembre-febbraio) | (num estrazioni effettuate / num estrazioni da effettuare) * 100 | Sp.043 |
| Ind.203 | documentazione inviata dagli ambiti territoriali | rileva la completezza della documentazione inviata e conseguentemente la conformità della stessa ai criteri definiti dalla norma e da ATS | (documentazione completa / documentazione pervenuta) * 100 | Sp.165 |
| Ind.206 | verifiche interne conformi per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali | l'indicatore rileva la percentuale di verifiche interne con esito conforme rispetto a quelle effettuate | (num verifiche interne conformi / num verifiche interne effettuate) * 100 | Sp.064 |
| Ind.217 | corrispondenza dei dati relativi ai capi macellati | l'indicatore rileva la corrispondenza tra i dati rendicontati dai VU e quelli presenti in BDR relativi ai capi macellati | ((num capi rendicontati dai VU - num capi inseriti BDR) / num capi inseriti in BDR) * 100 | Sp.154 |
| Ind.219 | abbonamenti attivati correttamente | l'indicatore è diretto a verificare la tenuta sotto controllo del budget previsto per gli abbonamenti | (budget speso / budget preventivato) * 100 | Sp.015 |
| Ind.230 | pubblicazione allerte alimentari su irasff | l'indicatore rileva la corrispondenza tra le allerte attivate (ad esclusione di quelle regionali) e le allerte pubblicate su irasff | (allerte pubblicate irasff / allerte aperte) * 100 | Sp.166 |
| Ind.231 | pubblicazione allerte alimentari su irasff | l'indicatore rileva la corrispondenza tra le allerte attivate (ad esclusione di quelle regionali) e le allerte pubblicate su irasff | (allerte pubblicate irasff / allerte aperte) * 100 | Sp.167 |
| Ind.232 | flusso vigilanza e controllo alimenti e bevande (vig) | l'indicatore attraverso la misura della completezza e tempestività nella valutazione dei rapporti di prova con esiti non favorevoli rileva la conformità delle attività a quanto previsto da procedura | (num campioni valutati e registrati in sivi tempestivamente / num campioni da inserire in sivi) * 100 | Sp.084 |
| Ind.233 | flusso vigilanza e controllo alimenti e bevande (vig) | l'indicatore attraverso la misura della completezza e tempestività nella valutazione dei rapporti di prova con esiti non favorevoli rileva la conformità delle attività a quanto previsto da procedura | (num campioni valutati e registrati in sivi tempestivamente / num campioni da inserire in sivi) * 100 | Sp.096 |
| Ind.236 | segnalazioni improprie in emergenza in pronta disponibilità | l'indicatore misurando la percentuale di segnalazioni improprie pervenute in pronta disponibilità rileva la conformità dell'attività a quanto previsto dalla procedura | (num segnalazioni improprie / num segnalazioni pervenute) * 100 | Sp.057 |
| Ind.238 | accertamento della regolarità contributiva mediante documento unico di regolarità contributiva (DURC) | l'indicatore rilevando la % delle irregolarità rilevate e segnalate tempestivamente all'ente erogatore evidenzia la conformità delle attività alla procedura | (irregolarità segnalate a ente erogatore / irregolarità rilevate) * 100 | Sp.138 |
| Ind.247 | analisi delle schede periodiche con anomalie indicatori | l'indicatore rileva la % di schede per le quali le strutture competenti non hanno effettuato l'analisi delle anomalie riscontrate a seguito del confronto tra i dati raccolti e la previsione di target | (num schede non analizzate / num schede riaperte) * 100 | Sp.022 |

| | | | | |
|---------|--|---|---|--------|
| Ind.247 | analisi delle schede periodiche con anomalie indicatori | l'indicatore rileva la % di schede per le quali le strutture competenti non hanno effettuato l'analisi delle anomalie riscontrate a seguito del confronto tra i dati raccolti e la previsione di target | (num schede non analizzate / num schede riaperte) * 100 | Sp.022 |
| Ind.250 | evidenza di equità nell'effettuazione della vigilanza | l'indicatore rileva la % di conformità dei verbali emessi in occasione delle verifiche ispettive rilevata tramite l'utilizzo di una check list | (num verbali di vigilanza conformi / num verbali emessi) * 100 | Sp.135 |
| Ind.261 | composizione corretta delle commissioni | l'indicatore tramite la misura delle commissioni correttamente costituite rileva la conformità della composizione rispetto ai criteri stabiliti dalla procedura | (num commissioni correttamente composte / num commissioni attivate) * 100 | Sp.042 |
| Ind.266 | rilascio codici aperture allevamento | l'indicatore, rilevando il numero di codici allevamento rilasciati, rispetto al numero di pratiche con esito favorevole, rileva la corretta esecuzione dell'attività rispetto alla procedura | (num codici rilasciati / num pratiche apertura codice con esito favorevole) * 100 | Sp.158 |
| Ind.267 | inchieste epidemiologiche in ambito di malattia a trasmissione alimentare | l'indicatore misurando la % di inchieste epidemiologiche effettuate a seguito di segnalazione di malattie a trasmissione alimentare rileva la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura | (num inchieste epidemiologiche / num segnalazioni pervenute) * 100 | Sp.213 |
| Ind.277 | riunioni di monitoraggio pil | l'indicatore misurando il numero di riunioni effettuate con gli operatori per monitorare quadrimestralmente i progetti del pil rileva la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura | (num riunioni effettuate / num riunioni previste) * 100 | Sp.078 |
| Ind.350 | corrispondenza tra contributo in conto capitale assegnato da regione e valore messo a bilancio | l'indicatore monitorando la corrispondenza tra quanto assegnato dalla regione come contributo in conto capitale e quanto inserito a bilancio rileva indirettamente la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura | (valore inserito a bilancio / valore del contributo in conto capitale assegnato dalla regione) * 100 | Sp.011 |
| Ind.351 | accettazione formale di lasciti/donazioni | l'indicatore raffrontando il numero di provvedimenti di accettazione e il numero di lasciti esistenti rileva la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura per l'accettazione di lasciti e/o donazioni | (num delibere di accettazione adottate / num lasciti ricevuti) * 100 | Sp.000 |
| Ind.352 | corrispondenza tra contributo in conto esercizio ricevuto da regione e valore messo a bilancio | l'indicatore monitorando la corrispondenza tra quanto ricevuto dalla regione come contributo in conto esercizio e quanto inserito a bilancio rileva indirettamente la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura | (valore inserito a bilancio / valore del contributo in conto esercizio ricevuto dalla regione) * 100 | Sp.011 |
| Ind.353 | contributi per ripiano perdita | l'indicatore misurando l'effettuazione delle richieste di contributi al verificarsi di una perdita d'esercizio rileva la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura | (num richieste contributo / num perdite di esercizio rilevate) * 100 | Sp.011 |
| Ind.363 | attestazioni del collegio sindacale | l'indicatore attestando l'esistenza di attestazione del collegio sindacale rileva la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura | (num attestazioni del collegio sindacale / num degli impieghi dei corrispettivi derivanti dalla cessione di beni) * 1 | Sp.011 |
| Ind.364 | effettuazione prove di evacuazione | l'indicatore misurando i verbali prodotti a seguito dell'effettuazione delle prove effettuate rileva la conformità delle attività a quanto previsto dalla procedura | (num verbali presenti / num prove effettuate) * 100 | Sp.030 |
| Ind.372 | programmazione controllo ufficiale | serve a monitorare la scadenza del debito informativo regionale sulla redazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria | (PIAV approvato (1) / PIAV da approvare (1)) * 1 | Sp.161 |
| Ind.396 | invii elenco delle persone fragili ai comuni | l'indicatore, rilevando la % di invii degli elenchi delle persone fragili ai comuni rispetto ai comuni che ne hanno fatto richiesta, misura la conformità a quanto descritto in procedura | (invii elenchi effettuati / richieste pervenute) * 100 | Sp.143 |
| Ind.409 | delibere approvate | l'indicatore rileva la percentuale di delibere approvate rispetto al numero di istanze procedibili ricevute da ASST per nuovi beneficiari | (num delibere approvate / num istanze nuovi beneficiari procedibili) * 100 | Sp.057 |
| Ind.418 | qualità delle rendicontazioni economiche | l'indicatore misura il livello di conformità delle rendicontazioni economiche presentate rispetto a quanto richiesto dalle linee guida di rendicontazione di ogni singolo bando. La rendicontazione deve essere completa di tutti i documenti richiesti, oltre che venga caricato entro la data puntuale richiesta. | (num delle integrazioni / num delle rendicontazioni economiche) * 100 | Sp.332 |
| Ind.423 | richieste visite mediche accettate dal MC | l'indicatore attraverso il monitoraggio delle richieste accettate dal medico competente misura indirettamente il benessere dei lavoratori | (num richieste visite mediche accettate dal MC / num richieste visite mediche presentate dai lavoratori) * 100 | Sp.406 |
| Ind.457 | malattie professionali indagate con inchiesta | l'indicatore rileva la % delle malattie professionali indagate con inchiesta (fino alla concorrenza massima delle MP indagabili) rispetto alle MP registrate in MAPI | (num MP indagate con inchiesta / num MP indagabili registrate in MAPI) * 100 | Sp.076 |
| Ind.458 | conformità item check list per verifiche interne | l'indicatore rileva la conformità del processo verificato a quanto previsto dalla procedura associata al processo | (num item conformi / num item verificati) * 100 | Sp.209 |
| Ind.465 | controllo valutazioni effettuate | l'indicatore è diretto a rilevare la conformità delle attività di valutazione conseguenti alla richiesta di inserimento di nuovi prodotti rispetto a quanto definito nella procedura di processo | (valutazione effettuate / valutazione da effettuare) * 100 | Sp.378 |

| | | | | |
|---------|--|--|--|--------|
| Ind.466 | completezza documentazione | l'indicatore, verificando la completezza della documentazione, misura la conformità dell'attività della UO e rileva le capacità della stessa di fornire indicazioni esaurienti ai Serd/SMI | (num. richieste complete / num. richieste pervenute) * 100 | Sp.401 |
| Ind.469 | rendicontazione | rileva la % di rendicontazioni inviate nei tempi richiesti dalla regione | (num rendicontazioni inviate tempestivamente / num rendicontazioni da inviare) * 100 | Sp.142 |
| Ind.506 | rilevazione della partecipazione a progetti di rilevanza sociosanitaria e sociale | l'indicatore, attraverso la compilazione delle schede sinottiche, è diretto a rilevare il rispetto delle attività connesse alla partecipazione a progetti innovativi di rilevanza sociosanitaria e sociale | (num schede sinottiche compilate / num schede sinottiche da compilare) * 100 | Sp.352 |
| Ind.507 | rilevazione della partecipazione a progetti innovativi di rilevanza sociosanitaria e sociale | l'indicatore, attraverso la compilazione delle schede sinottiche, è diretto a rilevare il rispetto delle attività connesse alla partecipazione a progetti innovativi di rilevanza sociosanitaria e sociale | (num schede sinottiche compilate / num schede sinottiche da compilare) * 100 | Sp.353 |

allegato 6: gli indicatori per l'analisi della "tempestività dei processi produttivi ATS"

| cod. int | denominazione indicatore | significato | algoritmo | ID stp |
|----------|---|--|--|--------|
| Ind.014 | documenti: verifica qualità anagrafica | rileva la % di documenti (nuovi e/o rivisti) inseriti nel gestionale documenti dalle strutture ats verificati tempestivamente dalla gestione qualità | (num documenti esaminati tempestivamente / num documenti da esaminare) * 100 | Sp.020 |
| Ind.015 | segnalazioni: analisi mensili report 420 | rileva la tempestività nell'effettuazione delle analisi del report 420 | (num analisi tempestive / num analisi effettuate) * 100 | Sp.019 |
| Ind.018 | approvazione piano di formazione | l'indicatore rileva il rispetto della tempistica regionale per l'approvazione del piano | (num piani approvati tempestivamente / num piani approvati) * 100 | Sp.017 |
| Ind.021 | tempistica di attivazione delle riparazioni | l'indicatore rileva il tempo medio impiegato fra la ricezione della richiesta di riparazione e l'attivazione da parte del tecnico patrimoniale | (sommatoria giorni (data attivazione - data richiesta) / num richieste pervenute) * 1 | Sp.033 |
| Ind.026 | rispetto delle tempistiche per la predisposizione del bilancio preventivo socio assistenziale | l'indicatore misura la tempestività dell'invio all'Economico Finanziario dei dati utili alla predisposizione del bilancio preventivo d'esercizio socio assistenziale annuale | (num giorni ritardo / 1) * 1 | Sp.149 |
| Ind.038 | tempistica evasione pratiche edilizie | l'indicatore rileva la tempestività nell'evasione delle pratiche pervenute | (num pratiche evase tempestivamente / num pratiche evase) * 100 | Sp.079 |
| Ind.050 | tempo medio di valutazione delle segnalazioni prese in carico | l'indicatore rileva il tempo medio per la presa in carico, tramite valutazione, delle segnalazioni | (sommatoria (data valutazione - data segnalazione) / num segnalazioni) * 1 | Sp.026 |
| Ind.054 | tempistica evasione richieste di riconoscimento | l'indicatore rileva la tempestività nell'evasione delle richieste pervenute | (num richieste evase tempestivamente / num richieste procedibili) * 100 | Sp.065 |
| Ind.079 | evasione richieste riguardanti gli obiettivi di budget | rileva il tempo medio di evasione delle richieste/comunicazioni riguardanti il budget | (sommatoria (data chiusura - data richiesta) / num richieste) * 1 | Sp.023 |
| Ind.087 | stipula atti sottoscritti con le unità d'offerta socio sanitarie | rileva la % di atti sottoscritti nel rispetto delle indicazioni e dei termini regionali in materia di negoziazione con le UdO socio sanitarie | (num atti sottoscritti entro la scadenza prevista / num atti da sottoscrivere) * 100 | Sp.139 |
| Ind.088 | segnalazioni di reazioni avverse da farmaci (ADR) | rileva la % di risposta alle segnalazioni di "adr" nei tempi stabiliti | (num risposte nei tempi previsti / num segnalazioni ricevute complete) * 100 | Sp.051 |
| Ind.089 | accesso agli atti | rileva la % di provvedimenti rilasciati nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa | (num provvedimenti rilasciati nei tempi previsti dalla normativa / num richieste d'accesso agli atti pervenute) * 100 | Sp.050 |
| Ind.097 | produzione e trasmissione degli esiti al centro screening | rileva il tempo medio intercorrente tra l'accettazione del campione e l'emissione del rapporto di prova | (sommatoria (data arrivo campioni - data trasmissione degli esiti) / num sedute eseguite) * 1 | Sp.069 |
| Ind.101 | emissione del rapporto di prova per l'area di tossicologia umana | rileva il tempo medio intercorrente tra l'accettazione del campione e l'emissione del rapporto di prova | (sommatoria (data emissione rapporti di prova - data accettazione) / num rapporti di prova emessi) * 1 | Sp.201 |
| Ind.107 | consegna del rapporto di audit | rileva la % di consegna del rapporto di audit effettuati alla segreteria della struttura nei tempi previsti | (num rapporti di audit consegnati nei tempi previsti / num audit effettuati) * 100 | Sp.082 |
| Ind.148 | conferimento incarico | l'indicatore tiene sotto controllo che gli incarichi riguardo la fornitura di servizi siano sottoscritti dai formatori prima dell'evento | (num conferimenti di incarico accettati tempestivamente / num.conferimenti incarico) * 100 | Sp.014 |
| Ind.164 | manutenzioni ordinarie | l'indicatore rileva la % di interventi di manutenzione ordinaria eseguiti nei tempi con squadre interne | (num interventi manutenzione ordinaria con squadre interne tempestivi / num interventi di manutenzione ordinaria eseguiti) * 100 | Sp.034 |
| Ind.190 | evasione delle richieste di convenzioni attive e/o passive | l'indicatore rileva la % di evasione tempestiva delle richieste di convenzione attiva e/o passiva pervenuta | (num richieste convenzioni evase tempestivamente / num richieste convenzioni pervenute) * 100 | Sp.007 |
| Ind.194 | richieste acquisto stupefacenti | l'indicatore misura la tempestività di evasione delle richieste pervenute | (num richieste evase tempestivamente / num richieste pervenute) * 100 | Sp.047 |
| Ind.201 | consegna proposte aggiornamento fuori sede | l'indicatore è diretto a tenere sotto controllo la tempistica della proposta di aggiornamento prima che venga effettuato l'evento formativo | (num proposte pervenute nei tempi / num proposte pervenute) * 100 | Sp.013 |

| | | | | |
|---------|---|---|--|--------|
| Ind.211 | tarature effettuate nei tempi previsti sulle apparecchiature elettromedicali e di misurazione | l'indicatore rileva il numero delle tarature effettuate sulle apparecchiature elettromedicali e di misurazione nei tempi previsti | (num tarature tempestive / num tarature effettuate) * 100 | Sp.057 |
| Ind.226 | sistema di allerta alimentare | l'indicatore rileva la percentuale di allerte alimentari chiuse tempestivamente | (num allerte alimentari chiuse tempestivamente / num allerte alimentari pervenute) * 100 | Sp.065 |
| Ind.243 | rilascio atti | l'indicatore rileva la percentuale di atti rilasciati nei tempi stabiliti rispetto agli atti rilasciati | (num atti rilasciati nei tempi stabiliti / num atti rilasciati) * 100 | Sp.057 |
| Ind.252 | rispetto tempi concordati per il caricamento di documenti | l'indicatore rileva la % di caricamenti effettuati tempestivamente e cioè nel rispetto di quanto previsto in procedura | (num caricamenti tempestivi / num caricamenti richiesti) * 100 | Sp.002 |
| Ind.258 | invio tempestivo della proposta di delibera all'UOC economico-finanziario per assunzione oneri economici | rileva la tempestività nell'invio delle proposte di delibera | (proposte di delibera tempestive / proposte inviate) * 100 | Sp.140 |
| Ind.264 | tempistica chiusura cartella atleti sospesi | l'indicatore rileva la tempestività di chiusura delle cartelle degli atleti sospesi | (num cartelle atleti sospesi chiuse tempestivamente / num cartelle atleti sospesi chiuse) * 100 | Sp.071 |
| Ind.269 | rispetto tempistica rilascio titolarità | l'indicatore rileva il rispetto dei tempi previsti dalla normativa per il rilascio della titolarità di farmacia | (num autorizzazioni di apertura farmacie tempestive / num istanze apertura complete) * 100 | Sp.041 |
| Ind.270 | rispetto tempistica rilascio autorizzazione | l'indicatore rileva il rispetto dei tempi previsti dalla normativa per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura | (num autorizzazione tempestive alla distribuzione / num istanze complete) * 100 | Sp.040 |
| Ind.272 | tempistica inserimento in mainf delle malattie infettive a segnalazione immediata | l'indicatore rileva la tempestività dell'inserimento in mainf delle malattie infettive a segnalazione immediata | (num malattie inserite tempestivamente / num malattie inserite) * 100 | Sp.213 |
| Ind.284 | convocazione cfa | l'indicatore rileva la tempestività della comunicazione alla cfa | (num comunicazioni tempestive / num comunicazioni dovute) * 100 | Sp.044 |
| Ind.286 | evasione delle richieste di attribuzione e rinnovo qualifica ufficiale di polizia giudiziaria | l'indicatore rileva la % di evasione tempestiva delle richieste di qualifica e rinnovo di upg pervenute | (num richieste evase tempestivamente / num richieste-rinnovi pervenute) * 100 | Sp.242 |
| Ind.290 | effettuazione dei sopralluoghi per verifica mantenimento requisiti di accreditamento | rileva il tempo medio intercorrente tra la data della comunicazione regionale post accreditamento e l'esecuzione del sopralluogo | (sommatoria(data esecuzione sopralluogo-data comunicazione regionale) / num comunicazioni pervenute) * 1 | Sp.129 |
| Ind.291 | effettuazione dei sopralluoghi per verifica requisiti di esercizio e/o accreditamento | rileva la percentuale di sopralluoghi per verifica dei requisiti di esercizio e/o accreditamento effettuati dalla presentazione di nuove istanze nei tempi previsti | (num sopralluoghi per nuove istanze effettuati nei tempi previsti / num sopralluoghi per nuove istanze effettuati) * 100 | Sp.129 |
| Ind.292 | tempestività dei provvedimenti di accreditamento | rileva la percentuale di provvedimenti di accreditamento assunti nel rispetto della tempistica prevista | (num provv. accreditamento assunti nel rispetto della tempistica / num provv. accreditamento assunti) * 100 | Sp.129 |
| Ind.294 | tempestività comunicazione esito controllo standard personale in udo socio sanitarie per anziani e disabili | rileva la percentuale di controlli dello standard di personale comunicati nei tempi previsti dalla procedura | (num controlli standard personale comunicati tempestivamente / num controlli standard personale effettuati) * 100 | Sp.130 |
| Ind.298 | comunicazione tempestiva sopralluogo in udo socio sanitarie per controllo appropriatezza delle prestazioni | rileva il tempo assoluto intercorrente tra la data del preavviso del sopralluogo per controllo di appropriatezza delle prestazioni in udo socio sanitarie e la data di esecuzione del sopralluogo | (num comunicazioni tempestive / num sopralluoghi per controllo appropriatezza) * 100 | Sp.133 |
| Ind.300 | effettuazione dei sopralluoghi per verifica mantenimento requisiti di accreditamento | rileva il tempo medico intercorrente tra la data della comunicazione regionale post accreditamento e l'esecuzione del sopralluogo | (sommatoria(data esecuzione sopralluogo-data comunicazione regionale) / num comunicazioni pervenute) * 1 | Sp.358 |
| Ind.301 | effettuazione dei sopralluoghi per verifica requisiti di esercizio e/o accreditamento | rileva la percentuale di sopralluoghi per verifica requisiti di esercizio e/o accreditamento effettuati dalla presentazione di nuove istanze nei tempi previsti | (num sopralluoghi per nuove istanze effettuati nei tempi previsti / num sopralluoghi per nuove istanze effettuati) * 100 | Sp.358 |
| Ind.302 | tempestività dei provvedimenti di accreditamento | rileva la percentuale di provvedimenti di accreditamento assunti nel rispetto della tempistica prevista | (num provvedimenti accreditamento assunti nel rispetto tempistica / num provvedimenti accreditamento assunti) * 100 | Sp.358 |
| Ind.303 | tempestività comunicazione esito controllo standard personale in udo socio sanitarie per anziani e disabili | rileva la percentuale di controlli dello standard di personale comunicati nei tempi previsti dalla procedura | (num controlli standard personale comunicati tempestivamente / num controlli standard personale effettuati) * 100 | Sp.359 |

| | | | | |
|---------|--|--|---|--------|
| Ind.307 | comunicazione tempestiva sopralluogo in udo sociosanitarie per controllo appropriatezza delle prestazioni | rileva il tempo assoluto intercorrente tra la data del preavviso del sopralluogo per controllo di appropriatezza delle prestazioni in udo sociosanitarie e la data di esecuzione del sopralluogo | (num comunicazioni tempestive / num sopralluoghi per controllo appropriatezza) * 100 | Sp.365 |
| Ind.309 | inoltro della domanda di autorizzazione al ricovero all'estero al centro regionale di riferimento | l'indicatore rileva il rispetto della tempistica prevista dalla procedura per l'inoltro della documentazione, riguardante la richiesta di autorizzazione alle cure all'estero, al centro regionale di riferimento | (num richieste evase nei tempi definiti / num richieste appropriate pervenute) * 100 | Sp.039 |
| Ind.310 | tempistica di risposta alle richieste di pareri richiesti da uffici asst | l'indicatore rileva la tempestività nell'invio delle risposte | (num risposte evase nei tempi / num richieste pervenute) * 100 | Sp.038 |
| Ind.314 | inserimento tempestivo dei rilievi da audit interni | l'indicatore rileva il rispetto dei tempi da parte dell'operatore previsti dalla procedura intercorrenti tra l'arrivo dei documenti dell'audit e il caricamento nell'applicativo di gestione delle segnalazione dei rilievi eventualmente emersi | (num caricamenti tempestivi / num rilievi) * 100 | Sp.018 |
| Ind.322 | tempestività nell'assicurare al cliente il prodotto richiesto | rileva la % di istanze di voltura, di cambio o ampliamento branca (senza modifiche strutturali) processate entro 40 giorni dall'istanza presentata da struttura sanitaria accreditata | (num delibere predisposte / num istanze di voltura, cambio o ampliamento branca presentate) * 100 | Sp.134 |
| Ind.324 | documenti tempestivi | l'indicatore rileva la tempestività nella realizzazione dei documenti essenziali del processo | (documenti tempestivi / documenti prodotti) * 100 | Sp.162 |
| Ind.333 | invio tempestivo della comunicazione di accettazione o diniego all'inserimento | rileva la % di tempestività di invio delle comunicazioni | (comunicazioni tempestive / richieste inserimento) * 100 | Sp.146 |
| Ind.337 | tempestività fasi acquisizione schede analisi del rischio | indicatore rileva la tempestività di acquisizione nell'applicativo Santer HeGos delle schede AdR compilate e trasmesse dalle UO | (somma pesi (fasi tempestive/realizzate) / schede pervenute) * 100 | Sp.380 |
| Ind.339 | presa in carico tempestivo delle richieste di aggiornamento delle anagrafiche | l'indicatore rileva la % di valutazioni tempestive delle richieste di aggiornamento delle anagrafiche | (num prese in carico tempestive / num aggiornamenti richiesti) * 100 | Sp.379 |
| Ind.346 | monitoraggio rispetto tempistica di verifica della pratica aspettativa dirigenza | l'indicatore rileva la capacità dell'u.o. di effettuare nei tempi previsti le verifiche sulle pratiche aspettativa dirigenza | (num pratiche verificate nei tempi / num pratiche pervenute) * 100 | Sp.032 |
| Ind.349 | dispensazione di prodotti farmaceutici nei tempi previsti (10 giorni) | l'indicatore rileva la tempestività dell'evasione delle richieste pervenute | (num richieste complete evase nei tempi / num richieste pervenute) * 100 | Sp.045 |
| Ind.359 | inserimento primo sopralluogo nel gestionale in uso | l'indicatore rileva la tempestività di inserimenti dei primi sopralluogo | (num inserimenti tempestivi del primo sopralluogo / num inserimenti totale del primo sopralluogo) * 100 | Sp.077 |
| Ind.362 | inserimento primo sopralluogo nel gestionale in uso | l'indicatore rileva la tempestività di inserimenti dei primi sopralluogo | (num inserimenti tempestivi del primo sopralluogo / num inserimenti totale del primo sopralluogo) * 100 | Sp.077 |
| Ind.366 | rispetto delle tempistiche di invio della richiesta di risarcimento al broker | l'indicatore misura la tempestività nell'invio delle richieste di risarcimento al broker | (num invii richieste tempestivi al broker / num invii richieste al broker) * 100 | Sp.254 |
| Ind.373 | analisi report variazioni account personale dipendente | l'indicatore rileva la tempestività nell'analisi del report delle variazioni pervenute dall'ufficio personale tramite il file mensile | (report analizzati / report ricevuti) * 100 | Sp.415 |
| Ind.376 | risposte tempestive trasmesse | l'indicatore rileva la tempestività della trasmissione delle risposte | (num risposte tempestive trasmesse / num risposte totali trasmesse) * 100 | Sp.208 |
| Ind.390 | monitoraggio tempistica inserimento controlli in applicativo regionale (sivi) | l'indicatore monitora la tempestiva alimentazione dei sistemi di registrazione dei controlli ufficiali di Regione Lombardia al fine di valutare il raggiungimento dei LEA | (num controlli inseriti tempestivamente / numero controlli inseriti) * 100 | Sp.099 |
| Ind.392 | trattamento del reclamo | l'indicatore è diretto a misurare il rispetto della tempistica dell'inserimento del reclamo in Santer | (num segnalazioni caricate tempestivamente / num segnalazioni pervenute) * 100 | Sp.001 |
| Ind.405 | valutazioni tempestive delle domande pervenute | l'indicatore, misurando la % di valutazioni effettuate entro 30 giorni dall'arrivo della domanda, rileva la capacità dell'UO di rispettare la tempistica prevista in procedura | (num valutazioni tempestive / num domande pervenute) * 100 | Sp.144 |
| Ind.411 | tempestività trasmissione verbale di sopralluogo o valutazione in sede con carenza requisiti organizzativi/gestionali a Ufficio dei Piani e Comune | rileva la percentuale di verbali di sopralluogo o valutazione in sede con carenza requisiti di esercizio organizzativi/gestionali trasmessi a Ufficio dei Piani e Comune sede dell'udo nei tempi previsti dalla procedura | (num verbali (sopralluogo o valutazione in sede) con carenze requisiti trasmessi tempestivamente / num verbali (sopralluogo o valutazione in sede) con carenze requisiti trasmessi) * 100 | Sp.131 |

| | | | | |
|---------|---|--|---|--------|
| Ind.412 | tempestività trasmissione verbale di sopralluogo o valutazione in sede con carenza requisiti organizzativi/gestionali a Uffici Unici e Comune | rileva la percentuale di verbali di sopralluogo o valutazione in sede con carenza requisiti di esercizio organizzativi/gestionali trasmessi a Uffici Unici e Comune sede dell'udo nei tempi previsti dalla procedura | (num verbali (sopralluogo o valutazione in sede) con carenze requisiti trasmessi tempestivamente / num verbali (sopralluogo o valutazione in sede) con carenze requisiti trasmessi) * 100 | Sp.360 |
| Ind.414 | rispetto calendarizzazione delle fasi riportate nella procedura | l'indicatore è diretto a misurare il rispetto della tempistica prevista dalla procedura | (num fasi condotte nei tempi previsti / num fasi calendarizzate) * 100 | Sp.326 |
| Ind.419 | richieste di visite medico collegiali evase nei tempi | l'indicatore rileva la capacità dell'UOC di rispettare i tempi definiti | (num richieste di visite medico collegiali evase nei tempi / num richieste visite medico collegiali evase) * 100 | Sp.210 |
| Ind.422 | convocazioni inviate nei tempi previsti | l'indicatore misura la capacità dell'ufficio sindaci di rispettare i tempi previsti dal regolamento regionale per l'invio delle convocazioni degli organismi dei sindaci | (num convocazioni inviate entro i tempi previsti / num convocazioni inviate) * 100 | Sp.147 |
| Ind.425 | controlli nutrizionali in ristorazione collettiva: invio piano di audit | l'indicatore misura la tempistica di invio del piano di audit | (num. piani di audit inviati tempestivamente / num. piani di audit inviati) * 100 | Sp.063 |
| Ind.431 | tempestività nel rilascio di pareri richiesti da asst per assistenza integrativa | l'indicatore rileva la tempestività nella risposta ai pareri richiesti da asst al fine di definire l'esito della pratica di assistenza integrativa | (num di pareri ats rilasciati nella tempistica prevista / num di richieste di parere ricevute) * 100 | Sp.311 |
| Ind.432 | tempestività nel rilasciare risposta formale al proponente | l'indicatore rileva la tempestività nella risposta formale al soggetto proponente | (num risposte date nei tempi previsti / num totale risposte date) * 100 | Sp.352 |
| Ind.434 | risposta alle richieste di verifiche periodiche impianti nei luoghi di vita e di lavoro | l'indicatore è diretto a misurare se l'UOC risponde alle richieste di verifica periodica impianti nelle tempistiche indicate dalla L. 241/90 | (num impianti con richiesta di verifica periodica processata entro 30 g / num verifiche periodiche impianti richieste nel periodo di riferimento) * 1 | Sp.197 |
| Ind.438 | tempestività nell'invio alle ASST degli elenchi dei soggetti che hanno ricevuto splenectomia nel trimestre precedente all'invio | l'indicatore serve per verificare l'invio trimestrale tempestivo alle ASST dell'elenco, ricevuto dal dipartimento PAAPSS, dei loro residenti che sono stati splenectomizzati nel trimestre di riferimento | (num elenchi inviati tempestivamente alle 3 ASST / num elenchi inviati alle 3 ASST) * 100 | Sp.223 |
| Ind.459 | consegna del rapporto di audit | rileva la % di consegna alla UOC del rapporto di audit effettuati nei tempi previsti | (num rapporti di audit consegnati nei tempi previsti / num audit effettuati) * 100 | Sp.094 |
| Ind.460 | rispetto dei tempi di effettuazione del riesame | l'indicatore vuole misurare la capacità dell'UOS di rispettare i tempi definiti dalla procedura | (num fasi condotte nei tempi / num fasi previste contempi definiti) * 100 | Sp.025 |
| Ind.471 | Percentuale di provvedimenti adottati nei tempi richiesti dalla normativa | Rileva la % di provvedimenti adottati nei tempi richiesti dalla normativa regionale | (num provvedimenti adottati nei tempi previsti dalla normativa / num totale di provvedimenti da adottare) * 100 | Sp.142 |
| Ind.473 | tempestività fasi di registrazione delle relazioni riguardanti le indagini di soddisfazione dei clienti | l'indicatore rileva la tempestività delle registrazioni delle relazioni riguardanti le indagini di soddisfazione dei clienti predisposte e trasmesse dai Dipartimenti | ((num relazioni registrate tempestivamente / num relazioni pervenute) * 100 | Sp.423 |
| Ind.474 | tempestività fasi di registrazione delle relazioni riguardanti le indagini di rilevazione delle esigenze | l'indicatore rileva la tempestività delle registrazioni delle relazioni riguardanti le indagini di rilevazione delle esigenze dei clienti predisposte e trasmesse dai Dipartimenti | (somma pesi (fasi tempestive/realizzate) / num relazioni pervenute) * 100 | Sp.423 |
| Ind.477 | evasione richieste riguardanti le attività tradizionali significative per il sistema gestione qualità | l'indicatore è diretto a rilevare il tempo medio di evasione delle richieste/comunicazioni riguardanti le attività tradizionali significative per il sistema gestione qualità | (sommatoria (data chiusura - data invio) / num richieste) * 1 | Sp.422 |
| Ind.481 | rispetto dei tempi di approvazione del piano degli investimenti | l'indicatore vuole misurare la capacità dell'UOS di rispettare i tempi definiti dalla procedura | (num fasi condotte nei tempi / num fasi previste con tempi definiti) * 100 | Sp.257 |
| Ind.483 | tempestività validazione stesura finale mappatura | l'indicatore indica la tempestività nella validazione | (num giorni dalla stesura finale / 30) * 1 | Sp.351 |
| Ind.500 | manutenzioni straordinarie: tempestività | l'indicatore rileva la % di invii tempestivi all'uo competente della documentazione - necessaria per l'iscrizione a libro cespiti - riguardante gli interventi di manutenzione straordinaria | (num invii tempestivi per l'iscrizione a libro cespiti / num interventi manutenzione straordinaria eseguiti) * 100 | Sp.036 |
| Ind.501 | beni inventariati | l'indicatore rileva la percentuale di beni inventariati nel rispetto dei tempi definiti | (num beni registrati nell'inventario tempestivamente / num beni da registrare nell'inventario) * 100 | Sp.005 |
| Ind.502 | evasione ordini | l'indicatore rileva la percentuale di ordini evasi nel rispetto dei tempi previsti | (num ordini evasi tempestivamente / num richieste ordine ricevute da magazzino) * 100 | Sp.412 |

| | | | | |
|---------|---|---|--|--------|
| Ind.504 | verbali emessi in modo tempestivo | l'indicatore dà misura della tempestività nella stesura dei verbali | (num verbali predisposti tempestivamente / totale verbali emessi) * 100 | Sp.147 |
| Ind.509 | gestione tempestiva delle richieste di aggiornamento delle anagrafiche | l'indicatore rileva la % di modifiche tempestive delle richieste di aggiornamento delle anagrafiche | (num modifiche tempestive / num modifiche richieste) * 100 | Sp.424 |
| Ind.511 | ordini tempestivi | l'indicatore rileva la percentuale di ordini emessi nel rispetto dei tempi previsti | (num ordini emessi tempestivamente / num ordini emessi) * 100 | Sp.027 |
| Ind.517 | emissione del rapporto di prova per il processo della microbiologia ambientale | l'indicatore rileva la percentuale di categorie che non rispettano i limiti di tempo medio previsti per l'emissione del rapporto di prova | (num cat non rispettano specifici limiti tempo medio emissione RdP / num categorie totali) * 100 | Sp.068 |
| Ind.518 | tempo di invio lettere con esito negativo screening mammografico | l'indicatore serve a monitorare la tempestività di invio delle lettere di esito negativo dello screening mammografico | (num lettere con esito negativo inviate entro 21 giorni / num totale lettere con esito negativo inviate) * 100 | Sp.072 |
| Ind.519 | redazione tempestiva del piano territoriale a seguito indicazioni piano regionale | l'indicatore misura la tempestività nella redazione del piano territoriale | (num giorni di ritardo / 1) * 1 | Sp.218 |

allegato 7: i dati analitici della spesa pro capite dell'ATS

| ATS | ANNO 2016 | ANNO 2017 | ANNO 2018 | ANNO 2019 | ANNO 2020 | ANNO 2021 | ANNO 2022 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| BRIANZA | 1.218,42 | 1.216,86 | 1.251,98 | 1.245,87 | 1.163,76 | 1.254,93 | 1.312,71 |
| BERGAMO | 1.213,87 | 1.217,75 | 1.282,93 | 1.292,33 | 1.253,34 | 1.344,68 | 1.432,72 |
| MONTAGNA | 1.341,45 | 1.368,95 | 1.409,34 | 1.366,99 | 1.280,70 | 1.373,63 | 1.455,01 |
| BRESCIA | 1.312,98 | 1.318,87 | 1.358,81 | 1.358,41 | 1.281,88 | 1.379,92 | 1.456,99 |
| VAL PADANA | 1.411,31 | 1.422,93 | 1.478,85 | 1.497,08 | 1.419,89 | 1.507,26 | 1.594,33 |
| PAVIA | 1.433,22 | 1.434,10 | 1.519,79 | 1.517,66 | 1.412,97 | 1.523,05 | 1.615,65 |
| INSUBRIA | 1.216,01 | 1.219,75 | 1.269,75 | 1.596,24 | 1.574,59 | 1.715,43 | 1.775,23 |
| CITTA DI MILANO | 1.329,15 | 1.360,96 | 1.481,18 | 1.510,72 | 1.414,87 | 1.578,20 | 1.781,09 |

allegato 8: l'equità dei processi produttivi dell'ATS

| cod. ind | denominazione indicatore | significato | algoritmo | ID stp |
|----------|--|---|---|--------|
| Ind.157 | tutela del cittadino | l'indicatore rileva il livello di uniformità dei trattamenti rispetto alle segnalazioni ricevute | (num segnalazioni gestite / num segnalazioni pervenute) * 100 | Sp.000 |
| Ind.379 | comunicazione standardizzata alle uo di non avvenuta evasione delle proprie segnalazioni | l'indicatore è diretto a misurare se l'UO tratta in modo equanime (trasmettendo le conseguenti comunicazioni) tutte le UO per le quali sono state rilevate delle segnalazioni non gestite | (sommatoria (scarti al quadrato) / num scarti rilevati) * 1 | Sp.019 |
| Ind.380 | formulazione oggettiva lista di riscontro | l'indicatore è diretto a rilevare se le strutture dello stesso tipo sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei medesimi requisiti ed in base ad una check list condivisa a livello regionale | (num verbali accreditamento con check list generata da ASAN / num verbali di accreditamento) * 100 | Sp.134 |
| Ind.381 | analisi delle procedure di processo emesse e/o revisionate | l'indicatore rileva se, nell'effettuazione delle analisi delle procedure di processo realizzate al fine di verificare la "qualità" delle stesse, le UO sono trattate allo stesso modo utilizzando per la verifica una check list definita a livello di ats | (num analisi effettuate con check list / num analisi effettuate) * 100 | Sp.020 |
| Ind.383 | modifica degli obiettivi | l'indicatore verificando se le modifiche apportate agli obj sono sempre supportate da specifica richiesta dell'UO responsabile dell'obj avallata dal Dipartimento/direzione di riferimento rileva se le UO sono trattate allo stesso modo | (num modifiche apportate / num richieste di modifica ricevute) * 100 | Sp.023 |
| Ind.384 | report completi del riesame | l'indicatore, verificando se nella rappresentazione dei dati nei report presenti nel rapporto alla direzione è sempre assicurata la presenza di tutti i dipartimenti, rileva se le UO sono trattate allo stesso modo | (sommatoria (num Dip elencati in singolo report) / num Dip POAS * num report prodotti) * 100 | Sp.025 |
| Ind.391 | presa in carico del reclamo | l'indicatore è diretto a misurare la circostanza che la presa in carico del reclamo avviene secondo un criterio oggettivo legato alla data di ricevimento dello stesso | (num segnalazioni evase nei tempi previsti / num segnalazioni pervenute) * 100 | Sp.001 |
| Ind.394 | verbali vigilanza redatti secondo la check list | l'indicatore rileva l'equità del comportamento in corso di vigilanza ordinaria delle farmacie, considerando l'uso uniforme della check list durante la vigilanza stessa | (num verbali redatti utilizzando check list / num totale verbali) * 100 | Sp.042 |
| Ind.395 | invio piano ai comuni | l'indicatore rilevando la % degli invii del piano rispetto agli invii dovuti rileva l'equità dell'ATS di coinvolgere tutti i comuni del proprio territorio | (invii piano ai comuni previsti (140) / invio piano ai comuni effettuati) * 100 | Sp.143 |
| Ind.398 | qualità e appropriatezza standardizzata dei controlli ufficiali eseguiti per sede territoriale | l'indicatore è diretto a misurare se l'UOC tratta in modo equanime (garantendo la stessa qualità dei controlli) le imprese e i cittadini delle quattro sedi territoriali | (sommatoria (scarti al quadrato) / num scarti rilevati) * 1 | Sp.064 |
| Ind.399 | monitoraggio tempistica attività campionamento | l'indicatore monitora il tempo impiegato nell'attività del campionamento nei due ambiti distrettuali, al fine di verificare l'equanimità dell'attività stessa | (media tempi di effettuazione campionamenti Monza / media tempi di effettuazione campionamenti Lecco) * 1 | Sp.084 |
| Ind.400 | monitoraggio tempistica attività campionamento | l'indicatore monitora il tempo impiegato nell'attività del campionamento nei due ambiti distrettuali, al fine di verificare l'equanimità dell'attività stessa | (sommatoria tempi di effettuazione campionamenti Monza / sommatoria tempi di effettuazione campionamenti Lecco) * 1 | Sp.096 |
| Ind.401 | monitoraggio tempistica attività campionamento | l'indicatore monitora il tempo impiegato nell'attività del campionamento nei due ambiti distrettuali, al fine di verificare l'equanimità dell'attività stessa | (sommatoria tempi di effettuazione campionamenti Monza / sommatoria tempi di effettuazione campionamenti Lecco) * 1 | Sp.120 |
| Ind.403 | qualità e appropriatezza standardizzata delle ispezioni eseguite per sede territoriale | l'indicatore è diretto a misurare se l'UOC tratta in modo equanime (garantendo la stessa qualità delle ispezioni) le imprese e i cittadini delle quattro sedi territoriali | (sommatoria (scarti al quadrato) / num scarti rilevati) * 1 | Sp.066 |
| Ind.407 | verifica certificazione Disturbo Specifico Apprendimento (DSA) | l'indicatore, misurando la capacità dell'UO di rispondere alla domanda dell'utenza indirettamente e per approssimazione, rileva se l'UO tratta le domande dell'utenza in modo equo | (num verifiche certificazione DSA / num domande ammesse) * 100 | Sp.144 |
| Ind.415 | equa programmazione controlli noc | l'indicatore è diretto a rilevare se per le strutture sanitarie a contratto viene campionata la stessa percentuale di cartelle | ((num cartelle inserite nella programmazione - (percentuale regionale*pro / num cartelle inserite nella programmazione) * 100 | Sp.136 |
| Ind.416 | tempistica rilascio verbale di visita medico collegiale | l'indicatore è diretto a misurare se la commissione tratta in modo equanime (garantendo la stessa tempistica di restituzione del verbale di idoneità) i lavoratori sottoposti a visita nelle due sedi di erogazione | (sommatoria (scarti al quadrato) / num scarti rilevati) * 1 | Sp.210 |
| Ind.417 | tempistiche rilascio parere edilizi in deroga | l'indicatore è diretto a misurare se la uosd tratta in modo equanime (garantendo la stessa tempistica di restituzione del parere) i comuni e quindi i richiedenti parere di deroga | (sommatoria (scarti al quadrato) / num scarti rilevati) * 1 | Sp.079 |
| Ind.420 | coinvolgimento unità organizzative ATS nel piano annuale di risk management | l'indicatore attraverso la misura delle UUOO coinvolte annualmente nella implementazione di progetti relativi alla gestione del rischio nel processo clinico assistenziale, intende verificare la capacità della funzione RM di garantire agli utenti la medesima attenzione alla prevenzione del rischio | (num UUOO coinvolte / num UUOO mappate) * 100 | Sp.326 |
| Ind.427 | copertura dei comuni con attività di vigilanza per sede territoriale | l'indicatore è diretto a misurare se l'UOC tratta in modo equanime (garantendo la stessa copertura dei controlli di vigilanza) le imprese delle due sedi territoriali | (sommatoria (scarti al quadrato) / num scarti rilevati) * 1 | Sp.067 |

| | | | | |
|---------|--|---|---|--------|
| Ind.446 | evidenza equità nell'effettuazione della vigilanza programmata in udo sociali | l'indicatore rileva se le udo sociali sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.131 |
| Ind.447 | evidenza equità nell'effettuazione della vigilanza programmata in udo sociosanitarie | l'indicatore rileva se le udo sociosanitarie sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.130 |
| Ind.448 | evidenza equità nell'effettuazione della vigilanza in udo sociosanitarie per nuove istanze | l'indicatore rileva se le udo sociosanitarie - in caso di nuove istanze - sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.129 |
| Ind.449 | evidenza equità nell'effettuazione del controllo di appropriatezza in udo sociosanitarie | l'indicatore rileva se nel controllo di appropriatezza delle prestazioni le udo sociosanitarie sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.133 |
| Ind.450 | evidenza equità nell'effettuazione del controllo di appropriatezza in uso sociosanitarie | l'indicatore rileva se nel controllo di appropriatezza delle prestazioni le udo sociosanitarie sono state trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.365 |
| Ind.451 | evidenza equità nell'effettuazione della vigilanza in udo sociosanitarie per nuove istanza | l'indicatore rileva se le udo sociosanitarie - in caso di nuove istanze - sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.358 |
| Ind.452 | evidenza equità nell'effettuazione della vigilanza programmata in udo sociosanitarie | l'indicatore rileva se le udo sociosanitarie sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.359 |
| Ind.453 | evidenza equità nell'effettuazione della vigilanza programmata in udo sociali | l'indicatore rileva se le udo sociali sono trattate allo stesso modo attraverso la verifica dei requisiti mediante l'utilizzo di una check list | (num verbali redatti utilizzando la check list / num verbali redatti) * 100 | Sp.360 |
| Ind.478 | modifica indicatori attività | l'indicatore verificando se le modifiche apportate agli indicatori delle attività significative per il sqg sono sempre supportate da specifica richiesta dell'UO responsabile dell'attività avallata dal Dipartimento/direzione di riferimento rileva se le UO sono trattate allo stesso modo | (num indicatori modificati / num richieste accoglibili) * 100 | Sp.422 |
| Ind.505 | verifica delle liste di riscontro predisposte dai gruppi di audit | l'indicatore rileva se uo gequ garantisce il rispetto dei criteri del programma di audit annuale attraverso la verifica da parte dell'RQ di ats delle liste di riscontro predisposte dai gruppi di audit | (num liste verificate / num liste pervenute) * 100 | Sp.018 |
| Ind.510 | criteri di programmazione | l'indicatore rapportando le evidenziazioni effettuate per l'eventuale non rispetto dei criteri di programmazione non rispettati rileva il comportamento equanime dell'UO | (num evidenziazioni di non rispetto criteri fatte / num evidenziazioni da effettuare) * 100 | Sp.380 |
| Ind.520 | verifica attribuzione appuntamento secondo livello | l'indicatore permette alla UO di rilevare l'equità dell'attribuzione appuntamento secondo livello da parte delle strutture erogatrici alle donne inviate al secondo livello | (num offerte appuntamento di secondo livello / num donne inviate al secondo livello) * 100 | Sp.072 |

allegato 9: gli indicatori di analisi della "PERFORMANCE ATS"

| paragrafo | dimensione | sottodimensione | algoritmo | num 2022 | den 2022 | indicatore 2022 |
|------------|-----------------------------|--|--|--------------|-----------|-----------------|
| 4.3 | performance ats | performance ats | \sum % indicatori delle dimensioni/num dimensioni analizzate*100 | 1.116 | 13 | 85,86 |
| 4.2.1 | efficacia interna | efficacia della programmazione ATS | \sum pesi (% ottenuta)/num unità organizzative coinvolte | 8.483 | 85 | 99,80 |
| 4.2.2 | efficacia interna | efficacia dei processi produttivi ATS | \sum % indicatori di efficacia/num indicatori di efficacia | 9.102 | 98 | 92,88 |
| 4.2.3 | efficacia esterna | efficacia dell'attività ATS sui propri portatori d'interesse | \sum % indicatori di effetto/num indicatori di effetto | 3.683 | 44 | 83,71 |
| 4.2.4 | efficacia esterna | impatto sui bisogni | punti ottenuti/punti teorici*100 | 85 | 137 | 62,04 |
| 4.2.5 | qualità dell'organizzazione | propensione alla qualità dell'ATS | \sum pesi (item)/num item*100 | 10 | 18 | 55,47 |
| 4.2.6 | qualità dell'organizzazione | conformità dei processi produttivi ATS | \sum % indicatori di conformità/num indicatori di conformità | 6.037 | 64 | 94,33 |
| 4.2.7 | efficienza interna | tempestività dei processi produttivi ATS | \sum % indicatori di tempestività/num indicatori di tempestività | 7.712 | 84 | 91,81 |
| 4.2.8 | costi | costi pro capite | posizione riconosciuta da RL ad ATS/num di posizioni regionali*100 | 8 | 8 | 100,00 |
| 4.2.9 | equità | equità dei processi produttivi ATS | \sum % indicatori di equità/num indicatori di equità | 3.042 | 31 | 98,13 |
| 4.2.10 | rischio | rischio complessivo | $1 - \sum$ peso rischio rilevato/ \sum peso rischio potenziale*100 | 53.255 | 95.744 | 44,38 |
| 4.2.11 | soddisfazione | soddisfazione dei clienti | \sum % soddisfazione rilevata clienti esterni/num indagini clienti esterni | 854 | 9 | 94,85 |
| 4.2.12 | trasparenza | trasparenza | num informazioni ponderate inserite / num informazioni da inserire) * 100 | 323 | 327 | 98,78 |
| 4.2.13 | parità di genere | parità di genere | \sum pesi (item)/num item*100 | 500 | 5 | 100,00 |

allegato 10: gli "indicatori comuni"

In grigio sono evidenziati gli indicatori considerati non applicabili.

| Area | Numero Indicatore (Rif. dip funzione pubblica) | Nome Indicatore | Formula di calcolo | Indicazioni di calcolo | Nuova struttura/Funzione competente | Codice ATS Brianza |
|--|--|--|---|---|---|--------------------|
| Gestione delle risorse umane | 1.1 | Costo unitario della funzione di gestione delle risorse umane | Costo del personale addetto alla funzione gestione risorse umane / N. totale dei dipendenti in servizio | Numeratore Personale addetto: occorre quantificare il personale addetto alla gestione delle risorse umane; la soluzione ideale (in un'ottica di full costing) sarebbe quella di individuare tutti gli addetti (sia nella sede centrale che nelle sedi periferiche e negli uffici decentrati) alle attività di gestione risorse umane ad eccezione di coloro che si occupano di formazione: infatti, non potendo ipotizzarsi che la formazione per dipendente sia eguale nelle diverse amministrazioni, bisogna non considerare al numeratore i costi della formazione (in caso contrario, a parità di costo di gestione in senso stretto, amministrazioni eroganti una maggiore formazione per dipendente verrebbero erroneamente giudicati come meno efficienti). Costo unitario personale addetto: è da intendersi il "costo del lavoro" unitario come da voce del Conto annuale, quindi comprensivo di IRAP. Il costo deve essere quello di competenza nel periodo di riferimento, sia per gli enti in contabilità finanziaria che per quelli in contabilità economica. Denominatore Dipendenti: va indicato il solo personale dipendente in servizio, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, sia a tempo parziale che a tempo pieno, sia di ruolo che non di ruolo distaccato presso la propria amministrazione. In caso di amministrazioni in cui sia rilevante il numero del personale inquadrato con contratti diversi dal lavoro dipendente (collaboratori ecc.), e non sia possibile isolare il costo del personale che si occupa solo dei dipendenti si può calcolare l'indicatore ponendo al denominatore la somma del personale dipendente e del personale non dipendente. | gestione e sviluppo risorse umane | Ind.498 |
| | 1.2 | Grado di attuazione di forme di organizzazione del lavoro in telelavoro o lavoro agile | N. di dipendenti in lavoro agile e telelavoro / N. totale dei dipendenti in servizio | Numeratore: i dipendenti in telelavoro vanno sommati a quelli in lavoro agile. Denominatore: va considerato il solo personale dipendente in servizio, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, sia a tempo parziale che a tempo pieno, sia di ruolo che non di ruolo distaccato presso la propria amministrazione. | gestione e sviluppo risorse umane | Ind.485 |
| | 1.3 | Grado di copertura delle attività formative dedicate al personale | N. di dipendenti che hanno iniziato un'attività formativa nel periodo di riferimento / N. totale dei dipendenti in servizio | Numeratore: un dipendente è incluso al numeratore dal momento in cui ha iniziato almeno un'attività formativa nel periodo di riferimento. Dalle attività formative devono essere escluse quelle relative alla formazione obbligatoria. Per essere inclusa nel calcolo, la specifica attività formativa deve prevedere il rilascio di una certificazione/attestazione. | formazione | Ind.486 |
| | 1.4 | Grado di copertura delle procedure di valutazione del personale | N. di dipendenti che hanno ricevuto almeno un colloquio di valutazione / N. totale dei dipendenti in servizio | Denominatore: si escludono i dipendenti non sottoposti a valutazione ai sensi del decreto legislativo n. 150/2009. | formazione | Ind.487 |
| | 1.5 | Tasso di mobilità interna del personale non dirigenziale | N. di dipendenti che hanno cambiato unità organizzativa / N. totale di personale non dirigenziale in servizio | Unità organizzativa: si intende quella di livello inferiore nell'organizzazione, vale a dire al di sotto del quale non esistono altre unità organizzative (ad es. servizio, ufficio, reparto o altra unità comunque denominata). | gestione e sviluppo risorse umane | Ind.488 |
| Gestione degli approvvigionamenti e degli immobili | 2.1 | Incidenza del ricorso a convenzioni CONSIP e al mercato elettronico degli acquisti | Spesa per l'acquisto di beni e servizi effettuata tramite convenzioni quadro o mercato elettronico / Pagamenti per acquisto di beni e servizi | Spesa: per gli enti in contabilità finanziaria, il riferimento è al pagato (cassa) e non all'impegnato; per gli enti in contabilità economica, sia al numeratore che al denominatore, vanno considerati i costi di competenza economica. | acquisti | Ind.489 |
| | 2.2 | Tempestività dei pagamenti ponderata | $(\text{tot importo pagato} * (\text{tempo effettivo} - \text{tempo richiesto per legge})) / \text{tot importo pagato} * 2$ | Tale indicatore richiede al numeratore la somma dell'importo delle singole fatture pagate, moltiplicato per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di pagamento della fattura e la data di scadenza, mentre al denominatore deve essere indicata la somma degli importi delle fatture pagate. | flussi finanziari | Ind.023 |
| | 2.3 | Spesa per energia elettrica al metro quadro | Costo per energia elettrica / N. di metri quadri disponibili | Metri quadrati disponibili: per il computo si rimanda alla circolare dell'Agenzia del Demanio n. 20494 del 2012. | gestione tecnico patr. e acquisti | Ind.490 |
| Gestione delle risorse informatiche e digitalizzazione | 3.1 | Grado di utilizzo di SPID nei servizi digitali | N. di accessi unici tramite SPID a servizi digitali / N. di accessi unici a servizi digitali collegati a SPID | Si fa riferimento ai servizi online ai quali è consentito l'accesso sia tramite SPID che con altri sistemi di autenticazione. | | |
| | 3.2 | Percentuale di servizi full digital | N. di servizi che siano interamente online, integrato e full digital / N. di servizi erogati | Numeratore: per servizi "full digital" si intendono tutti quei servizi che consentono ai cittadini e imprese di avviare e completare un servizio completamente online, utilizzando un'unica applicazione e senza richiedere procedure di stampa e/o scansione di documenti. Denominatore: nel computo dei servizi erogati vanno considerati quelli indicati nella carta dei servizi. | innovazione e comunicazione | Ind.492 |
| | 3.3 | Percentuale di servizi a pagamento tramite PagoPa | N. di servizi a pagamento che consentono uso PagoPA / N. di servizi a pagamento | | bilancio programmazione finanziaria e contabilità | Ind.499 |
| | 3.4 | Percentuale di comunicazioni tramite domiciliazioni digitali | N. di comunicazioni elettroniche inviate ad imprese e PPAA tramite domiciliazioni digitali / N. di comunicazioni inviate a imprese e PPAA | | | |
| | 3.5 | Percentuali di banche dati pubbliche disponibili in formato aperto | N. di dataset pubblicati in formato aperto / N. di dataset previsti dal paniere dinamico per il tipo di amministrazione | Denominatore: il paniere dinamico di dataset è definito ed aggiornato da Agid al seguente indirizzo https://www.dati.gov.it/content/rapporto-annuale-disponibilita-banche-dati-pubbliche-formato-aperto-paniere-dinamico-dataset . | innovazione e comunicazione | Ind.493 |
| | 3.6 | Dematerializzazione procedure | Procedura di gestione presenze-assenze, ferie - permessi, missioni e protocollo integralmente ed esclusivamente dematerializzata (full digital) | Tale indicatore assume valore "si" se almeno tre processi su quattro sono digitali, altrimenti assume valore "no". | gestione e sviluppo risorse umane | Ind.494 |
| Gestione della comunicazione e della trasparenza | 4.1 | Consultazione del portale istituzionale | N. totale di accessi unici al portale istituzionale / 365 | L'indicatore misura il numero di accessi medi giornalieri al portale istituzionale. Numeratore: numero di accessi unici annuali al portale istituzionale. Denominatore: numero di giorni annuali standard. | innovazione e comunicazione | Ind.495 |
| | 4.2 | Grado di trasparenza dell'amministrazione | L'indicatore si calcola come rapporto tra punteggi associati alle attestazioni rilasciate dall'OIV | Numeratore: si considera la somma dei punteggi assegnati ad ogni singola cella della griglia di rilevazione dall'OIV (di cui alla delibera ANAC n. 141 del 2019). Denominatore: si considera la somma dei punteggi massimi conseguibili per ciascuna cella. | prevenzione della corruzione e trasparenza | Ind.496 |