



PIANO ANNUALE DELLA PERFORMANCE 2019

- Sintesi degli obiettivi di budget 2019 -

Asl3 - Sistema Sanitario Regione Liguria

Giugno 2019

Sommario

1. Il quadro di riferimento	5
Chi siamo	5
Valori e missione	5
L'azienda in cifre.....	6
Il territorio e la popolazione	6
La struttura aziendale.....	11
L'assistenza ospedaliera	12
L'assistenza specialistica.....	16
L'assistenza distrettuale	18
L'assistenza primaria	19
La prevenzione	19
L'assistenza farmaceutica.....	23
Il personale	23
La normativa di riferimento	24
3. Le linee programmatiche e gli obiettivi.....	26
Principi fondamentali programmatori	26
Obiettivi piano Performance e Linee di indirizzo Aziendali.....	27
Coordinamento con il Sistema Qualità Aziendale	30
Coordinamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance	30
Coordinamento tra tutela della privacy e performance	30
Obiettivi DGR 7/2019 DGR 22/2019 e obiettivi aziendali	33
4. Ciclo di Gestione della Performance	36
Misurazione e gestione delle Performance – performance organizzativa -	36
Misurazione e gestione delle Performance – performance individuale –	37
Misurazione e gestione delle Performance – performance individuale: gli incarichi di funzione e la loro valutazione.	40
Metodologia aziendale applicata	40
Programmazione	41
Formulazione del budget.....	41
Scheda di Budget.....	41
Svolgimento e misurazione dell'attività	42
Reporting e valutazione.....	42

Introduzione

Il percorso di Budget 2019 vede l'Azienda impegnata in un profondo processo di innovazione che parte dall'attuazione concreta dell'Atto Aziendale, approvato definitivamente con D.G.R. 547/2018 e della quale si è preso atto con deliberazione di questa Azienda 353/2018.

La riorganizzazione conseguente alla realizzazione del nuovo Atto aziendale si concretizza sia in una maggiore integrazione Ospedale/Territorio, sia in una maggiore integrazione della rete organizzativa e di offerta di servizi al cittadino, così come delineato dal Piano Socio Sanitario regionale 2017 – 2019, approvato nel 2017 con Delibera del consiglio Regionale n. 21.

Uno degli elementi di maggiore novità del nuovo Atto Aziendale è costituito dalla nuova figura del Direttore Socio-Sanitario, avvenuta con deliberazione n. 365 del 6/8/2018: ciò consentirà di presidiare e potenziare ulteriormente i servizi territoriali, assicurando l'integrazione con i servizi ospedalieri.

Il nuovo Atto Aziendale prevede inoltre una razionalizzazione dell'organizzazione dei dipartimenti e delle strutture loro afferenti, che avrà completa realizzazione nel corso dell'anno 2019.

Un passo in avanti nella integrazione nell'ambito dell'area socio sanitaria è costituita dal trasferimento delle funzioni di Neuropsichiatria Infantile all'interno della Salute Mentale dove anche il paziente minore potrà trovare una risposta ai propri bisogni/disagi. Il Consultorio Familiare si riappropria, inoltre, della iniziale vocazione di collegamento non solo tra ospedale e i servizi sanitari sul territorio, comprendendo in collaborazione con l'ente locale le soluzioni ai possibili problemi che possono presentarsi all'interno del nucleo familiare, nel percorso di sviluppo della maternità o quale risposta al disagio giovanile nelle sue varie forme.

Un ulteriore elemento di novità, nella stessa direzione, è costituito dal Patto per la Salute Mentale stipulato nel maggio 2018, tra il Comune di Genova, la Regione Liguria e le Associazioni che si propone di venire incontro alle esigenze della popolazione affetta da patologie mentali nell'ottica della massima integrazione fra Enti. La ASL 3, proprio per la sua dislocazione capillare sul territorio, è pertanto chiamata rinnovare il livello di qualità della risposta al bisogno espresso di salute mentale sul territorio di competenza, con l'obiettivo di limitare al massimo la fuga di pazienti verso altre regioni.

Nell'assegnazione degli obiettivi occorrerà, pertanto, tenere conto dell'evoluzione dell'organizzazione in atto.

Anche se ad oggi non risulta confermata formalmente la previsione delle risorse assegnate per l'anno 2019, molte sono, tuttavia, le novità delle quali occorrerà tenere in giusta considerazione nella programmazione dei servizi di competenza con i consueti caratteri di sostenibilità e qualità insite nei servizi per la tutela e prevenzione della salute e di risposta ai bisogni sanitari del bacino di utenza.

Innanzitutto la conferma dei mandati di Alisa in merito al coordinamento e gestione di particolari attività precedentemente previste in seno alla Asl.

Gli investimenti nei sistemi informatici ed informativi di supporto costituiscono evidentemente il più importante valore aggiunto nella definizione dei nuovi percorsi assistenziali e di cura: percorsi che

dovranno inevitabilmente rispettare le indicazioni del D.M. 70/2015 a garanzia della minimizzazione del rischio, miglioramento della qualità e, dunque, della complessiva sostenibilità.

L'obiettivo insito in questa nuova previsione organizzativa è quello di assicurare anche migliori condizioni di lavoro a vantaggio di tutti i professionisti del settore.

Tutto ciò avviene in un contesto in continua evoluzione sia dal punto di vista delle tecnologie disponibili, delle informazioni fruibili da parte dell'utenza sempre più consapevole della propria condizione di salute e più esigente in merito alle risposte ai propri bisogni.

L'andamento demografico ci obbliga a valutare quali possano essere le migliori risposte di servizio tenuto conto della prevalenza di un paziente medio più comorbido, multi-lingue e più frequentemente straniero, maggiormente orientato alla mobilità e, dunque, a interrogarci sull'appropriatezza dello stesso setting di offerta.

Si tratta, tuttavia, dello stesso trend anagrafico presente anche all'interno delle stesse strutture sanitarie, solo parzialmente superato dalle massicce assunzioni di personale infermieristico che ha consentito di abbassare l'età media di detto personale da 51 a 49 anni. In ogni caso, l'età media dei dipendenti di ASL 3 si attesta sui 53 anni, con punte di oltre 55 anni per il personale della dirigenza medica e veterinaria.

Detto innalzamento dell'età media ha generato un aumento delle concessioni dei benefici della legge 104/92, necessaria per l'assistenza agli anziani di casa, ed ha generato una minor presenza in servizio degli operatori. Il tasso di assenza è confermato anche per il 2018 con un valore superiore all'11%.

Le statistiche evidenziano come la popolazione al di sopra dei 65 anni abbia raggiunto ormai oltre il 27% ed è in tendenziale incremento e la natalità conferma valori ancora al di sotto della mortalità. Un altro dato interessante, che influisce sulla tipologia di assistenza che l'Azienda è chiamata ad erogare è l'elevato numero di ultra settantacinquenni che vivono da soli (35.532) che costituiscono il 38,5% dei residenti nella stessa fascia di età. Questa fascia di popolazione necessita di maggiore attenzione proprio per le problematiche che possono sottendere all'assenza di persona convivente.

La programmazione di nuovi modelli di servizio dovrà, dunque, confrontarsi con questa realtà in divenire, sia esterna che interna all'azienda.

Appare ormai evidente come il livello di finanziamento non sia più sufficiente come sola misura per assicurare l'efficacia degli interventi di tutela della salute. Questi appaiono ormai sempre più legati al livello di integrazione sociale che tutto il territorio, nella sua ricchezza espressiva, saprà assicurare ai propri cittadini, anche mediante il riconoscimento responsabile di quelle interdipendenze presenti nelle scelte adoperate in un settore che si riverberano in altri. La qualità degli insediamenti produttivi, le scelte urbanistiche a favore dell'integrazione dei servizi offerti e dell'equità di accesso, nonché la promozione di adeguati stili di vita ne costituiscono solo degli esempi.

In questo contesto, a seguito delle analisi effettuate da ciascun servizio e raccolte nei diversi incontri avuti con le Direzioni dipartimentali, si possono, dunque, sintetizzare di seguito le principali caratteristiche emergenti della Mission di Asl3 e che vengono qui confermate.

1. Il quadro di riferimento

Chi siamo

Asl 3 Genovese è una azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, provvede all'attuazione del principio costituzionalmente garantito di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, realizzando le finalità del Servizio Sanitario Nazionale.

Valori e missione

La centralità della persona nell'organizzazione dei processi di cura, l'umanizzazione dell'assistenza e l'attenzione ai diritti della persona sono i principi imprescindibili alla base delle azioni dell'ASL 3.

L'Azienda s'impegnerà dunque ad organizzare l'attività dei servizi garantendo la presa in carico degli utenti e la continuità dei percorsi assistenziali, sulla base di criteri di integrazione organizzativa multidisciplinare e multiprofessionale. In particolare, l'Azienda si adopera affinché il personale sia posto nelle condizioni di assistere le persone che ne abbisognano, considerandone unitariamente tutti i bisogni (approccio olistico), garantendo altresì il rispetto degli standard prestazionali più elevati mediante l'impiego delle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza di efficacia.

L'organizzazione mira a perseguire la finalità del miglioramento continuo della qualità, mediante l'accrescimento del capitale umano, conseguibile con l'incremento delle conoscenze e competenze degli operatori, per la sicurezza del paziente e degli operatori, secondo gli indirizzi stabiliti dalla Regione Liguria. Ogni cittadino che fruisce dei servizi offerti dall'Azienda ha pertanto il diritto di essere assistito con continuità ed attenzione, mediante prestazioni di elevato livello qualitativo, e con approccio sempre rispettoso della dignità umana.

L'Azienda s'impegna ad erogare i servizi nel costante rispetto dei seguenti principi:

Eguaglianza: ogni cittadino ha uguali diritti riguardo all'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Nell'erogazione del servizio, nessuna distinzione può essere compiuta per motivi riguardanti il sesso, l'appartenenza a gruppi di comunità, la lingua, la religione, le opinioni politiche ed ogni altro orientamento di scelta personale;

Equità: l'Azienda s'ispira a criteri d'imparzialità, cioè di giustizia e di obiettività. Ad ogni cittadino è dovuto un comportamento che rispetti la sua dignità;

Qualità: l'Azienda assume ogni iniziativa finalizzata al continuo miglioramento della qualità;

Accessibilità: per favorire l'accessibilità ai servizi, l'Azienda persegue la semplificazione delle procedure e promuove una costante informazione;

Continuità: l'erogazione dei servizi pubblici, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa specifica, deve essere continua, regolare e senza interruzioni;

Diritto di scelta: il cittadino ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio;

Sicurezza, Efficacia ed Efficienza: l'Azienda adotta le misure idonee per garantire, all'erogazione dei suoi servizi, il miglior rapporto possibile fra risorse disponibili, obiettivi perseguiti e risultati raggiunti, in regime di sicurezza per pazienti ed operatori;

Sostenibilità Economica e Sociale: l'Azienda garantisce la tutela della salute a chi ne ha diritto, pur alla presenza di risorse limitate, ed incentiva la partecipazione e la responsabilizzazione della cittadinanza, mediante la definizione di partnership di comunità. Crea in tal modo un servizio ed una struttura sostenibile, equa e solidale.

L'Azienda, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, agisce come parte di un sistema complessivamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Nel perseguire questo scopo, l'ASL 3 si ispira ai seguenti valori:

il riconoscimento della centralità della persona in ogni processo socio-sanitario, considerata nell'inscindibilità dei suoi aspetti;
la collaborazione tra gli operatori e con le altre istituzioni che concorrono alla salute della comunità, a garanzia dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza;
il comportamento etico, che deve informare l'attività di tutti gli attori che operano nell'Azienda o con l'Azienda;
lo spirito di servizio;
l'orientamento alla qualità, al miglioramento continuo e alla crescita personale;
la legalità;
la trasparenza;
la buona amministrazione.

L'azienda in cifre

Il territorio e la popolazione

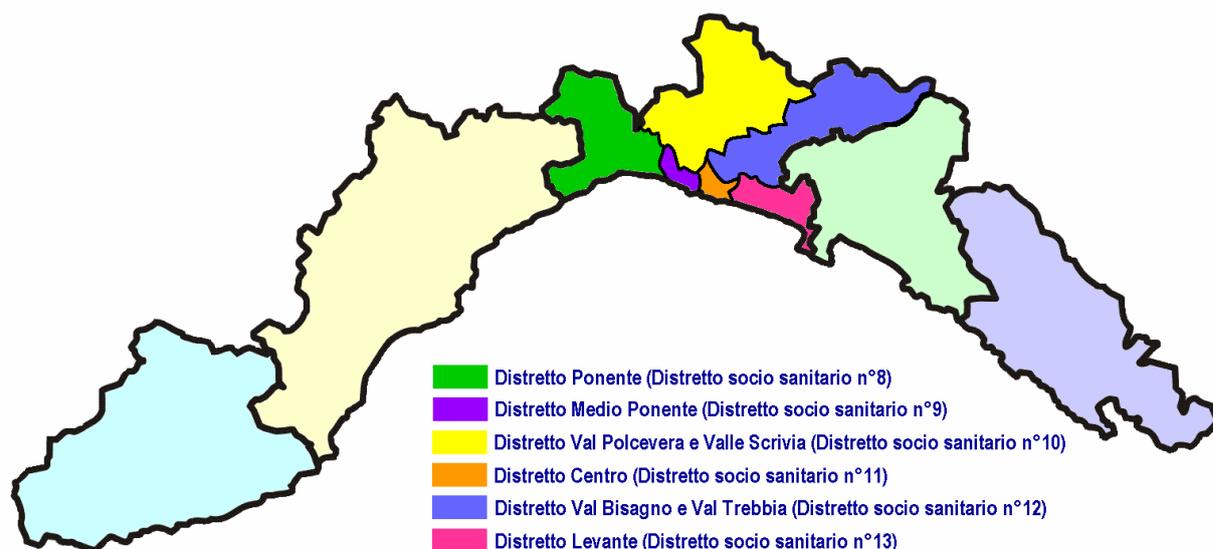
L'Azienda ASL 3 si articola in Distretti Socio Sanitari e nel Presidio Ospedaliero Unico e si organizza in Dipartimenti secondo i modelli organizzativi e strutturali previsti dal D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., dalla L. R. n. 41/2006 e s.m.i., nonché sulla base degli atti di indirizzo formulati nella materia da Regione Liguria.

L'ambito territoriale di operatività è suddiviso in sei Distretti Socio Sanitari dal n. 8 al n. 13.

Essi rappresentano l'unità funzionale dell'assistenza sanitaria erogata dalla ASL, il punto di partenza dei percorsi clinici, dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento, sia attraverso la funzione di produzione delle prestazioni e dei servizi di primo livello di base.

L'Azienda è suddivisa in 6 Distretti:

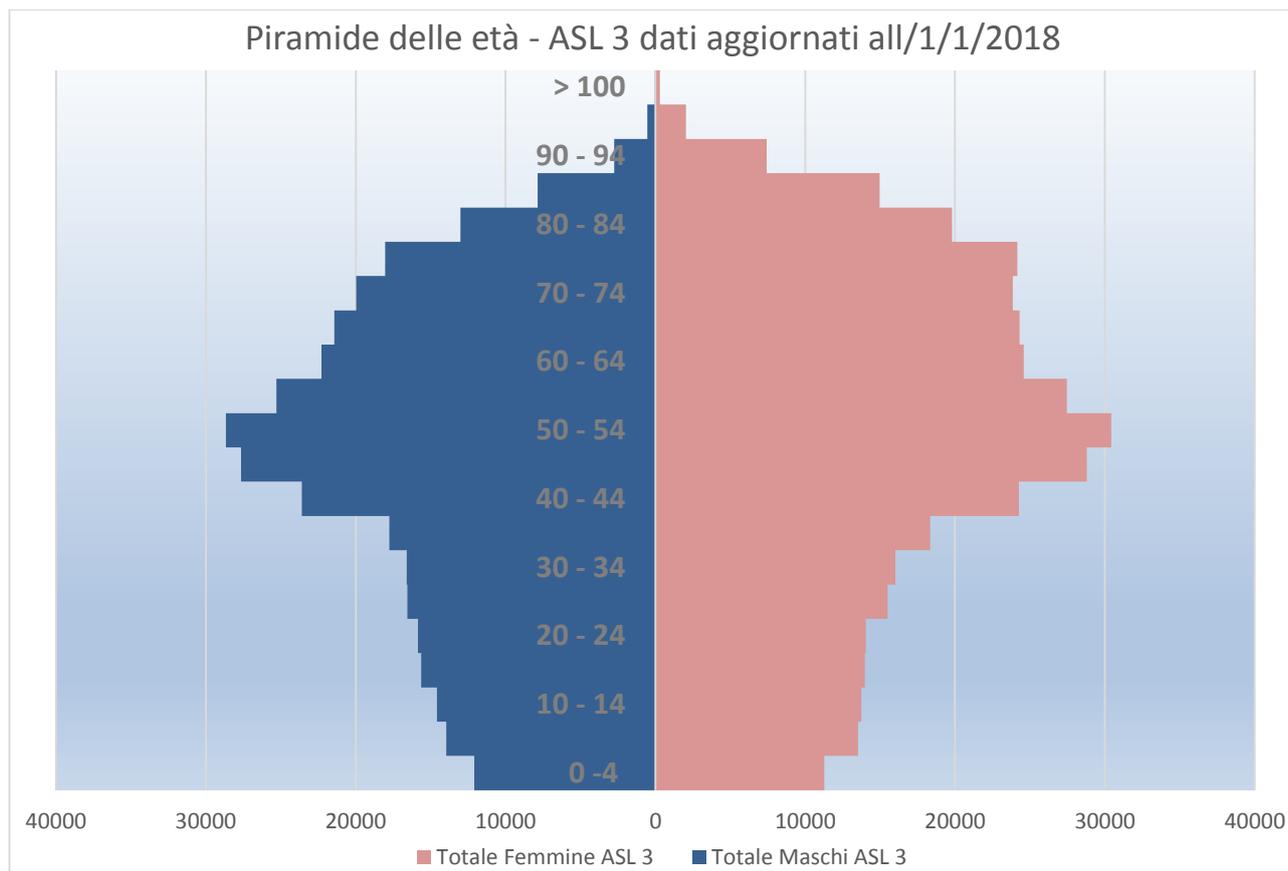
- Distretto socio sanitario 8 – Ponente
- Distretto socio sanitario 9 – Medio Ponente
- Distretto socio sanitario 10 – Val Polcevera e Valle Scrivia
- Distretto socio sanitario 11 – Centro
- Distretto socio sanitario 12 – Val Bisagno e Val Trebbia
- Distretto socio sanitario 13 – Levante



Si riporta, di seguito il dettaglio della popolazione dei Distretti socio sanitari di ASL 3 (popolazione al 31/12/2016 dati ISTAT)

DISTRETTO	NUMERO ABITANTI	ESTENSIONE E KMQ	DENSITA' ABITATIVA MEDIA/KMQ
n. 8 - PONENTE	102.555	263,1	389,79
n. 9 – MEDIO PONENTE	125.203	29,57	4.234,12
n. 10 – VAL POLC/VALLESCRIVIA	109.295	387	283,28
n. 11 – CENTRO	148.782	13,73	10.836,27
n. 12 – VALBISAGNO/VALTREBBIA	138.437	310,1	446,42
n. 13 – LEVANTE	95.162	97,9	972,03

La Piramide delle età mostra come la popolazione di ASL 3, all'1/1/2018, sia maggiormente numerosa, sia per gli uomini che per le donne, nella fascia 50 – 54 anni.



Si riporta di seguito la tabella di riferimento (elaborazione dati ISTAT - Geodemo):

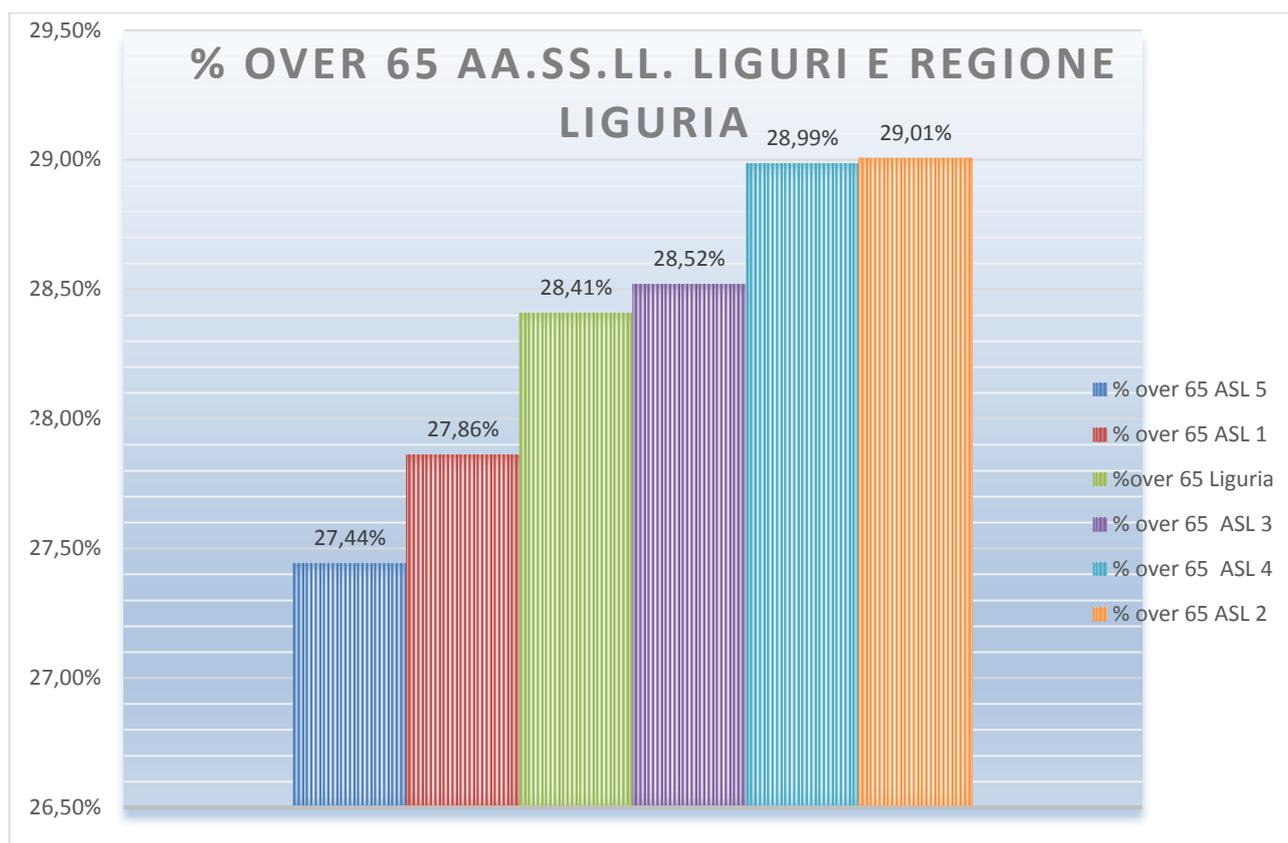
Popolazione residente al 1° Gennaio 2018 per età e sesso territorio ASL 3

Età	Totale Maschi ASL 3	Totale Femmine ASL 3	Maschi + Femmine
0 - 4	12.078	11.265	23.343
5 - 9	13.949	13.524	27.473
10 - 14	14.581	13.736	28.317
15 - 19	15.633	13.984	29.617
20 - 24	15.841	14.041	29.882
25 - 29	16.565	15.507	32.072
30 - 34	16.607	16.025	32.632
35 - 39	17.757	18.327	36.084
40 - 44	23.600	24.262	47.862
45 - 49	27.665	28.802	56.467
50 - 54	28.671	30.432	59.103
55 - 59	25.301	27.466	52.767
60 - 64	22.280	24.582	46.862
65 - 69	21.434	24.312	45.746
70 - 74	19.976	23.858	43.834
75 - 79	18.026	24.150	42.176
80 - 84	13.002	19.794	32.796
85 - 89	7.854	14.974	22.828
90 - 94	2.746	7.423	10.169
95 - 99	545	2.046	2.591
> 100	47	292	339
totale	334.158	368.802	702.960

La popolazione over 65 risulta più numerosa fra le donne (31,68%) quella maschile si attesta al 25,03%. Il dato complessivo evidenzia come oltre il 30% della popolazione di riferimento di ASL 3 sia over 65 anni

Totale popolazione over 65 maschi	Totale popolazione over 65 femmine	Totale popolazione over 65	incidenza over 65 maschi su totale popolazione maschi	incidenza over 65 femmine su totale popolazione femmine	Incidenza over 65 su totale popolazione
83.630	116.849	200.479	25,03%	31,68%	28,52%

Il grafico sottostante mostra il confronto con le altre realtà liguri: ASL 3, con il 28,52% di popolazione over 65, si pone al di sopra della media regionale.



Fascia di età	% over 65 su totale ASL 1	% over 65 su totale ASL 2	% over 65 su totale ASL 3	% over 65 su totale ASL 4	% over 65 su totale ASL 5	Liguria
da 65 a 74	12,61%	12,89%	12,74%	12,78%	12,24%	12,68%
da 75 a >100	15,25%	16,12%	15,78%	16,21%	15,20%	15,72%
Totale	27,86%	29,01%	28,52%	28,99%	27,44%	28,41%

La tabella mostra il dato complessivo espresso nel grafico per fasce di età.

Nella tabella sottostante si evidenzia, in numeri assoluti, la popolazione di cui ASL 3 si deve fare carico:

Fascia di età	over 65 ASL 1	over 65 ASL 2	over 65 ASL 3	over 65 ASL 4	over 65 ASL 5	over 65 Liguria
da 65 a 74	27.029	35.801	89.580	18.509	26.532	197.451
da 75 a >100	32.676	44.779	110.899	23.476	32.956	244.786
totale	59.705	80.580	200.479	41.985	59.488	442.237

appare di tutta evidenza che l'Azienda deve farsi carico di poco meno della metà della popolazione anziana ligure.

L'indice di vecchiaia di ASL 3 (popolazione in età 65 e oltre/popolazione in età 0/14) mostra come la Liguria e le ASL liguri siano molto oltre la media nazionale in relazione a questo indicatore.

ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	Liguria	Italia
249,1%	260,1%	253,3%	256%	242,8%	252,4%	168,86%

Anche l'età media dei liguri, in aumento rispetto al 2017 (48,7) passerà a 48,9 nel 2019, risulta molto più alta della media nazionale (45,4).

La struttura aziendale

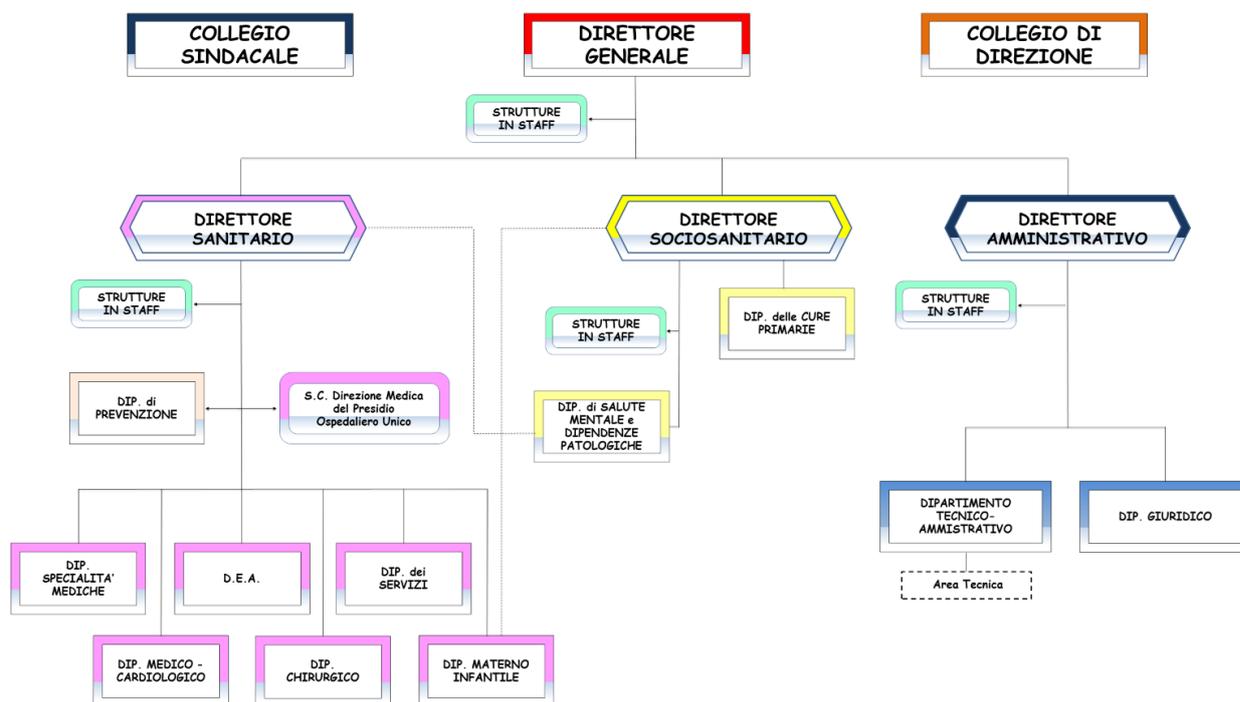
Nel corso del 2018, con provvedimento n. 353, l'Azienda ha preso atto della definitiva approvazione del nuovo Atto Aziendale da parte della Giunta Regionale Ligure (D.G.R. 547/2018). La riorganizzazione conseguente alla realizzazione del nuovo Atto aziendale si concretizza sia in una maggiore integrazione Ospedale/Territorio, sia in una maggiore integrazione della rete organizzativa e di offerta di servizi al cittadino, così come delineato dal Piano Socio Sanitario regionale 2017 – 2019, approvato nel 2017 con Delibera del consiglio Regionale n. 21.

Uno degli elementi di maggiore novità del nuovo Atto Aziendale è costituito dalla nuova figura del Direttore Socio-Sanitario, avvenuta con deliberazione n. 365 del 6/8/2018: ciò consentirà di presidiare e potenziare ulteriormente i servizi territoriali, assicurando l'integrazione con i servizi ospedalieri.

Le principali novità del nuovo assetto si possono così sintetizzare:

- riorganizzazione dell'Azienda in funzione della ripartizione delle competenze tra direzione Sanitaria e Sociosanitaria;
- razionalizzazione dell'organizzazione dei dipartimenti e delle strutture loro afferenti, che avrà completa realizzazione nel corso dell'anno 2019;
- passaggio della Neuropsichiatria Infantile dal Consultorio alla Salute Mentale al fine di garantire continuità delle cure al paziente fragile;
- potenziamento del trattamento delle dipendenze con la creazione di sinergie con l'Ospedale Policlinico San Martino IST con la creazione della Struttura Complessa Alcolologia e Patologie correlate.

Di seguito si riporta la nuova Organizzazione aziendale:



L'assistenza ospedaliera

L'area ospedaliera della ASL 3 Genovese è organizzata nel Presidio Ospedaliero Unico (P.O.U.), che è costituito da quattro Stabilimenti Ospedalieri (La Colletta di Arenzano, Padre A. Micone di Sestri Ponente, Villa Scassi di Sampierdarena, Gallino di Pontedecimo), in grado di erogare prestazioni di ricovero, in regime ordinario e diurno, prestazioni specialistiche ambulatoriali e strumentali. In appoggio all'attività svolta dal P.O.U. sono state accreditate diverse strutture private, che operano in convenzione con ASL 3, sotto il coordinamento di A.Li.Sa

Di seguito una breve descrizione delle strutture che compongono il Presidio Ospedaliero Unico (P.O.U.) che consta complessivamente di n. 692 posti letto.



Ospedale La Colletta di Arenzano

- ✓ Struttura Riabilitativa: cardiologia, pneumologia, riabilitazione e recupero funzionale
- ✓ Nefrologia ed Emodialisi
- ✓ Reumatologia
- ✓ Piastra Ambulatoriale
- ✓ Radiologia
- ✓ N. 97 p.l.



Ospedale Gallino di Pontedecimo:

- ✓ Sede di Punto di Primo Intervento
- ✓ Struttura per Acuti: Medicina con ppil di Cure Intermedie, Day e Week Surgery Multidisciplinare
- ✓ Piastra Ambulatoriale multidisciplinare potenziata per la cardiologia
- ✓ Radiologia
- ✓ N. 64 p.l.



Ospedale P. A. Micone di Sestri P.

- ✓ Sede di Punto di Primo Intervento
- ✓ Struttura per Acuti: Cardiologia con Utic, Medicina, Oculistica, Otorino,
- ✓ Reparto di Psichiatria Riabilitativa
- ✓ Day Surgery Multidisciplinare potenziata per Ortopedia
- ✓ Oncologia
- ✓ Cure Intermedie
- ✓ Piastra Ambulatoriale
- ✓ Radiologia
- ✓ Laboratorio Analisi Aziendale



Ospedale Villa Scassi

- ✓ DEA
- ✓ Reparto di Degenza Breve
- ✓ Struttura per acuti: Cardiologia con Utic, Medicina, Neurologia con Centro Ictus, Psichiatria, Ostetricia/Ginecologia, Neonatologia, Chirurgia Generale e Toracica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica
- ✓ Centro Ustionati Regionale
- ✓ Laboratorio Analisi e Centro Trasfusionale
- ✓ Radiologia e Medicina Nucleare
- ✓ Anatomia Patologica

Il Presidio Ospedaliero Unico (P.O.U.), è dotato di un D.E.A. di primo livello presso l'Ospedale Scassi e di 2 P.P.I. siti presso gli ospedali Gallino e Micone. Data la vocazione riabilitativa dell'ospedale Colletta, presso lo stesso non viene effettuata attività di emergenza.

Come si evince dai dati sottoriportati, l'attività dei presidi ospedalieri dell'ASL, con particolare riferimento all'attività dello Scassi, è fortemente influenzata dal numero dei ricoveri provenienti da pronto soccorso, che si attestano, sia per il 2017 che per il 2018, sul 16%.

PIANO DELLA PERFORMANCE 2019

OSPEDALE	ACCESSI IN PRONTO ANNO 2018	ACCESSI IN PRONTO ANNO 2017	ACCESSI IN PRONTO SEGUITI DA RICOVERO NELL'OSPEDALE STESSO ANNO 2018	ACCESSI IN PRONTO SEGUITI DA RICOVERO NELL'OSPEDALE STESSO ANNO 2017	% INCIDRIC SU ACCESSI ANNO 2018	% INCIDRIC SU ACCESSI ANNO 2017
MICONE	21.852	21.366	766	712	4%	3%
GALLINO	8.580	8.195	282	296	3%	4%
VILLA SCASSI	42.327	43.015	6.948	6.805	16%	16%
TOTALE	72.759	72.576	7.996	7.813	11%	11%

Di seguito si riportano ulteriori dati sull'attività del PS e dei PPI di ASL 3:

OSPEDALE	ACCESSI IN PRONTO ANNO 2018	ACCESSI IN PRONTO ANNO 2017	ACCESSI IN PRONTO SEGUITI DA RICOVERO NELL'OSPEDALE STESSO ANNO 2018	ACCESSI IN PRONTO SEGUITI DA RICOVERO NELL'OSPEDALE STESSO ANNO 2017	DI CUI LEA ANNO 2018	DI CUI LEA ANNO 2017	DI CUI PESO<=0.6 5 ANNO 2018	DI CUI PESO<=0.6 5 ANNO 2019	ACCESSI IN PRONTO SEGUITI DA RICOVERO NEL PRESIDIO ANNO 2018	ACCESSI IN PRONTO SEGUITI DA RICOVERO NEL PRESIDIO ANNO 2017
MICONE	21.852	21.366	766	712	110	118	53	62	882	783
GALLINO	8.580	8.195	282	296	74	65	19	9	321	334
VILLA SCASSI	42.327	43.015	6.948	6.805	1.072	1.059	540	525	8.050	7.576
TOTALE	72.759	72.576	7.996	7.813	1.256	1.242	612	596	9.253	8.693

Nel prospetto che segue, si evidenzia la percentuale di ricoveri provenienti dal pronto soccorso sul totale ricoveri ordinari, sia in termini assoluti che in termini percentuali.

Appare di tutta evidenza la difficoltà di effettuare ricoveri programmati a fronte di una presenza importante di ricoveri legati all'emergenza.

OSPEDALE	ricoveri ordinari 2018	ricoveri ordinari 2017	ricoveri da PS/PPI anno 2018	ricoveri da PS/PPI anno 2017	%su totale R.O. 2018	%su totale R.O. 2017
MICONE	2.324	2.565	766	712	32,96%	27,76%
VILLA SCASSI	12.638	12.642	6.948	6.805	54,98%	53,83%
GALLINO	1.676	1.587	282	296	16,83%	18,65%

PIANO DELLA PERFORMANCE 2019

Di seguito si riporta la tabella riepilogativa dell'attività del Presidio Ospedaliero Unico (P.O.U.) con alcuni indicatori di attività.

La fonte dei dati è rappresentata dal Dwh regionale, con estrazione al 15/04/2019.

Legenda: O. = Ricovero ordinario O.Riab. = ricovero ordinario riabilitativo
D.H= Day Hospital D.S. = Day Surgery

Stabilimento	Modalità Ricovero	Ricoveri	Ricoveri A.p.	Degenza Media Lorda	Degenza Media Lorda A.p.	Gg Degenza Dimessi	Gg Degenza Dimessi A.p.	Accessi Dh	Accessi Dh A.p.	Peso Medio X Acuti	Peso Medio X Acuti A.p.	Importi	Importi A.p.
SPDC ASL3 GALLIERA	O. RIAB.	506	518	8,85	8,55	4.480	4.430	-	-	0,71	0,72	781.062,00	829.427,00
TOTALE		506	518			4.480	4.430	-	-			781.062,00	829.427,00
COLLETTA	O. RIAB.	1.582	1.521	19,02	18,81	30.086	28.613	-	-			7.401.631,84	7.095.934,08
COLLETTA	O. RIAB.	76	86			-	-	591	687			128.891,26	149.875,92
TOTALE		1.658	1.607			30.086	28.613	591	687			7.530.523,10	7.245.810,00
MICONE	O.	2.324	2.565	6,87	6,94	15.963	17.792	-	-	1,20	1,17	7.591.787,00	7.960.731,00
MICONE	D.H.	855	601			-	-	4.868	4.619			1.800.708,00	1.544.333,00
MICONE	O. RIAB.	216	252	24,51	22,12	5.295	5.573	-	-			931.028,10	984.129,86
MICONE	LUNGO DEG.	144	50	35,24	31,74	5.075	1.587	-	-			757.649,20	241.626,00
MICONE	DH RIAB.	15	42			-	-	39	105			6.302,40	16.968,00
MICONE	D.S.	618	782			-	-	618	782			780.193,00	1.019.537,00
TOTALE		4.172	4.292			26.333	24.952	5.525	5.506			11.867.667,70	11.767.324,86
SCASSI	O.	12.638	12.642	8,98	8,91	113.511	112.613	-	-	1,21	1,21	47.593.695,00	47.471.454,00
SCASSI	D.H.	3.453	3.668			-	-	17.992	19.067			6.098.267,00	6.071.938,00
SCASSI	O. RIAB.	204	213	12,66	11,72	2.583	2.496	-	-	0,91		702.110,16	675.568,80
SCASSI	D.S.	33	335			-	-	58	499			84.675,00	494.297,00
TOTALE		16.328	16.858			116.094	115.109	18.050	19.566			54.478.747,16	54.713.257,80
GALLINO	O.	1.676	1.587	5,82	6,18	9.762	9.815	-	-	1,04	1,09	3.946.313,00	3.886.238,00
GALLINO	D.H.	184	85			-	-	863	685			447.125,00	286.084,00
GALLINO	LUNGO DEG.	219	247	42,44	36,50	9.295	9.015	-	-	0,87	0,76	1.327.695,60	1.311.802,80
GALLINO	D.S.	156	212			-	-	156	211			189.896,00	285.412,00
TOTALE		2.235	2.131			19.057	18.830	1.019	896			5.911.029,60	5.769.536,80
TOTALE P.O.U.		24.899	25.406	-	-	196.050	191.934	25.185	26.655	-	-	80.569.029,56	80.325.356,46

Di seguito si riportano i ricoveri effettuati dalle strutture accreditate:

Istituto	Casi		Importi	
	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2018
ISCC Camogli	210	276	927.413,44	1.012.316,20
ICLAS Rapallo	308	317	5.470.607,61	5.513.998,82
Maugeri spa	846	855	4.721.345,27	4.771.184,81
Don Gnocchi	57	37	1.714.697,66	1.140.496,05
Enne srl Albenga	-	320	-	508.465,70
Biomedical Genova	-	63	-	78.289,56
Alma Mater La Spezia	2	44	3.651,00	90.092,21
Totale	1.423	1.912	12.837.714,98	13.114.843,35

Di seguito si riportano i dati di attività ambulatoriali erogate dalle Strutture ospedaliere:

STRUTTURA	Numero Prestazioni 2018	Importo 2018	Numero Prestazioni 2017	Importo 2017
LA COLLETTA	330.747	5.957.996	297.472	5.721.725
P.A. MICONE	3.897.824	20.088.536	3.563.608	18.808.281
VILLA SCASSI	1.044.819	13.288.018	998.404	12.967.368
GALLINO	95.033	2.573.203	95.514	2.447.679
TOTALE	5.368.423	41.907.752	4.954.998	39.945.053

L'assistenza specialistica

L'assistenza territoriale viene erogata dai 6 Distretti Socio Sanitari e dalle strutture accreditate.

L'assistenza specialistica erogata dalle Strutture ASL è assicurata 170 Medici Specialisti ambulatoriali e 7 Specialisti non medici, a questi si aggiungono altri 5 specialisti a tempo determinato. L'attività consultoriale è assicurata dai Consultori Familiari presso le diverse sedi all'interno dei Distretti.

L'attività diabetologica e del Centro Alcolologico sono assicurate anche presso la sede all'interno del Policlinico San Martino.

PIANO DELLA PERFORMANCE 2019

Di seguito si indicano le prestazioni erogate nell'anno 2018 confrontate con quelle dell'anno precedente erogate dalle strutture ASL:

STRUTTURA	Numero Prestazioni 2018	Importo 2018	Numero Prestazioni 2017	Importo 2017
<i>CONSULTORIO-D.S.S. 8</i>	11.114	126.610	12.702	148.904
<i>CONSULTORIO-D.S.S. 9</i>	19.735	245.910	22.698	276.875
<i>CONSULTORIO-D.S.S. 10</i>	12.285	175.522	11.781	167.550
<i>CONSULTORIO-D.S.S. 11</i>	25.591	386.847	28.002	416.132
<i>CONSULTORIO-D.S.S. 12</i>	17.343	218.252	21.715	273.212
<i>CONSULTORIO-D.S.S. 13</i>	16.833	215.454	19.616	236.144
<i>D.S.S. 8</i>	68.567	842.249	57.766	720.127
<i>D.S.S. 9</i>	168.844	2.824.269	156.251	2.613.001
<i>D.S.S. 10</i>	84.326	1.194.153	81.739	1.173.384
<i>D.S.S. 11</i>	78.615	1.321.706	79.795	1.364.076
<i>D.S.S. 12</i>	107.396	1.719.948	109.716	1.716.910
<i>D.S.S. 13</i>	166.182	2.767.583	171.586	.841.106
<i>DSS 8 - AMBULATORIO SCREENING</i>	782	44.502	2.010	85.068
<i>DSS 9 - AMBULATORIO SCREENING</i>	77	451	93	240
<i>ALCOLOGIA C/O SAN MARTINO</i>	747	14.705	42	821
<i>DIABETOLOGIA C/O SAN MARTINO</i>	15.794	141.539	-	-
<i>DSM D.S.S. 10</i>	292	3.677	-	-
<i>DSM D.S.S. 13</i>	1.933	5.402	1.992	26.233
<i>RADIOLOGIA C/O CARCERE MARASSI</i>	1.877	43.270	2.542	57.421
TOTALE	798.333	12.312.050	780.046	12.117.205

Nella tabella sottostante si evidenziano i volumi delle prestazioni erogate dalle 24 strutture accreditate:

STRUTTURE ACCREDITATE	PRESTAZIONI ANNO 2018	IMPORTO ANNO 2018	PRESTAZIONI ANNO 2017	IMPORTO ANNO 2017
Totale	1.166.043	17.299.627	1.208.109	17.906.456

L'assistenza distrettuale

I distretti sono le strutture operative che garantiscono una risposta coordinata e continuativa alla domanda socio-sanitaria della popolazione; in queste strutture, si realizza l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, preposti a soddisfare in modo appropriato i bisogni dei cittadini. Essi si pongono come centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL3 e come sede di coordinamento organizzativo e funzionale dell'intera rete dei servizi socio-sanitari. L'Azienda promuove un forte coordinamento tra strutture ospedaliere e distretti al fine di favorire un'efficace attività di prevenzione, evitare ricoveri inappropriati ed assicurare una dimissione ospedaliera "protetta" attraverso un percorso che faciliti l'accesso ai servizi distrettuali.

Nel territorio aziendale operano diverse strutture extraospedaliere, pubbliche e private convenzionate, di tipo residenziale e semiresidenziale, con una dotazione di posti letto complessiva determinata per anziani e malati come risulta dalla tabella sottostante

STRUTTURE

TIPO DI ASSISTENZA	RESIDENZIALI	SEMIRESIDENZIALI
	N PL	N PL
ANZIANI	3324	386
MALATI TERMINALI	27	0

Per quanto riguarda l'area delle patologie psichiatriche e delle dipendenze, da alcuni anni è stato superato il concetto di dotazione di posti letto, che è stata sostituito da una gestione regionale con sistema budgettario. Di seguito la tabella con il numero dei pazienti presi in carico nell'anno 2018 per tipologia, tipo di assistenza e giornate di degenza complessive.

AREA	TIPO STRUTTURA	GESTIONE DIRETTA				GESTIONE INDIRECTA			
		N_PAZIENTI ANNO 2018	GG_DEGENZA ANNO 2018	N_PAZIENTI ANNO 2017	GG_DEGENZA ANNO 2017	N_PAZIENTI ANNO 2018	GG_DEGENZA ANNO 2018	N_PAZIENTI ANNO 2017	GG_DEGENZA ANNO 2017
SALUTE MENTALE	RSA (RESIDENZA SANITARIA)	108	32.408	109	33.704	217	150.679	210	136.501
	CT (COMUNITA' TERAPEUTICA)	13	4.211	13	4.308	150		150	
	CAUP (COMUNITA' ALLOGGIO AD UTENZA PSICHIATRICA)					65		55	
	CD (CENTRO DIURNO)	422	29.186	468	32.252				

TOTALE SALUTE MENTALE		543	65.805	590	70.264	432	150.679	415	136.501
DIPENDENZE	CT (COMUNITA' TERAPEUTICA)					356	67.195	357	56.506
	AIDS					32	7.932	32	8.314
TOTALE DIPENDENZE		0	0	0	0	388	75.127	389	64.820

L'assistenza primaria

L'assistenza primaria garantisce agli assistiti le attività e le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello, di educazione sanitaria e di medicina preventiva individuale attraverso l'attività dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di continuità assistenziale. Si evidenzia l'alto numero di medicine di gruppo attivate.

Al fine di incentivare il ricorso al Medico di Medicina Generale anche nelle giornate prefestive, ASL ha attivato, in via sperimentale, un servizio di assistenza nelle giornate di sabato e prefestivi (almeno 1 medico per distretto per 4 ore).

TIPOLOGIA	N°	MEDICINE DI GRUPPO ATTIVATE
MEDICI DI MEDICINA GENERALE	526+4 a tempo determinato	78
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	81	7
MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	55+17 a tempo determinato	
MEDICINA DEI SERVIZI	53	

La prevenzione

Nell'azienda sanitaria l'attività di prevenzione è di competenza del Dipartimento di Prevenzione, questa infatti è la struttura preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione, del patrimonio zootecnico e della salute animale, attraverso funzioni rivolte direttamente alla comunità e all'ambiente di vita e di lavoro.

Il Dipartimento persegue direttamente obiettivi di:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali,
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- medicina Legale
- tutela della salute nelle attività sportive

Esso inoltre concorre con gli altri dipartimenti e servizi aziendali alle attività inerenti alle funzioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

Di seguito alcune tabelle riepilogative **delle attività principali** delle strutture del Dipartimento:

Igiene Alimenti e nutrizione:

Attività	2017	2018
Istruttorie registrazione esercizi Reg. Ce 852/2004	2.011	1.927
Riconoscimento Reg. Ce 852/2004	2	1
Campioni alimenti	350	517
Audit esercizi alimentari e stabilimenti	7	3
Ispezioni esercizi registrati	2.716	2.399
Ispezioni stabilimenti riconosciuti	1	2
Audit e ispezioni laboratori autocontrollo	6	1
Interventi per distruzione alimenti	14	13
Certificazioni per esportazione alimenti	567	637
Sanzioni amministrative	207	147
Sequestri	15	5
Notizie di reato	90	107
Sistema di allarme rapido	58	66
Controlli micologici: controllo funghi all'importazione c/o USMAF	51	56
Controlli micologici: a privati	80	100
Riconoscimento dell'idoneità all'identificazione delle specie fungine commercializzate	0	105
Interventi dei micologi c/o PS ospedalieri per intossicazioni da funghi	4	7
Interventi per tossinfezioni alimentari	19	16
Valutazioni preliminari su richiesta	30	39
Acque potabili: concessioni sfruttamento acque	0	29
Acque potabili: prelievo routinario	2.278	1.861
Acque potabili: interventi per prelievo routinario non conforme	167	193
Acque potabili: prelievo ripetitivo	85	78
Acque potabili: attività di vigilanza acquedotti	79	99
Valutazioni nutrizionali	40	46

Medicina Legale:

TIPOLOGIA	ANNO	
	2017	2018
<i>VISITE COLLEGIALI</i>	31.154	29.781
<i>PATENTI SPECIALI</i>	8.862	8.946
<i>CERTIFICAZIONI MEDICO LEGALI</i>	10.471	9.446

Popolazione a rischio:

TIPOLOGIA SCREENING	ANNO		ANNO		ANNO	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
	INVITI	INVITI	ADESIONI	ADESIONI	%ADESIONI SU INVITI	%ADESIONI SU INVITI
<i>CERVICOCARCINOMA</i>	62.347	131.212	17.604	32.442	28,24%	24,72%
<i>COLON RETTO</i>	103.209	197.941	33.533	49.203	32,49%	24,86%
<i>MAMMOGRAFICO</i>	54.117	94.113	25.393	41.299	46,92%	43,88%

Sanità animale:

Macro-tipologie di prestazioni e attività	Anno 2017	Anno 2018
<i>Focolai</i>	3	3
<i>Ispesioni / Sopralluoghi</i>	2.519	2.622
<i>Diagnosi</i>	165	163
<i>Campionamenti d'organo e/o generici</i>	138	148
<i>Gestione spoglie animali</i>	570	363
<i>Campionamenti ematici</i>	5.879	6.569
<i>Certificati rilasciati</i>	656	1.453
<i>Autorizzazioni</i>	155	122
<i>Pratiche e adempimenti sanitari</i>	8.375	7.659
<i>Controlli sanitari</i>	270	237
<i>Provvedimenti Polizia Amministrativa e Giudiziaria</i>	113	110
<i>Riconoscimenti, Audit e revisione procedure</i>	8	9
<i>Registrazioni</i>	60	63
<i>Gestioni anagrafiche</i>	18.387	17.826
<i>Pratiche ambulatoriali</i>	618	586
<i>Rilascio passaporti</i>	1.566	1.519
<i>Prove diagnostiche</i>	993	1.500
<i>Campionamenti Alimenti e Mangimi</i>	64	72
<i>Attività di formazione</i>	13	6
<i>Segnalazioni / richieste pervenute</i>	2.590	2.332
<i>Segnalazioni inoltrate</i>	621	549

Igiene Alimenti di Origine Animale:

Attività alimentari di cui al Reg. CE 852/2004	Unità ANNO 2017	Unità ANNO 2018
MS.000.200 - Pesca attività Registrate (imbarcazioni)	5	4
MS.000.400 - Produzione alimenti in allevamenti - Vendita diretta LATTE crudo	3	4
MS.040.200 - Macellazione avicunicoli presso aziende agricole e agriturismi	3	5
MS.040.300 - Lavorazione e trasformazione di carne, prodotti a base carne	315	370
MS.040.400 - Lavorazione e trasformazione di prodotti della pesca	57	57
MS.040.500 - Raccolta e lav. prodotti dell'apiario (lab. smielatura)	20	25
MS.040.500 - Raccolta e lav. prodotti dell'apiario (primaria di competenza SC SA)	4	1
MS.040.600 - Produzione prodotti a BASE DI LATTE (impianti non riconosciuti)	26	28
MS.060.100 - Comm. ingrosso con deposito Alimenti diversi	10	13
MS.060.100 - Comm. ingrosso con deposito CARNI	1	2
MS.060.100 - Comm. ingrosso con deposito LATTE e FORMAGGI	10	10
MS.060.100 - Comm. ingrosso con deposito PROD. ITTICI	15	15
MS.060.100 - Comm. ingrosso con deposito UOVA	3	3
MS.060.100 - Intermediari, Brokers - Comm. ingrosso senza deposito	36	42
MS.060.200 - Commercio al dettaglio di alimenti	888	865
MS.060.200 - Vendita carni confezionate in az. agricole	39	43
MS.060.200 - Vendita formaggi in az. agricole	1	1
MS.060.400 - Distributori di latte crudo	14	11
MS.090.100 - Trasporto conto terzi alimenti a temperatura controllata	8	8
MS.090.100 - Trasporto conto terzi alimenti in cisterna	4	4

Igiene e Sanità Pubblica:

TIPO ATTIVITA'	ANNO 2017	ANNO 2018
<i>PARERI INDUSTRIE/SCARICHI/EMISSIONI</i>	114	141
<i>PARERI IGIENICO SANITARI SU ATTIVITA' COMMERCIALI</i>	397	494
<i>CENSIMENTO AMIANTO</i>	6.012	3.089
<i>VACCINAZIONI</i>	99.950	98.611
<i>PRELIEVI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TEST TUBERCOLINICI</i>	1.583	786
<i>CONSULENZE PER PROFILASSI</i>	17.714	23.421
<i>INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE PER MALATTIE INFETTIVE</i>	1.998	1.725
<i>DISINFESTAZIONI</i>	373	468
<i>ISPEZIONI</i>	1.070	940

L'attività ispettiva relativa all'amianto in polvere avviene a chiamata: nel 2018 sono state evase tutte le richieste pervenute. La diminuzione significativa dipende dalla sempre maggiore aderenza alla normativa in tema di amianto.

Per il 2019 si prevede un nuovo incremento a causa del censimento del compatto.

P.S.A.L.

Attività	Anno 2018	Anno 2017
<i>Cantieri notificati art.99 d.Lgs.81/08</i>	4.108	4.207
<i>Cantieri ispezionati</i>	508	623
<i>Aziende edili oggetto di accertamenti</i>	1.096	1.221
<i>Sopralluoghi in edilizia</i>	824	935
<i>Azienda non edili oggetto di accertamenti</i>	411	442
<i>Notifiche amianto</i>	1.020	1.004
<i>Piani amianto friabile o misto</i>	97	112
<i>Piani amianto compatto</i>	476	528
<i>Prescrizioni 758</i>	228	227
<i>Sanzioni amministrative</i>	10	6
<i>Ricorsi avverso medico competente</i>	31	41
<i>Esposti/segnalazioni trattati</i>	112	103
<i>Fascicoli infortuni oggetto di indagine</i>	101	122
<i>Malattie professionali inviate all'A.G.</i>	57	81
<i>Pareri</i>	160	163
<i>Proventi sanzioni ex 758 in €</i>	376.126	420.453

L'assistenza farmaceutica

L'attività dell'area farmaceutica, ospedaliera e territoriale, ha gestito, nel corso dell'anno 2018, oltre 92.000.000 milioni di euro.

Di seguito il dato di costo 2018 della Farmacia Ospedaliera:

		TOTALI		DIFFERENZA	
Modello	EROG-SSN-PHT	2.017	2.018	ASSOLUTA	RELATIVA
O	--	5.678,47	19.676,67	13.998,20	246,51
	-A-	492.513,59	362.463,81	- 130.049,78	- 26,41
	-A-PHT	780.747,53	1.141.080,72	360.333,19	46,15
	-C-	1.354.996,33	1.493.719,06	138.722,73	10,24
	-CN-	23.129,98	6.535,92	- 16.594,06	- 71,74
	DIS-C-	3.782,49	-	- 3.782,49	- 100,00
	GAS--	102.906,09	99.274,11	- 3.631,98	- 3,53
	GAS-A-PHT	7.502,88	8.111,24	608,36	8,11
	GAS-C-	31.040,13	31.484,49	444,36	1,43
	GAS-H-	508.452,53	540.152,92	31.700,39	6,23
	-H-	9.134.685,24	10.168.712,04	1.034.026,80	11,32
	MC-C-	92.192,88	74.767,70	- 17.425,19	- 18,90
	MC-H-	203.321,88	159.034,88	- 44.286,99	- 21,78
	SUBTOTALE OSP	12.740.950,00	14.105.013,55	1.364.063,55	10,71
	-NC-	-	- 197,04	- 197,04	
	VAC--	-	19.248,24	19.248,24	
	VAC-C-	4.409.176,70	4.525.227,21	116.050,51	2,63
	VAC-H-	1.019.749,79	1.412.959,55	393.209,76	38,56
	VAC-NC-	-	30.863,17	30.863,17	
	SUBTOTALE VACCINI	5.428.926,49	5.988.101,13	559.174,65	10,30
O Totale		18.169.876,48	20.093.114,68	1.923.238,20	10,58

Da segnalare l'attività di controllo e monitoraggio dei farmaci ad alto costo.

Nella tabella sottostante si evidenziano i risparmi in relazione ai farmaci "brand":

	2018	2017	DELTA
brand	€ 39.318,77	€ 88.296,00	-€ 48.977,23
biosimilare	€ 183.237,79	€ 201.060,00	-€ 17.822,21
totale	€ 222.556,56	€ 289.356,00	-€ 66.799,44
% bio su totale	82,33	69,49	

L'attività farmaceutica territoriale, ha implementato, nel corso dell'anno 2018, la DPC, che è stata monitorata con apposito flusso informativo.

Il personale

In ASL 3 opera personale dipendente, distinto per macrocategorie, come risulta dal prospetto sottostante:

PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12/2018

MACROCATEGORIA PERSONALE	Totale
<i>PERSONALE INFERMIERISTICO</i>	1768
<i>PERSONALE OSS</i>	436
<i>PERSONALE TECNICO</i>	273
<i>PERSONALE AMMINISTRATIVO</i>	563
<i>PERSONALE TECNICO SANITARIO</i>	632
<i>TOTALE COMPARTO</i>	3672
<i>MEDICI</i>	625
<i>VETERINARI</i>	18
<i>DIRIGENTI SANITARI</i>	110
<i>DIRIGENTI PTA</i>	29
<i>TOTALE DIRIGENZA</i>	822
<i>TOTALE COMPLESSIVO</i>	4454

La normativa di riferimento

Il percorso di programmazione per l'anno 2019 ha preso forma in ragione delle intervenute disposizioni nazionali in materia di riorganizzazione in ambito sanitario che di seguito si elencano:

- Legge 30/12/2018 n. 145 (legge di Bilancio 2019),
 - a. Revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria [...] al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure.
 - b. Rispetto degli obblighi di programmazione [...] in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa.
 - c. Valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica [...].
 - d. Implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Ssn che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente [...] tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del Sistema tessera sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico.
 - e. Promozione della ricerca in ambito sanitario.
 - f. Miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili [...].
 - g. Valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.
 - h. Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture per gli Enti del SSN
- le seguenti previsioni normative che hanno imposto tetti di spesa, vincoli e adempimenti a carico delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, IRCCS ed Enti Pubblici o Equiparati:
 - D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito con modificazioni in L. 30 luglio 2010, n. 122;
 - D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68, artt. 27, 30, 35 e 36;
 - D.L. 6 luglio 2011 n. 98 convertito con modificazioni in L. 15 Luglio 2011, n. 111;
 - D.L. 6 Luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni in L. 7 Agosto 2012, n. 135;
 - D.L. n. 13 Settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni in L. 8 Novembre 2012, n. 189;

- L. 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014), art. 1 comma 234;
 - D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla L. 23 giugno 2014, n. 86, art. 46 comma 6);
 - L. 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), art.1 commi 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 601;
 - L. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), art. 1, che, tra l'alto, impone di conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli Enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario e della garanzia dei Lea;
 - L. 11/12/2016 n. 232 (legge di stabilità 2017)
 - L. 27/12/2018 n. 205 (legge di stabilità 2018)
 - Decreto Ministero della Salute N. 70 del 2 Aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- le seguenti previsioni normative regionali che dettano disposizioni di tipo organizzativo e finanziario per le Aziende Liguri:
- La L.R. 7 dicembre 2006, n. 41 e ss.mm. e ii. "Riordino del Servizio Sanitario Regionale";
 - La delibera Consiglio Regionale 5/12/2017 n. 21 ad oggetto: "Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017/2019"
 - la L.R. 21/12/2018, n. 28 "Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2019 - 2021";
 - D.G.R. n. 7 del 11/01/2019 ad oggetto "Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2019" con cui sono stati individuati gli indirizzi per l'anno 2019 per le Aziende, Enti ed Istituti Sanitari;
 - D.G.R. n. 22 del 18/01/2019 ad oggetto: "Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali di AA.SS.LL., San Martino-IST, Enti erogatori Pubblici o Equiparati del S.S.R. e ai Commissari Straordinari di Asl 2 e A.Li.Sa., in coerenza con gli indirizzi di cui alla D.G.R. 7/2019", con la quale vengono assegnati specifici sulla base delle direttive di cui alla D.G.R. 7/2019.
- le seguenti previsioni normative che dettano norme in materia di ottimizzazione della produttività, performance ed obiettivi:
- D.Lgs n. 150/2009 e ss.mm.ii. "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" che ha definito la disciplina in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti nonché in materia di trasparenza dei documenti.";
 - D.lgs. 286/99 riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio
 - Personale Comparto: CCNL 21/5/2018 artt 81, 82 e 85
 - Personale Aree Dirigenziali: art. 25 – 32 dei CCCCNL 03/11/2005, artt. 6, 8, 9 e 10 del
 - CCNL Area Dirigenza Medica e Veterinaria del 17/10/2008 e artt. 6, 11, 12 e 13 del CCNL Area Dirigenza SPTA del 17/10/2008;
 - Delibera CIVIT n. 112 del 28.10.2010 che disciplina struttura e modalità di redazione del Piano delle Performance;
- Le seguenti disposizioni in ordine agli obblighi anticorruzione, trasparenza e Privacy
- Legge n. 190/2012 in materia di "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
 - D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità,

trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” che ha definito i principali obblighi di pubblicazione;

- Regolamento UE 679/2016 entrato in vigore il 25/5/2018 in materia di tutela della privacy

3. Le linee programmatiche e gli obiettivi

Principi fondamentali programmatori

Il Piano Sociosanitario 2017 – 2019 approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 21 del 5/12/2017, propone i sottoelencati interventi nel triennio di pertinenza:

Riorganizzazione della rete ospedaliera

- Mantenimento di tutti gli 11 ospedali presenti sul territorio e loro potenziamento
- Riapertura Pronto Soccorso negli ospedali di Cairo M., Albenga, Bordighera (con l’impegno alla valutazione circa la trasformazione del punto di primo intervento di Rapallo in Pronto soccorso, ove si verifichino le condizioni di sostenibilità)
- Mantenimento DEA II livello ospedale Santa Corona di Pietra Ligure
- Area metropolitana genovese, realizzazione ospedale del Ponente agli Erzelli

Integrazione ospedale - territorio verso una sanità sempre più a chilometro zero che metta al centro la persona per garantire la libertà di scelta nell’accesso al servizio sanitario e la continuità dei percorsi assistenziali, dall’accoglienza all’integrazione tra assistenza primaria, ospedaliera, domiciliare e residenziale:

- percorsi di dimissione protetta
- sistema di valutazione della persona non autosufficiente e del suo fabbisogno assistenziale con criteri omogenei in tutto il territorio
- coinvolgimento dei medici di medicina generale (accordo per la gestione delle cronicità), dei pediatri di libera scelta, della rete delle farmacie territoriali
- implementazione nuovo sistema unico di prenotazione Cup regionale
- implementazione attività ambulatoriale e territoriale
- potenziamento reparti a bassa e media intensità

Istituzione dei Diar – Dipartimenti interaziendali regionali per condividere le ‘best practice’, garantire una presa in carico globale del paziente e una maggiore uniformità ed equità della risposta sanitaria su tutto il territorio al fine di abbattere le liste d’attesa.

Azzeramento del disavanzo e raggiungimento del pareggio di bilancio entro il 2020: partendo dai 94 milioni di perdite nel 2015 il documento prevede una riduzione a 64 milioni nel 2017, a 49 milioni nel 2018 (pari a 45 milioni) fino a 34 milioni nel 2019 (60 milioni).

Efficientamento - migliore utilizzo della Centrale acquisti, razionalizzazione delle strutture con l’eliminazione dei duplicati organizzativi, monitoraggio dell’appropriatezza (prescrittiva, diagnostica, terapeutica, organizzativa, economica) oltre che della qualità percepita da parte degli utenti

Nuove tecnologie - implementazione nuove tecnologie applicate all’assistenza sanitaria con specifiche azioni di formazione del personale, oltre che degli aspetti legati alla comunicazione e alla trasparenza. Percorso di apertura di ambulatori infermieristici sul territorio.

Malattie rare – realizzazione di una rete delle cure dei soggetti con malattie rare in modo da garantire la continuità socioassistenziale dall’età pediatrica all’età adulta, attività formative e informative rivolte a

specialisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, pazienti e cittadini, istituzione di centri di risorse biologiche istituzionali nelle Asl e negli IRCCS.

Obiettivi piano Performance e Linee di indirizzo Aziendali

Il Piano della Performance, previsto dal Titolo II del D. Lgs. 27 ottobre 2009, n.150, costituisce il documento programmatico che, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati dell’Azienda e dei suoi attori.

Il decreto sopra citato pone l’accento sull’importanza della ricerca del continuo miglioramento della prestazione e dei servizi resi, spingendo le aziende a realizzare un passaggio dalla cultura dei mezzi (fattori di input) a quella dei risultati (fattori di output).

Nell’attuale fase di riorganizzazione dell’Azienda, che vedrà la costituzione di un gruppo di lavoro per la messa a punto del Piano Strategico Triennale giusta nota prot. 69496/2019, è parso opportuno limitare la vigenza del presente Piano al solo anno 2019, poiché i contenuti del piano strategico triennale andranno a impattare su quelli del Piano della Performance. Un ulteriore elemento che ha determinato l’Azienda nella redazione di un piano per il solo 2019 è la necessità di allinearsi con le scadenze del P.S.R. 2017 – 2019.

In tale fase di transizione, sarà fondamentale l’apporto del lavoro tavolo composto dai Direttori del Collegio di direzione e dell’Alta direzione, in ordine allo sviluppo del nuovo PST e criteri/Regolamenti in coerenza con il buon funzionamento del Piano della Performance.

La misurazione e la valutazione della performance riguardano l’amministrazione nel suo complesso, le Strutture o aree di responsabilità in cui essa si articola ed i singoli dipendenti.

Il presente Piano della performance è articolato su un orizzonte temporale annuale e, in coerenza con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi strategici ed operativi.

Il documento esplicita e declina la programmazione ospedaliera e territoriale, sanitaria e socio sanitaria secondo gli indirizzi e le direttive individuati dalla Direzione Strategica e dagli indirizzi regionali. Il raccordo tra il Piano della performance e gli obiettivi annuali del 2019 avviene mediante la predisposizione del Documento che individua le Linee di Indirizzo, che costituisce parte integrante del presente Piano.

Le linee di indirizzo per l’anno 2019 (allegato A del presente Piano) hanno la funzione di rappresentare una guida pratica e immediatamente comprensibile finalizzata ad orientare le progettualità elaborate verso gli obiettivi aziendali, coordinandole in modo da sviluppare le necessarie integrazioni tra le Strutture coinvolte soprattutto alla luce del nuovo assetto aziendale, determinato dall’Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 239/2018.

Le linee guida licenziate da A.Li.Sa. e gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali e Commissari Straordinari delle Aziende Liguri, costituiscono altresì l’ossatura portante della performance richiesta alle Strutture di ASL 3.

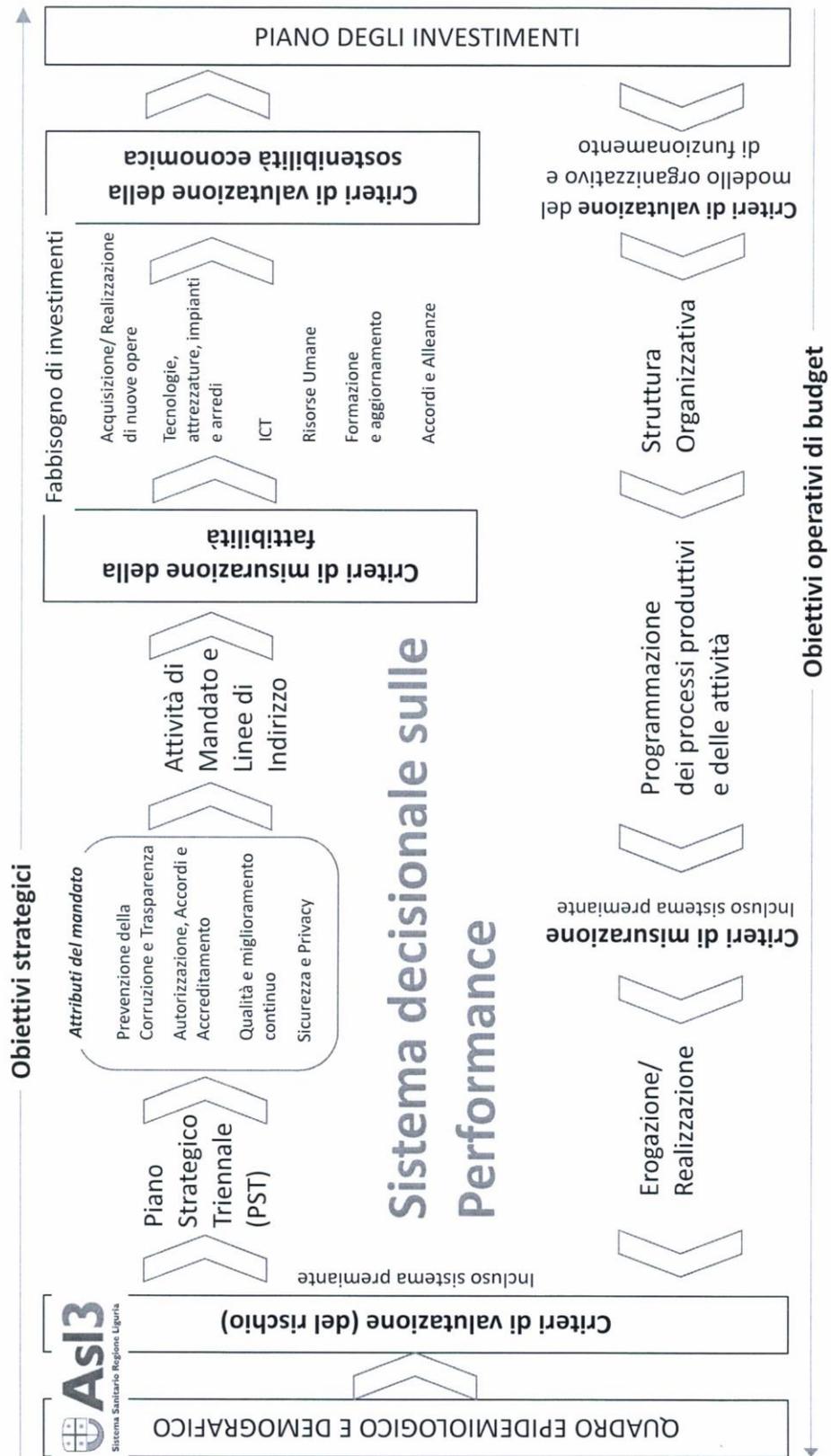
L’Azienda, inoltre, con la firma dell’Accordo contrattuale con A.Li.Sa. per la fornitura di attività assistenziali 01/01/2019 – 31/12/2021, si è impegnata, per il corrente anno 2019 a rispettare il budget tecnico di budget. Si riporta schematicamente di seguito il contenuto del documento tecnico di budget, che verrà ribaltato sulle strutture produttive interessate.

DOCUMENTO TECNICO DI BUDGET			
REMUNERAZIONE STANDARD	PARI AL 2018		130.983.000
REMUNERAZIONE ORIENTATA	ATTIVITA' DA INCREMENTARE (drg)	STRUTTURE INTERESSATE	
AREA CARDIOVASCOLARE	108-110	Cardiologia Ch Vascolare	1.783.000
	518; 556-558		
AREA CHIRURGICA E ONCOLOGICA	075-077	Ch Toracica Pneumologia	
	146-147-149	Ch Generale Day week surgery	
	303-315 '318-319	Urologia Nefrologia	
	354-360 '363-385	Ginecologia	
	544-545	Ortopedia Day week surgery	
AREA NEUROSCIENZE	012 - 013	Neurologia	
AREA OCULISTICA	036-038 '040-042	Oculistica	
AREA ORL	049-063	Orl	
AREA AMBULATORIALE (RIDUZIONE LISTE ATTESA)		TUTTE QUELLE CON AMBULATORI	
MASSIMO FINANZIABILE			133.656.000

La Direzione aziendale s'impegna a monitorare costantemente il grado di raggiungimento degli obiettivi posti, predisponendo appropriati strumenti di rendicontazione, e comunicando i risultati a tutti i portatori di interesse, coinvolti a vario titolo nella gestione aziendale.

In generale, viene posto come obiettivo prioritario il miglioramento continuo degli standard qualitativi dei servizi, la promozione della salute sul territorio, la realizzazione di efficaci modalità di assistenza, anche di tipo domiciliare, l'introduzione e l'applicazione di nuovi strumenti terapeutici e di nuove tecniche di diagnosi e cura finalizzate al raggiungimento di una maggiore efficienza operativa, l'aggiornamento del personale, il sistematico rinnovamento e revisione delle strutture e delle attrezzature, nell'ambito delle risorse disponibili.

La rappresentazione grafica del percorso decisionale che parte dall'analisi del contesto e definizione degli obiettivi strategici, passa dall'individuazione dei criteri di misurazione e valutazione di sostenibilità degli investimenti necessari al raggiungimento degli obiettivi strategici anche nella loro declinazione più operativa infrannuale e di misura delle performance espresse dall'azienda nel suo insieme nell'impatto con il proprio bilancio e con la comunità di riferimento, è quella che segue. Come detto, l'impegno della Direzione Aziendale è quello di assicurare le modalità di coerenza tra il percorso strategico ed il sistema di maturazione delle decisioni finalizzate alla valutazione e attuazione degli investimenti ritenuti necessari e sostenibili per il raggiungimento degli scopi di mandato. Un importante lavoro in collaborazione con le Direzioni componenti il Collegio di Direzione è stato avviato proprio nel mese di giugno 2019.



Coordinamento con il Sistema Qualità Aziendale

L'ormai consolidato processo di budgeting, coordinato dalla S.C. PPC, ha visto nel corso degli anni via via rafforzarsi ed implementarsi il raccordo con il settore della Qualità aziendale, afferente alla S.C. Governo clinico e Programmazione sanitaria. Tale collaborazione, ha fatto sì che progressivamente gli obiettivi del Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) abbiano trovato una loro naturale confluenza nel sistema di budgeting annuale, permeando di fatto tutti gli aspetti programmatici aziendali. Altra forte integrazione è stata quella con le attività dell'Unità di gestione del Rischio (U.G.R.), concretizzatasi nell'ultimo "Atto Aziendale" con l'afferenza della S.S. Gestione del rischio Clinico alla S.C. Governo Clinico.

Gli obiettivi in materia di gestione di rischio clinico, infatti, oltre ad essere esplicitati nei verbali UGR, nelle procedure aziendali inerenti il rischio clinico e nei mandati aziendali derivati da obiettivi strategici specifici, sono progressivamente anch'essi entrati a far parte della scheda di budget a dimostrazione della ricerca di una crescente unitarietà di intenti rispetto alle varie componenti del controllo di gestione aziendale.

Coordinamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance

Tutte le amministrazioni devono assicurare l'integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione dell'anticorruzione.

In particolare è necessario garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione, prevedendo esplicitamente nei Piani della performance il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire.

Proprio per garantire l'attuazione di questo collegamento il Direttore Generale di questa Azienda ha individuato tra gli obiettivi strategici assegnati al RPCT proprio la realizzazione di un effettivo collegamento tra il ciclo di gestione della performance e il P.T.P.C.T. prevedendo specifici obiettivi organizzativi riguardo alle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Per favorire un maggiore coinvolgimento agli obiettivi della prevenzione della corruzione si è cercato per quanto possibile di condividerli preliminarmente con i dirigenti interessati, trovando assieme dei possibili obiettivi da assegnare in modo tale che potessero innalzare il livello di trasparenza e di integrità dell'Azienda senza recare nocimento alle attività istituzionali delle varie Strutture. della prevenzione della corruzione o con incarichi specifici ("coordinatori – facilitatori").

Gli obiettivi sono stati diversificati a seconda delle caratteristiche dei vari uffici e in base alle problematiche e criticità che nel corso degli anni sono state riscontrate.

Anche la trasparenza deve porsi in relazione al ciclo di gestione della performance. Infatti la pubblicazione on-line dei dati consente ai cittadini di conoscere il buon andamento dei servizi pubblici. Ma non solo! "La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del miglioramento continuo dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse" (Del CIVIT n. 105/2010). Di conseguenza l'attuazione della trasparenza non si esaurisce con la pubblicazione su "Amministrazione Trasparente" dei Piani della Performance (e documenti conseguenti) ma prevede ulteriori "iniziative" come le Giornate della Trasparenza e gli incontri con il Comitato Misto Consuntivo che questa Azienda organizza periodicamente durante l'anno

Coordinamento tra tutela della privacy e performance

L'Azienda ha individuato tra gli obiettivi strategici la realizzazione di un effettivo collegamento tra il ciclo di gestione della performance e il D.P.S. Privacy prevedendo specifici obiettivi organizzativi riguardo alle attività di prevenzione del rischio privacy anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi strategici previsti nel D.P.S..

Il collegamento fondamentale tra Sistema Privacy aziendale e ciclo della Performance si realizza pienamente infatti prevedendo l'inserimento nel piano della Performance di obiettivi strategici relativi alla prevenzione del rischio privacy.

Gli stessi Dirigenti, a capo delle strutture coinvolte negli obiettivi, così come definiti nel processo di budget, sono stati chiamati, a loro volta, ad individuare eventuali obiettivi individuali, nell'ambito della scheda di valutazione prevista, da assegnare ai propri collaboratori, coinvolti nelle attività della prevenzione del rischio privacy o con incarichi specifici ("Facilitatori").

Nelle schede di budget sono inoltre già previsti obiettivi specifici per il personale del comparto e della dirigenza.

Gli obiettivi sono stati diversificati a seconda delle caratteristiche delle varie Strutture. Nel 2018, sono stati assegnati obiettivi specifici (mappatura, registro, frequenza corso FAD) che hanno contribuito a sensibilizzare il personale sulla tematica della privacy.

Nel 2019 sono stati assegnati obiettivi di consolidamento del sistema privacy aziendale e di monitoraggio e revisione del suo assetto organizzativo sulla base dell'esperienza maturata in occasione della prima applicazione della normativa europea e del consolidamento di rapporti di collaborazione a livello regionale in materia:

1. Formazione come strumento di diffusione della cultura in materia di privacy
 - 1.1. almeno un incontro formativo/illustrativo in materia di privacy con i dipendenti
 - 1.2. frequenza del corso FAD privacy dai dipendenti individuati dal direttore della struttura e comunicati alla SC Aggiornamento e Formazione
 - 1.3. partecipazione dei referenti-direttori di struttura ed assimilati e facilitatori individuati alle attività formative relative all'applicativo di gestione del registro trattamenti qualora attivata entro il 2019
2. Implementazione e monitoraggio del progetto "gestione del rischio privacy"
 - 2.1. Monitoraggio dei trattamenti (accertandone la funzionalità e l'affidabilità) e delle misure di prevenzione (accertandone la congruità e l'efficacia reale): sulla base del format pubblicato in specifica sottosezione del sito intranet aziendale (sezione "Normativa – Privacy"-Allegato "TAB_CODICE STRUTTURA_04" al DPS) e per i referenti anche Monitoraggio del rispetto delle normativa privacy sulla base della Check list – Allegata al DPS
3. Introduzione di un sistema di "internal auditing" nel sistema privacy
 - 3.1. almeno due audit privacy interni entro il 31.12.19 con la partecipazione obbligatoria di Dirigenti responsabili della struttura e facilitatori della struttura e di dipendenti dagli stessi individuati
 - 3.2. eventuale aggiornamento della mappatura e della valutazione del rischio per i trattamenti di afferenza, anche in correlazione con intervenute modifiche organizzative e/o con l'introduzione di applicativo dedicato e loro pubblicazione con le modalità previste dal DPS

3.3.almeno un audit privacy esterno-controllo, anche correlato ad altre attività di ispezione e controllo quali-quantitativo nell'ambito dell'esecuzione del rapporto, nei confronti di soggetto nominato responsabile esterno o contitolare in trattamento che afferisce alla struttura per competenza tecnico-economico-gestionale

3.4.Somministrazione da parte del Servizio Ispettivo interno di questionario anonimo a tutti i dipendenti sottoposti a verifica, nel quale verrà chiesto di dichiarare il proprio grado di conoscenza della normativa privacy e sull'utilizzo e sull'applicazione del D.P.S.

Il D.P.S. privacy aziendale aggiornato prevede che il R.P.D. con il supporto della S.C. Affari Generali e del P.P.C. effettua un check di norma con cadenza semestrale per la valutazione dell'implementazione del "Sistema privacy" aziendale rispetto agli obiettivi assegnati alle strutture, con verifica ed implementazione di eventuali azioni correttive.

Analoghi check devono essere effettuati dai Dirigenti responsabili delle singole strutture-aree, anche a supporto dei relativi Referenti di area di afferenza, con cadenza almeno semestrale.

Il raggiungimento o meno degli specifici obiettivi di budget viene indicato all'interno della Relazione della Performance; quindi a consuntivo l'Amministrazione verifica i risultati organizzativi raggiunti rispetto all'obiettivo programmato con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Obiettivi DGR 7/2019 DGR 22/2019 e obiettivi aziendali

L’Azienda ha recepito le linee di indirizzo di A.Li.Sa (DGR 7/2019) e gli obiettivi dei Direttori (DGR 22/2019), che sono stati sintetizzati nel prospetto sottostante:

AREA INTERVENTO	OBIETTIVO DG DGR 22/2019	INDIRIZZI OPERATIVI a.Li.Sa. DGR n.7/2019	OBIETTIVO	INDICATORI E TARGET
FARMACEUTICA	NO	SI	Utilizzo molecole a brevetto scaduto Promuovere utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto ed evitare prescrizioni non appropriate	DDD specialità a brevetto scaduto 2019 della molecola a monitoraggio /DDD totali della molecola a monitoraggio = 1
		SI	Evitare switch, all’interno della stessa categoria terapeutica (ATC), verso molecole il cui brevetto non sia ancora scaduto, evitando quindi l’aumento di consumi di molecole con brevetto non scaduto	Nel caso che nel 2019 non siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019 >tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo Nel caso che nel 2019 siano registrate nuove molecole il target è: tot DDD scadute 2019 ≥ tot DDD scadute 2018 per ciascun gruppo
		SI	Rispetto degli accordi negoziali dei farmaci soggetti a registro AIFA e Fondo Farmaci Innovativi	Rapporto tra farmaci registrati su registro AIFA/farmaci registrati nel flusso (erogazione diretta [ED]+ erogazione ospedaliera [EO])*=1 (cioè il 100% dei farmaci utilizzati è registrato nel registro AIFA) * al netto della quota di farmaci utilizzati per le indicazioni non a monitoraggio; gli Enti dovranno fornire ad A.Li.Sa. relazione in merito a suddetta quota. Schede di pz che non ricevono trattamento da 3 mesi senza specifica motivazione = 0
		SI	Farmaci antibiotici - Riduzione consumo antibiotici	Riduzione del 3% consumi in DDD degli antibiotici sistemici in ambito territoriale 2018/2019; Riduzione del 2% consumi in DDD degli antibiotici sistemici in ambito ospedaliero 2018/2019; Riduzione del 3% consumi in DDD degli antibiotici fluorochinoloni sistemici in ambito territoriale 2018/2019; Riduzione del 2% consumi in DDD degli antibiotici fluorochinoloni sistemici in ambito ospedaliero 2018/2019.
TEMPI DI ATTESA	SI	SI	rispetto priorità B e D	Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio il rispetto dei tempi di attesa per almeno il 90%
		SI	CUP di 1 e 2 livello - Incremento prestazioni prenotabili attraverso CUP	n. prestazioni erogate che sono state prenotate tramite CUP/numero prestazioni erogate (per asl3 il target è il 70%)

PIANO DELLA PERFORMANCE 2019

AREA INTERVENTO	OBIETTIVO DG DGR 22/2019	INDIRIZZI OPERATIVI a.Li.Sa. DGR n.7/2019	OBIETTIVO	INDICATORI E TARGET
PREVENZIONE	SI	SI	Pneumococco e Zoster miglioramento dell'adesione alla vaccinazione	% adesione pneumococco >= 75% e % di adesione herpes zoster >=35%
		SI	HPV copertura con seconda dose coorte femmine 2001-2004	% adesione >= 75% (coorti 2001-2004)
	NO	SI	Implementazione screening oncologici mammografico, coloretale, cervicale (anche consultorio per cervice uterina)	Incontri gruppi di lavoro multidisciplinari accreditati ECM per la valutazione della qualità dell'intervento: minimo 2 all'anno
	NO	SI	Implementazione sistemi di sorveglianza PASSI, PASSI D'ARGENTO OKKIO ALLA SALUTE	Incremento dell'offerta di programmi di contrasto alla sedentarietà; implementazione ed estensione dei Programmi di Promozione della salute negli ambienti di lavoro (W.H.P.) programmi formativi dedicati in differenti contesti (scolastico, lavorativo, ecc.)
	NO	SI	Redazione Piani mirati di prevenzione	Realizzazione di nuovi P.M.P. P.M.P. "Attrezzatura impastatrice/mescolatrice nel settore terziario – attività artigianali alimentari " P.M.P."Stress da lavoro correlato e benessere organizzativo nelle aziende sanitarie pubbliche e private"
FLUSSI	SI	SI	Verifica mensile Flussi traccia inviati da ALISA	Controllo mensile tra flussi E.D. ed E.O. e flusso traccia: rispetto tempistica e corrispondenza al 100% o riconciliazione; controllo trimestrale tra flussi E.D. ed E.O. e flusso traccia: rispetto tempistica e corrispondenza al 100% o riconciliazione; evidenza delle attività di miglioramento per assicurare la rimozione delle cause dei disallineamenti
DIAR/CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	SI	SI	Incremento produzione secondo quanto previsto da A.Li.Sa. nel documento tecnico di budget	Dettagliati nelle schede di budget che verranno definite successivamente
CONTINUITA' OSPEDALE/TERRITORIO	NO	SI	A seguito dell'attivazione dei DIAR, attivazione di percorsi di spiccata integrazione ospedale territorio	Indicatori differenti a seconda della tipologia di pz. ricompresa nelle patologie seguite dai DIAR attivati
SALUTE MENTALE	NO	SI	Adozione nei DSMD di linee di indirizzo e protocolli operativi che contengano criteri di valutazione diagnostica per fasce di età	Evidenza di linee di indirizzo e protocolli operativi per fasce di età
			Ampliamento e razionalizzazione dell'offerta e diversificazione delle strutture con particolare riferimento alla residenzialità leggera e social housing	Mappatura del fabbisogno e dell'offerta residenziale per tipologia
			Consolidamento e riorganizzazione permanente della rete urgenza – emergenza che preveda l'integrazione funzionale ospedale territorio (es. procedure unificate T.S.O.)	Evidenza protocolli e linee di indirizzo condivise e diffuse (es. T.S.O.)
			Potenziamento dei programmi di riabilitazione	Evidenza di percorsi socio riabilitativi attivati

AREA INTERVENTO	OBIETTIVO DG DGR 22/2019	INDIRIZZI OPERATIVI a.Li.Sa. DGR n.7/2019	OBIETTIVO	INDICATORI E TARGET
RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO COMPLESSIVE DELLE FATTURE PASSIVE	SI ANCHE DIR. AMM.	SI	Rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente	Pagamento entro i termini previsti = obiettivo raggiunto
				Ritardo > 60 gg o nel caso di mancata riduzione del debito conseguente al ritardo di almeno il 10% nessuna indennità di risultato al DG e al DA
				Ritardo tra 31 e 60 gg indennità di risultato al 50% al DG e al DA
				Ritardo tra 11 e 30 gg indennità di risultato al 75% al DG e al DA
				Ritardo tra 1 e 10 gg indennità di risultato al 90% al DG e al DA
ANTICORRUZIONE	NO	SI	Predisposizione di linee guida comuni sull'adozione e gestione del piano	Non indicato

Di seguito si indicano gli altri obiettivi assegnati alle Strutture collegati alle linee di indirizzo aziendali per il 2019:

AREA INTERVENTO	OBIETTIVO DG DGR 22/2019	INDIRIZZI OPERATIVI a.Li.Sa. DGR n.7/2019	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI
PREVENZIONE	NO	NO	Revisione check list utilizzate dalle Strutture per le attività di controllo ufficiale sugli stabilimenti	Evidenza check list
FLUSSI	NO	NO	Flussi verso regione, Ministeri, flussi interni aziendali	Margine di tolleranza <2%
DIAR/CONTRIBUTO ALL'EQUILIBRIO ECONOMICO	NO	NO	Condivisione linee di indirizzo e obiettivi individuati da A.Li.Sa./ DIAR	Dettagliati nelle schede di budget che verranno definite successivamente

AREA INTERVENTO	OGGETTO DGR 22/2019	INDIRIZZI OPERATIVI a.Li.Sa. DGR n.7/2019	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORI
ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	NO	NO	<i>Accreditamento:</i> Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) OBT per tutte le strutture sanitarie: in rinnovo certificazione in certificazione 2019 in certificazione 2020	Rispetto dei tempi previsti dal progetto
			<i>Certificazione:</i> Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015 per le strutture sanitarie: in rinnovo certificazione (audit prima parte aprile 2019) in certificazione 2019 (audit prima parte ottobre 2019)	
			Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni) processi amministrativi	Rispetto dei tempi previsti dal progetto
PRIVACY	NO	NO	obt. diversificati a seconda degli adempimenti normativi previsti	obt. diversificati a seconda degli adempimenti normativi previsti

Ulteriori obiettivi strategici aziendali, declinati dalla Direzione strategica, sono contenuti nelle linee di indirizzo aziendali del dicembre 2019, che fanno parte integrante del presente Piano.

4. Ciclo di Gestione della Performance

Misurazione e gestione delle Performance – performance organizzativa -

Il sistema di programmazione integrata di ASL 3, che prende l'avvio dalla componente strategica, trova attuazione a livello operativo attraverso il ciclo di gestione della performance.

Il ciclo di gestione della performance è caratterizzato da:

- Una fase di programmazione, che si attua con la redazione delle schede di budget, la discussione del budget e la redazione del Piano della performance, validato dal Nucleo di Valutazione, che si conclude entro il 30 aprile e che comprende:
 - o Firma e pubblicazione delle schede di budget
 - o Illustrazione da parte dei direttori di Struttura a tutto il personale e restituzione del foglio firma sottoscritto da tutti i collaboratori
 - o Redazione del Piano della Performance e condivisione con il Nucleo di Valutazione e formalizzazione del Piano con deliberazione
 - o Una fase di monitoraggio dei risultati di gestione (almeno trimestrale) ed eventuale individuazione di correttivi per le strutture non in linea con gli obiettivi assegnati;
 - o Una fase di consuntivazione, che viene esplicitata nella relazione sulla performance, che si conclude entro il primo semestre e che comprende:
 - o Redazione delle schede a consuntivo e raccolta delle osservazioni dei Direttori;
 - o Validazione dei risultati da parte del Nucleo di Valutazione;

- Redazione della Relazione sulla Performance;
- Invio dei dati a S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane per il pagamento della quota incentivante.

Misurazione e gestione delle Performance – performance individuale –

La performance individuale misura il contributo del singolo a realizzare gli obiettivi aziendali.

Mentre la performance organizzativa viene valutata sulla base dei risultati delle componenti aziendali che la costituiscono, la performance individuale deriva dalla compilazione delle schede di valutazione da parte dei soggetti deputati alla stessa, secondo i regolamenti aziendali.

La performance individuale viene valutata in modo diverso a seconda della tipologia di valutato:

<i>VALUTATO</i>	<i>ASPETTI VALUTATI</i>	<i>AREA DI VALUTAZIONE</i>	<i>PESO</i>
<i>DIRIGENTE</i>	PROFESSIONALI/ COMPORTAMENTALI/OBIETTIVI INDIVIDUALI	AREA DELLA COLLABORAZIONE: GRADO DI PARTECIPAZIONE MUTIDISCIPLINARE (Dipartimento)	15
		AREA DEI COMPORAMENTI	15
		AREA DELLA CAPACITA' ORGANIZZATIVA	15
		AREA DELLA QUALITA' PERCEPITA: GRADO DI ORIENTAMENTO ALL'UTENZA	15
		AREA DELLA TECNOLOGIA E DEI PROCESSI: CAPACITA' DI GESTIONE DELLE TECNOLOGIE E DEI PROCESSI	
		AREA DELLE LINEE GUIDA E DEI PROTOCOLLI	15
		AREA DELLA FORMAZIONE: PARTECIPAZIONE ALLA RICERCA E ALLA DIDATTICA	15
			MAX 105/MIN 63
	RISULTATI DI GESTIONE (SOLO PER DIRIGENTI CON INCARICO DI DIPARTIMENTO STRUTTURA COMPLESSA E SEMPLICE DIPARTIMENTALE)	AREA DEL COMPORAMENTO MANAGERIALE	15
		AREA RELAZIONALE	15
		AREA DELLA PARTECIPAZIONE AI PROCESSI AZIENDALI	15
AREA DELLA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E STRUMENTALI ASSEGNATE		15	
			MAX 60/MIN 36

<i>VALUTATO</i>	<i>ASPETTI VALUTATI</i>	<i>AREA DI VALUTAZIONE</i>	<i>PESO</i>
<i>COMPARTO: TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZAT IVA</i>	COMPETENZE SPECIFICHE	AUTONOMIA/PROGRAMMAZIONE/PROG ETTAZIONE DEL LAVORO	5
		SENSO DI APPARTENENZA E SENSIBILITA' ECONOMICA	5
		CAPACITA' RELAZIONALI E DI COLLABORAZIONE	5
		GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	5
		CONTRIBUTO PROFESSIONALE/SVILUPPO PROFESSIONALE E GESTIONE DELL'INNOVAZIONE	5
	OBIETTIVI INDIVIDUALI	FINO A 5 OBIETTIVI	25
			MAX 50/MIN 30

Nell'attuale fase di applicazione del CCNL 21/5/2018 del personale del comparto 2016/2018, le funzioni di coordinamento e di posizione organizzativa verranno unificate sotto un'unica categoria.

L'incarico di funzione può avere come oggetto un'attività di organizzazione o professionale, la prima corrisponde alla vecchia posizione organizzativa, la seconda all'incarico di coordinamento.

Si debbono fare alcune considerazioni sull'attuale sistema di valutazione dei coordinatori, che viene effettuata sulla base di un CCIA del 2002.

L'applicazione del CCNL 21/5/2018 è l'occasione per ripensare ad un sistema unitario di valutazione degli incarichi di funzione. Il relativo Regolamento è in corso di adozione e conterrà anche il nuovo sistema di valutazione degli incarichi di funzione.

Per quanto attiene la Valutazione del personale del comparto, nell'anno 2018 l'Azienda ha formato un gruppo di lavoro multidisciplinare per la modifica delle schede ad oggi in uso.

La scheda di valutazione utilizzata fino alle valutazioni 2018 era una scheda unica che doveva essere utilizzata per tutto il personale del Comparto. In caso di un item non adatto alla figura professionale da valutare, veniva apposto un ND, che non influiva sulla media aritmetica degli item. Il punteggio era espresso in cinquantiesimi.

Le nuove schede, che saranno licenziate con apposito Regolamento, presentano le seguenti aree:

<i>VALUTATO</i>	<i>ASPETTI VALUTATI</i>	<i>AREA DI VALUTAZIONE</i>	<i>PESO</i>
<i>PERSONALE DEL COMPARTO</i>	COMPETENZE SPECIFICHE	AREA DELLE ABILITA' E DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI	20
		AREA PIANIFICAZIONE E ORGANIZZAZIONE	20
		AREA DELLE RELAZIONI	20
		AREA DELL'AFFIDABILITA'	20
		AREA DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI (MAX 4 OBIETTIVI)	20
			MAX 100 MIN 48

Le schede sono differenziate come segue:

AREA COMPARTO –TECNICI

AREA COMPARTO – PORTIERI

AREA COMPARTO – AUTISTI

AREA COMPARTO – CENTRALINISTI

AREA COMPARTO SANITARIO E SOCIALE

AREA COMPARTO – AMMINISTRATIVI E PERSONALE TECNICO SIA

La scala di valutazione per la valutazione della dirigenza è la seguente:

<i>SCALA</i>	<i>GIUDIZIO SINTETICO</i>
5	ECCELLENTE
4	BUONO
3	ADEGUATO
2	MEDIOCRE
1	SCARSO

La scala di valutazione per la valutazione del comparto è la seguente:

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Insufficiente</i>	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
<i>Descrive un livello di contributo inferiore rispetto all'attesa</i>	Descrive un livello di contributo quasi sufficiente (o scarso), che risponde parzialmente alle attese	Descrive un livello di contributo sufficiente	Descrive un livello di contributo buono e costante nel tempo	Descrive un livello di contributo ritenuto ottimo e superiore alle attese
<i>insufficiente</i>		migliorabile	Buono/ottimo	

In sede di revisione del Regolamento per l'attribuzione e la valutazione degli incarichi di funzione si procederà ad individuare un'apposita scala di valutazione.

Misurazione e gestione delle Performance – performance individuale: gli incarichi di funzione e la loro valutazione.

E' attualmente in corso di approvazione il Regolamento Aziendale sugli incarichi di funzione, che nella loro doppia articolazione, incarico di organizzazione e incarico professionale, sostituiranno rispettivamente le posizioni organizzative e gli incarichi di coordinamento.

E' stato predisposto un metodo di pesatura che tiene conto dei seguenti parametri:

tipo incarico	CRITERIO	PUNTEGGIO
INCARICO ORGANIZZATIVO	1) Dimensione organizzativa di riferimento	Da 1 a 35
	2) Livello di autonomia e responsabilità della posizione	Da 1 a 35
	3) Tipo di specializzazione richiesta	Da 1 a 30
		Max punti 100
INCARICO PROFESSIONALE	1) Livello di autonomia e responsabilità della posizione	Da 1 a 25
	2) Tipo di specializzazione richiesta	Da 1 a 25
		Max punti 50

A seconda dei punteggi assegnati, viene riconosciuta una diversa valorizzazione economica.

Per quanto attiene la scheda di valutazione, è stata predisposta una scheda, articolata sui seguenti parametri di valutazione:

- Autonomia/programmazione/progettazione del lavoro
- Senso di appartenenza e sensibilità economica
- Capacità relazionali e di collaborazione
- Gestione e sviluppo delle risorse umane
- Contributo professionale/sviluppo professionale e gestione dell'innovazione
- Obiettivi individuali dell'incarico di funzione

Detta valutazione verrà adottata dall'assegnazione dei nuovi incarichi di funzione.

Metodologia aziendale applicata

Nel corso del processo di budget 2019, è stata sperimentata la metodica del pre – budget. Sono stati infatti organizzati degli incontri tra i professionisti medici che più interagiscono tra di loro, al fine di evidenziare quali sono i problemi di coordinamento tra le strutture.

L'applicazione di tale metodo ha dato buoni risultati: infatti le riunioni di budget precedute dal pre – budget sono risultate più fluide e meno conflittuali. Per tale motivo, si ritiene di sistematizzare il metodo anche per gli anni 2020/2021.

Al fine di rendere più leggibili gli obiettivi assegnati, sono stati elaborati 2 files excel, che si allegano al presente piano, uno che rappresenta sinotticamente gli obiettivi comuni assegnati alle strutture e le relative interazioni, il secondo che elenca gli indicatori utilizzati per il 2019 e il relativo risultato atteso. (rispettivamente allegati B e C) del presente Piano.

Il sistema si articola in quattro fasi fondamentali:

1. programmazione ;
2. formulazione del budget, preceduta dalle sedute di pre - budget;
3. svolgimento e misurazione dell'attività;
4. reporting e valutazione

Programmazione

La fase di programmazione è di competenza della Direzione Strategica che definisce, con un Piano Strategico a valenza pluriennale:

gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli obiettivi assegnati al personale ed i relativi indicatori, nonché la definizione degli indicatori per la misurazione e valutazione dei risultati organizzativi;

individua i principali progetti di interesse aziendale, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità;

fornisce indicazioni relativamente alla metodologia del processo di budget, alla struttura organizzativa e al sistema informativo contabile ad esso collegato.

Il documento che emerge dalla fase di programmazione, adottato contestualmente, e che costituisce il momento di avvio del processo di budget è costituito dalle Linee Guida Aziendali. Il documento dovrà essere inviato a tutti i direttori di Struttura al fine di darne la massima diffusione.

Formulazione del budget

Il Documento contenente le Linee di indirizzo aziendali (allegato A del presente Piano) viene inviato a tutti i Responsabili di Struttura come strumento di supporto per la definizione degli obiettivi di budget, che saranno formalizzati in una scheda dove saranno esplicitati gli obiettivi collegati agli obiettivi assegnati.

Insieme alle Linee di Indirizzo aziendali, si terrà conto anche di:

linee di indirizzo regionali – per il 2019 D.G.R. 7/2019

obiettivi del Direttore Generale per il 2019 D.G.R. 22/2019

Accordi contrattuali stipulati con A.Li.Sa. per quanto attiene la fornitura di attività assistenziali. (D.G.R. 116/2019 recepita da ASL 3 con Deliberazione 248/2019)

Gli obiettivi contenuti in quest'ultimo documento, poiché sono stati assegnati al Direttore Generale dopo la discussione dei Budget, saranno oggetto di contrattazione successiva con le componenti sanitarie direttamente interessate. Era già stata prevista una scheda ad hoc per tale funzione ed era stata inserita in ciascuna scheda di bdg. la possibilità di variazione delle condizioni in caso di sopravvenute indicazioni regionali.

La contrattazione riguarda ogni singola struttura per il tramite del Direttore di Dipartimento, del Direttore di Struttura Complessa e Semplice dipartimentale.

Ciascun responsabile potrà essere coadiuvato da propri collaboratori professionali. La S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

Scheda di Budget

Gli accordi saranno sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che verrà sottoscritta congiuntamente dal Responsabile e dall'Alta Direzione.

Tutte le fasi sopra descritte prevedono l'utilizzo e la compilazione della scheda di Budget che riporta:

- ✓ gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi delle Linee di indirizzo Aziendali, Regionali e Obiettivi del Direttore generale;
- ✓ azioni e indicatori di verifica, con evidenziato il livello da raggiungere in relazione all'arco temporale di riferimento;
- ✓ il peso dei singoli obiettivi eventualmente diversificati per la dirigenza e per il comparto a seconda del differente apporto in relazione all'obiettivo da raggiungere.

Svolgimento e misurazione dell'attività

La misurazione ed il monitoraggio degli obiettivi sono effettuati trimestralmente e per alcuni indicatori anche mensile al fine di analizzare il grado di raggiungimento degli stessi e porre in essere le azioni correttive necessarie.

Il sistema di monitoraggio e verifica per gli obiettivi contenuti nelle Schede di Budget con indicatori non numerici, che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, saranno oggetto di specifiche richieste di relazioni sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso sarà cura della S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo organizzare un incontro con i Direttori di riferimento per valutare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli accordi.

Reporting e valutazione

I report elaborati periodicamente, espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo utili ad una comprensione dell'andamento globale dell'Azienda, e sono definiti nei contenuti e nella forma in relazione ai principali destinatari degli stessi: Direzione Aziendale, responsabili di Struttura.

A consuntivo la S.C. Pianificazione Programmazione e Controllo predisporre le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività e di costo e supporta i valutatori e il Nucleo di Valutazione nello svolgimento delle attività di competenza.

			DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI												
			DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO												
AREA INTERVENTO	OGGETTO	INDIRIZZI OPERATIVI a.l.i.s.s. DGR n. 7/2019	OBIETTIVO OPERATIVO	DIP	SC					SSD			DIP		
				DIPARTIMENTO GIURIDICO	BILANCIO E CONTABILITA'	PROGRAMMAZIONE E GESTIONE FORNITURE	PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	S.I.A.	PROGRAMMAZIONE GESTIONE LAVORI E RISP. ENERGETICO	RIQUALIFICAZIONE EDILIZIA	ECONOMATO E LOGISTICA	TELECOMUNICAZIONI	INGEGNERIA CLINICA	DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	
ACCREDITAMENTO/CERTIFICAZIONE	NO	NO	Accreditamento: Aggiornamento ed Implementazione del documentale alla luce del NUOVO Manuale Accreditamento (DGR 1185 del 28/12/2017) OBT per tutte le strutture sanitarie: in rinnovo certificazione in certificazione 2019 in certificazione 2020	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
			Certificazione: Redazione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la Norma ISO 9001: 2015 per le strutture sanitarie: in rinnovo certificazione (audit prima parte aprile 2019) in certificazione 2019 (audit prima parte ottobre 2019)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
			Prosecuzione processo di revisione dell'organizzazione orientata alla certificabilità (3 anni) processi amministrativi	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
RIDUZIONE DEI TEMPI DI PAGAMENTO COMPLESSIVE DELLE FATTURE PASSIVE	SI ANCH E DIR. AMM.	SI	Raccolta e invio bolle di consegna per la fornitura di materiale relativo al servizio di lavanolo e per il materiale sanitario a transito	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
			riduzione tempi liquidazione fatture (tempistica variabile a seconda della struttura)	SI	SI/MONIT	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
PRIVACY	NO	NO	obt. diversificati a seconda degli adempimenti normativi previsti	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
ANTICORRUZIONE	NO	NO	obt. diversificati a seconda degli adempimenti normativi previsti	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI		



Documento Programmatorio
Linee di Indirizzo
Budget 2019

Direzione Strategica
Asl3 Sistema Sanitario Regione Liguria

Genova, 30 novembre 2019

Premessa

Il percorso di Budget 2019 vede l'Azienda impegnata in un profondo processo di innovazione che parte dall'attuazione concreta dell'Atto Aziendale, approvato definitivamente con D.G.R. 547/2018 e della quale si è preso atto con deliberazione di questa Azienda 353/2018.

La riorganizzazione conseguente alla realizzazione del nuovo Atto aziendale si concretizza sia in una maggiore integrazione Ospedale/Territorio, sia in una maggiore integrazione della rete organizzativa e di offerta di servizi al cittadino, così come delineato dal Piano Socio Sanitario regionale 2017 – 2019, approvato nel 2017 con Delibera del consiglio Regionale n. 21.

Uno degli elementi di maggiore novità del nuovo Atto Aziendale è costituito dalla nuova figura del Direttore Socio-Sanitario, avvenuta con deliberazione n. 365 del 6/8/2018: ciò consentirà di presidiare e potenziare ulteriormente i servizi territoriali, assicurando l'integrazione con i servizi ospedalieri.

Il nuovo Atto Aziendale prevede inoltre una razionalizzazione dell'organizzazione dei dipartimenti e delle strutture loro afferenti, che avrà completa realizzazione nel corso dell'anno 2019.

Un passo in avanti nella integrazione nell'ambito dell'area socio sanitaria è costituita dal trasferimento delle funzioni di Neuropsichiatria Infantile all'interno della Salute Mentale dove anche il paziente minore potrà trovare una risposta ai propri bisogni/disagi. Il Consultorio Familiare si riappropria, inoltre, della iniziale vocazione di collegamento non solo tra ospedale e i servizi sanitari sul territorio, comprendendo in collaborazione con l'ente locale le soluzioni ai possibili problemi che possono presentarsi all'interno del nucleo familiare, nel percorso di sviluppo della maternità o quale risposta al disagio giovanile nelle sue varie forme.

Un ulteriore elemento di novità, nella stessa direzione, è costituito dal Patto per la Salute Mentale stipulato nel maggio 2018, tra il Comune di Genova, la Regione Liguria e le Associazioni che si propone di venire incontro alle esigenze della popolazione affetta da patologie mentali nell'ottica della massima integrazione fra Enti. La ASL 3, proprio per la sua dislocazione capillare sul territorio, è pertanto chiamata rinnovare il livello di qualità della risposta al bisogno espresso di salute mentale sul territorio di competenza, con l'obiettivo di limitare al massimo la fuga di pazienti verso altre regioni.

Nell'assegnazione degli obiettivi occorrerà, pertanto, tenere conto dell'evoluzione dell'organizzazione in atto.

Anche se ad oggi non risulta confermata formalmente la previsione delle risorse assegnate per l'anno 2019, molte sono, tuttavia, le novità delle quali occorrerà tenere in giusta considerazione nella programmazione dei servizi di competenza con i consueti caratteri di sostenibilità e qualità insite nei servizi per la tutela e prevenzione della salute e di risposta ai bisogni sanitari del bacino di utenza.

Innanzitutto la conferma dei mandati di Alisa in merito al coordinamento e gestione di particolari attività precedentemente previste in seno alla Asl.

Gli investimenti nei sistemi informatici ed informativi di supporto costituiscono evidentemente il più importante valore aggiunto nella definizione dei nuovi percorsi assistenziali e di cura: percorsi che dovranno inevitabilmente rispettare le indicazioni del D.M. 70/2015 a garanzia della minimizzazione del rischio, miglioramento della qualità e, dunque, della complessiva sostenibilità.

L'obiettivo insito in questa nuova previsione organizzativa è quello di assicurare anche migliori condizioni di lavoro a vantaggio di tutti i professionisti del settore.

Tutto ciò avviene in un contesto in continua evoluzione sia dal punto di vista delle tecnologie disponibili, delle informazioni fruibili da parte dell'utenza sempre più consapevole della propria condizione di salute e più esigente in merito alle risposte ai propri bisogni.

L'andamento demografico ci obbliga a valutare quali possano essere le migliori risposte di servizio tenuto conto della prevalenza di un paziente medio più comorbido, multi-lingue e più frequentemente straniero, maggiormente orientato alla mobilità e, dunque, a interrogarci sull'appropriatezza dello stesso setting di offerta.

Si tratta, tuttavia, dello stesso trend anagrafico presente anche all'interno delle stesse strutture sanitarie, solo parzialmente superato dalle massicce assunzioni di personale infermieristico che ha consentito di abbassare l'età media di detto personale da 51 a 49 anni. In ogni caso, l'età media dei dipendenti di ASL 3 si attesta sui 53 anni, con punte di oltre 55 anni per il personale della dirigenza medica e veterinaria. Detto innalzamento dell'età media ha generato un aumento delle concessioni dei benefici della legge 104/92, necessaria per l'assistenza agli anziani di casa, ed ha generato una minor presenza in servizio degli operatori. Il tasso di assenza è confermato anche per il 2018 con un valore superiore all'11%.

Le statistiche evidenziano come la popolazione al di sopra dei 65 anni abbia raggiunto ormai oltre il 27% ed è in tendenziale incremento e la natalità conferma valori ancora al di sotto della mortalità. Un altro dato interessante, che influisce sulla tipologia di assistenza che l'Azienda è chiamata ad erogare è l'elevato numero di ultra settantacinquenni che vivono da soli (35.532) che costituiscono il 38,5% dei residenti nella stessa fascia di età. Questa fascia di popolazione necessita di maggiore attenzione proprio per le problematiche che possono sottendere all'assenza di persona convivente.

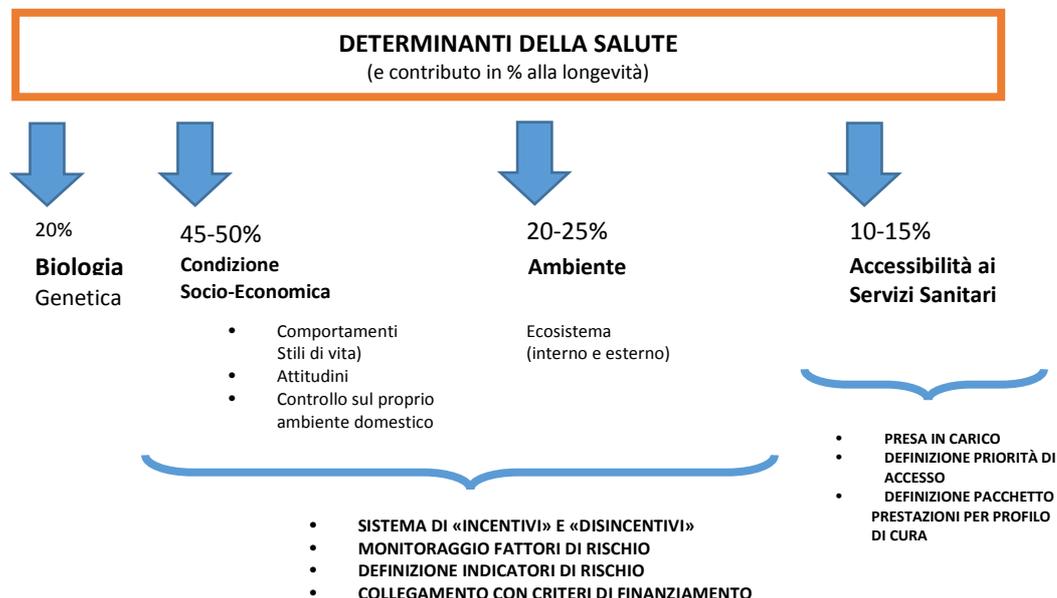
La programmazione di nuovi modelli di servizio dovrà, dunque, confrontarsi con questa realtà in divenire, sia esterna che interna all'azienda.

Appare ormai evidente come il livello di finanziamento non sia più sufficiente come sola misura per assicurare l'efficacia degli interventi di tutela della salute. Questi appaiono ormai sempre più legati al livello di integrazione sociale che tutto il territorio, nella sua ricchezza espressiva, saprà assicurare ai propri cittadini, anche mediante il riconoscimento responsabile di quelle interdipendenze presenti nelle scelte adoperate in un settore che si riverberano in altri. La qualità degli insediamenti produttivi, le scelte urbanistiche a favore dell'integrazione dei servizi offerti e dell'equità di accesso, nonché la promozione di adeguati stili di vita ne costituiscono solo degli esempi.

In questo contesto, a seguito delle analisi effettuate da ciascun servizio e raccolte nei diversi incontri avuti con le Direzioni dipartimentali, si possono, dunque, sintetizzare di seguito le principali caratteristiche emergenti della Mission di Asl3 e che vengono qui confermate.

Principali caratteristiche della Mission di ASL 3:

Le caratteristiche della Mission dell'azienda non possono che prendere spunto da quanto già in letteratura appare consolidato nel definire quali siano le determinanti che influenzano la longevità ed il benessere di una collettività.



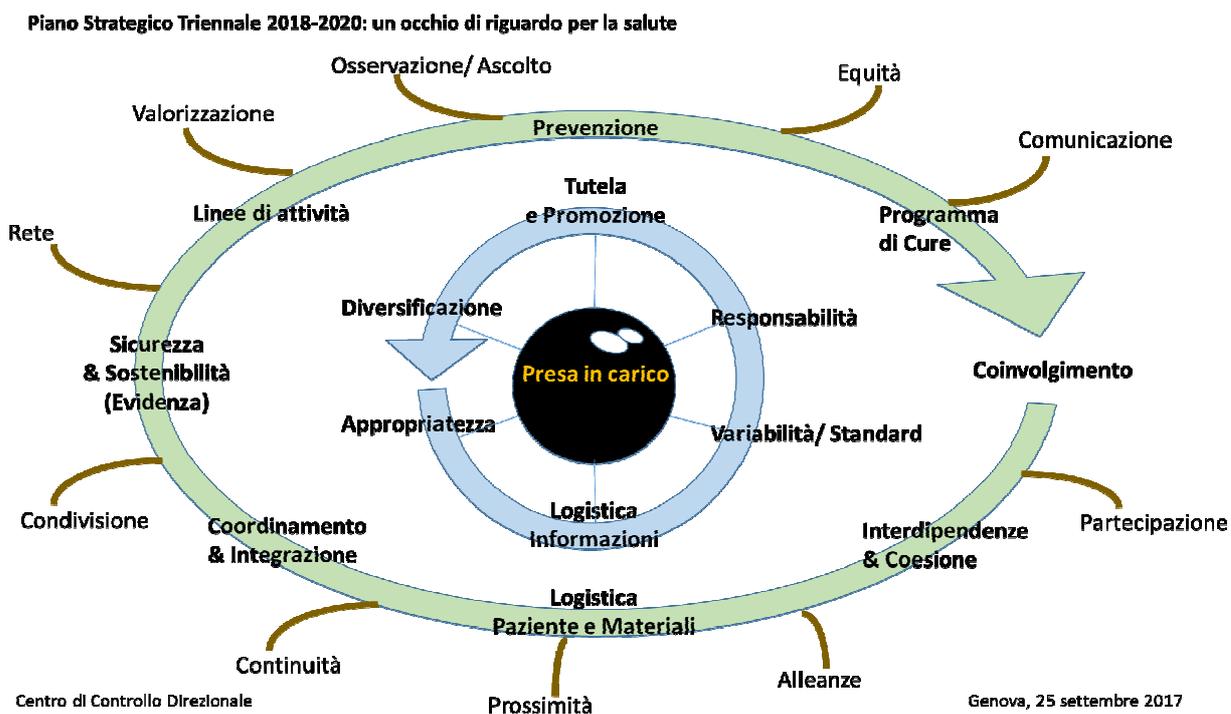
Tutela e promozione della salute

Le politiche di tutela e promozione della salute costituiscono, dunque, una parte centrale dell'impegno dell'Asl3 nell'assicurare non solo modelli di risposta al bisogno di salute più efficaci ed efficienti, ma anche la promozione di stili di vita che permettano di prevenire e ridurre il ricorso alle strutture sanitarie per acuti, garantendo all'interno della rete esistente modelli di interazione, colloquio e sviluppo di servizi che facilitino la supervisione ed il monitoraggio dello standard di salute e benessere sociale e, quando necessario, l'agevole e puntuale presa in carico del cittadino/paziente secondo il profilo di cura/assistenza ritenuto più appropriato.

La consapevolezza della necessità di questo nuovo orientamento nelle scelte di servizio a vantaggio della popolazione di riferimento, costituirà il nuovo vincolo di valutazione ed indirizzo delle iniziative di investimento per il prossimo triennio, dalle campagne di comunicazione all'utenza, alle politiche di intervento da attuarsi in sinergia con gli Enti Locali, alle modalità di presa in carico e risposta ai rilevati bisogni sanitari e socio-sanitari.

Il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale di Asl3 ed i collegamenti con il Piano Socio-Sanitario Regionale: la previsione dei DIAR

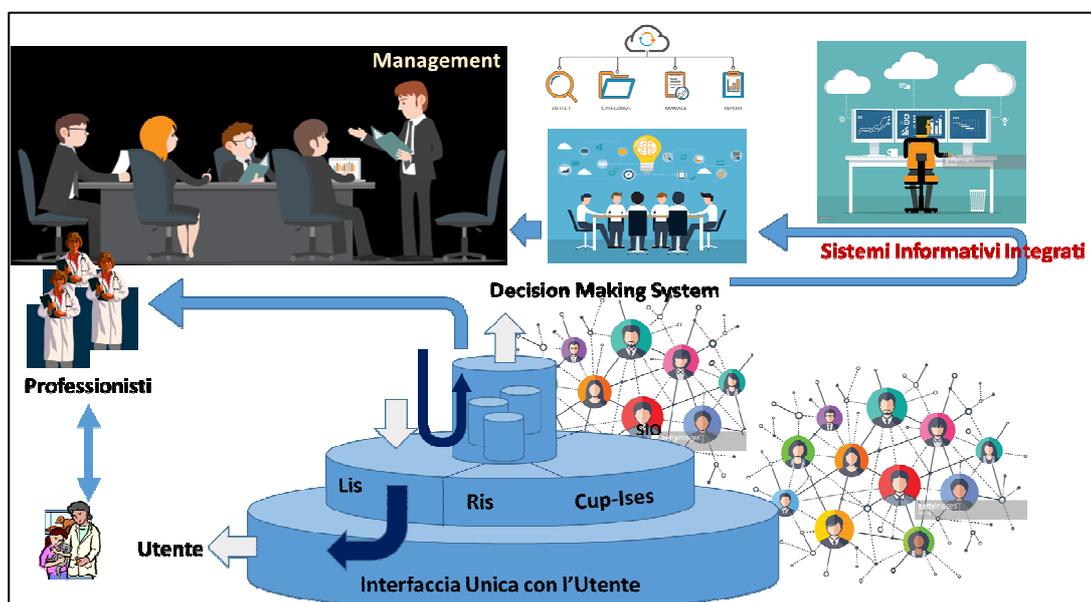
La previsione dei Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) all'interno del nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale ha da subito determinato la nascita di un dibattito ed un proficuo confronto sugli obiettivi sottesi a tale previsione e circa le modalità operative che avrebbero potuto assicurare il raggiungimento degli stessi in un'ottica di promozione del miglioramento continuo della qualità all'utenza.



Nell'ottica di procedere, dunque, con l'aggiornamento del Piano Strategico Aziendale per il triennio 2018-2020, ci si è subito orientati nell'ultimo anno a raccogliere mediante un'intervista diretta con i Direttori di Dipartimento della Asl3 le interpretazioni e le valutazioni circa il miglior percorso da seguire, dovendo assicurare in breve tempo lo scopo di integrazione operativa con il DIAR il cui ruolo di coordinamento sarà talvolta garantito in seno ad una struttura dell'Asl 3, e talaltra da parte di una Direzione scelta da Alisa in seno ad altra Azienda di riferimento.

Con l'intento di contribuire a definire le modalità di sviluppo strategico ed operativo delle nuove dimensioni organizzative individuate nei DIAR, descrivendone anche le funzioni di relazione ed interazione con tutti i servizi che confluiranno quali organi vitali nell'assicurare i servizi alla persona, le diverse Direzioni interpellate hanno voluto esprimere i tratti essenziali da non trascurare nella costruzione della nuova architettura. La sorpresa, già condivisa e rappresentata nel corso dell'ultima giornata della trasparenza, è stata la forma grafica che è scaturita dal disegno dei principali attributi emergenti dalle interviste e atti a caratterizzare il nuovo modello operativo dei DIAR, seguendo la logica della presa in carico da parte del professionista e segnando i servizi che più efficacemente permetterebbero tale operazione, fino ad arrivare al modello organizzativo di supporto anche sul territorio con i principali elementi distintivi e, al tempo stesso, di "collante": un occhio ben definito, battezzato subito come "Un occhio di riguardo per la salute". Nel confronto con tali elementi ritenuti essenziali, dunque, nasce l'idea di validare in modo condiviso la nascita del nuovo modello organizzativo anche quale forma di tutela e valorizzazione delle esperienze e delle professionalità maturate nel tempo in azienda. **Modello che segnerà l'impegno costante dell'azienda da riportare all'interno del Piano Strategico del prossimo triennio**, ed in corso di approvazione.

L'evoluzione tecnologica, inoltre, suggerisce, in coerenza con lo scenario in via di sviluppo a livello nazionale, richiamato quale criterio a tendere anche dalle linee di indirizzo regionali, una **rivisitazione del ruolo istituzionale di presa in carico**, potendo assicurare, mediante la tecnologia già oggi disponibile, quella piattaforma di contatto e riferimento per tutti i servizi caratterizzanti la continuità delle cure e dell'assistenza, anche in termini di accesso alle informazioni, di prenotazione delle prestazioni, di gestione e alimentazione documentale, di accesso ai pagamenti in modalità multicanale e personalizzati sulle esigenze dell'utenza, favorendo la fruibilità dei servizi in modo più diretto, tempestivo ed equo e minimizzando gli spostamenti del cittadino.



Obiettivi generali dell'azienda nel triennio 2018-2020

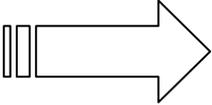
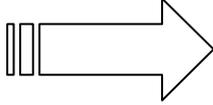
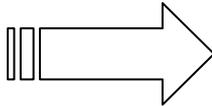
Lo scenario descritto, e riferito alle caratteristiche socio-demografiche di contesto, impegnano la Asl3 nella verifica non solo sull'adeguatezza degli assetti organizzativi delle strutture di offerta, ma anche nella verifica di adeguatezza del sistema informativo a supporto delle decisioni finalizzate all'individuazione delle iniziative di tutela e prevenzione della salute, al coinvolgimento più consapevole del cittadino/paziente nella valutazione dei percorsi di cura e assistenza, nell'ottica della condivisione delle modalità più appropriate di indagine sullo stato di salute e di risposta ai bisogni espressi.

A tale scopo si confermano e si sintetizzano di seguito gli obiettivi generali riferibili al triennio 2018-2020, e suddivisi per Livelli Essenziali di Assistenza, per il raggiungimento dei quali occorrerà, secondo le priorità ritenute più urgenti, intervenire in differenti ambiti o aree di azione.

La mappatura delle iniziative di investimento nel triennio 2018-2020

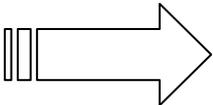
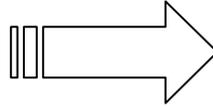
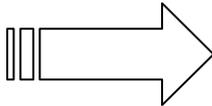
Livello Essenziale di Assistenza (LEA) 1:

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Iniziative a tendere	2018	2019	2020
<p>. Cruscotto indicatori di rischio per la salute (Dalla verifica dei fattori di rischio alla sintesi degli indicatori di rischio per ambito territoriale)</p>			
<p>. Osservatorio socio-sanitario integrato e campagne educazionali mirate (Costruzione di cruscotti utili alla programmazione socio-sanitaria e alla promozione dell'utilizzo appropriato del SSR)</p>			
<p>. Consolidamento dei dipartimenti Prevenzione ed Emergenza (Verifica e conferma dei perimetri di mandato e delle relazioni con gli altri servizi)</p>			

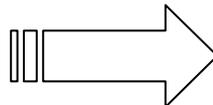
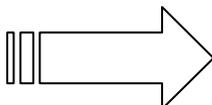
Livello Essenziale di Assistenza (LEA) 2:

Assistenza Distrettuale

Iniziative a tendere	2018	2019	2020
. Riorganizzazione dei servizi socio-sanitari (Verifica e conferma dei nuovi ambiti d'azione e delle interdipendenze)			
. Attivazione di Programmi per la continuità assistenziale (Valorizzazione dei progetti per la continuità già in essere e definizione di ulteriori)			
. Piano di monitoraggio delle cronicità e ridefinizione della presa in carico (Verifica delle cronicità prevalenti e valutazione dei percorsi di cura)			

Livello Essenziale di Assistenza (LEA) 3:

Assistenza Ospedaliera

Iniziative a tendere	2018	2019	2020
. Riorganizzazione degli assetti sulla base delle vocazioni emergenti (Verifica della produzione in un'ottica di minimizzazione del rischio)			
. Gestione della variabilità (Implementazione di una reportistica a supporto della gestione operativa)			
. Integrazione con il territorio e ridefinizione della logistica dei pazienti (Integrazione e coordinamento dei servizi a sostegno della continuità)			

Aree strategiche di intervento: vengono confermate quelle individuate per il triennio 2018-2020

Nell'ambito di talune delle seguenti Aree potranno approfondirsi anche in modo autonomo la percorribilità di iniziative volte al miglioramento continuo e alla sicurezza delle risorse in uso, giusto sulla base degli obiettivi di mandato propri della Asl3. In altre, invece, sarà più cogente la necessità di un confronto diretto con regione e/o ALISA al fine di condividere scopi e strumenti di azione.

Tecnologie dell'informazione e della comunicazione

(Integrazione del percorso di cura, ottimizzazione della presa in carico, fruibilità delle informazioni nel luogo e nel tempo richiesto dall'intervento richiesto o programmato, condivisione delle informazioni utili alla crescita delle competenze, integrazione e/o correlazione tra informazioni di tipo amministrativo e clinico-assistenziale o sanitario, fruibilità delle informazioni a tutela del patrimonio e della sicurezza operativa [nuovo gestionale amministrativo-contabile], sintesi degli indicatori di rischio della popolazione a vantaggio della programmazione della risposta sanitaria [avvio possibili sperimentazioni], ecc.)

Tecnologie biomedicali per la prevenzione, diagnosi e cura del paziente

(Ammodernamento del parco attrezzature e apparecchiature biomedicali in un'ottica di gestione economica ed in sicurezza, utilizzo di apparecchiature fortemente integrate con il sistema informatico-informativo aziendale, dimensionamento del fabbisogno attrezzature sulla base dei nuovi assetti di cura e assistenza previsti dal programma per la continuità delle cure [DM 70], ecc.)

Gestione della presa in carico: coordinamento con Alisa

(Miglioramento della relazione tra i pazienti ed i professionisti [Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti in genere] e definizione del percorso di cure complessivo da assicurare per l'appropriata risposta sanitaria e tutela della salute

Strategie di finanziamento istituzionale e di auto-finanziamento percorribili

(Valutazione e verifica di percorribilità di finanziamento ulteriori: sviluppo ulteriore dell'attività resa in regime di solvenza, valutazione dei progetti di risparmio in ottica "dividendo dell'efficienza", sperimentazioni progetti di valenza regionale, ecc.)

Accordi contrattuali e sinergie con strutture pubbliche o private esterne: coordinamento con Alisa

(Logistica dei pazienti, logistica della documentazione clinica ed amministrativa, condivisione delle funzioni di reclutamento risorse umane, valutazione delle condizioni di condivisione nell'utilizzo degli spazi ad uso sanitario)

Strategie per la tutela del patrimonio immobiliare e mobiliare e la sua gestione economica

(massimizzazione del rapporto costo/ valore della produzione esprimibile) **ed in sicurezza** (logistica dei materiali [magazzini], ottimizzazione nell'uso delle apparecchiature biomedicali, ottimizzazione nell'uso degli spazi ad uso amministrativo, minimizzazione della dispersione dei servizi sanitari e socio-sanitari, riduzione del rischio)

Modelli organizzativi che valorizzino la partecipazione degli operatori per lo sviluppo di processi e procedure finalizzate al miglioramento continuo delle performance

(consolidamento dei PAC e introduzione sperimentale di audit anche in area tecnica e amministrativa allo scopo di condividere modalità di recupero del tempo nell'espletazione delle funzioni di competenza)

Finalità e misura delle priorità di investimento nel triennio 2018-2020

Le iniziative progettuali saranno valutate per gli scopi espressi, per le risorse impegnate, per gli ambiti affrontati, sulla base del grado di crescita e sviluppo che le stesse vorranno assicurare all'organizzazione aziendale. E su tale base saranno anche pesate.

- Crescita del valore espresso dall'azienda anche nella sua misurabilità
- Crescita delle competenze professionali e dell'Empowerment del Cittadino Consumatore
- Crescita del senso di appartenenza
- Sviluppo di una programmazione e di una strumentazione che faciliti la puntualità nell'assolvimento degli impegni
- Crescita della trasparenza delle operazioni anche in un'ottica di prevenzione della corruzione
- Crescita della sicurezza nell'uso delle informazioni strutturate in osservanza della normativa sulla privacy e la tutela della riservatezza

La declinazione della strategia in obiettivi annuali

OBIETTIVI DELL'ALTA DIREZIONE: CONFERMA PER IL TRIENNIO 2018-2020

- 1. Sistemi Informativi, Programmazione e Controllo e Tecnologie della Comunicazione e per la Trasparenza:**
 - a. Accoglienza/ contatto con l'utenza;
 - b. Sicurezza nella gestione delle informazioni (Debiti informativi Area sanitaria e tecnico-amministrativa, DPO, Disaster Recovery, Monitoraggio DPC, ecc.);
 - c. Sistemi di supporto alla gestione di progetti complessi e della loro rendicontazione
- 2. Ammodernamento del parco apparecchiature biomedicali e attrezzature:**
 - a. Supporto programmato alle esigenze per la continuità in sicurezza delle cure;
- 3. Iniziative di tutela del patrimonio immobiliare e di gestione economica ed in sicurezza dello stesso:**
 - a. Supporto programmato alle esigenze di adeguamento per la sicurezza degli ambienti;
 - b. Supporto programmato alle esigenze di accreditamento delle strutture
- 4. Gestione unitaria e condivisa di obiettivi, progetti sperimentali, fondi e sistemi incentivanti:**
 - a. Accentrato e condivisione degli obiettivi, dei risultati attesi, delle verifiche e validazione delle performance su progettualità varia e del sistema premiante collegato
- 5. Progressiva estensione e aggiornamento del Sistema di Gestione del Rischio secondo il modello CARMINA, del Sistema Qualità e di Certificazione ISO 9000:**

- a. Potenziamento a supporto dei processi di revisione dei Sistemi di Gestione del Rischio, della Qualità e passaggio al sistema di Certificazione ISO 2015

L'Azienda, dunque, prende atto degli aggiornamenti istituzionali intervenuti nel corso dell'ultimo anno e necessariamente procede con l'aggiornamento degli ambiti di intervento declinati negli anni precedenti, che saranno sintetizzati nella scheda di budget in due macro aree: obiettivi assegnati dall'Alta Direzione e obiettivi di Area da assicurare per il raggiungimento degli obiettivi economici e di qualità.

Per alcuni processi clinici, gli indirizzi operativi di supporto alle valutazioni sull'individuazione degli obiettivi di budget sono guidati dalle seguenti analisi:

- “Il sistema di valutazione delle performance di alcune regioni Italiane” elaborato dalla Scuola Superiore Sant’Anna, ossia come la nostra Azienda si posiziona nel bersaglio rispetto ai vari indicatori monitorati;
- “Il Programma Nazionale Esiti (PNE)”, ossia il progetto sviluppato dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), per conto del Ministero della Salute, che fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell’ambito del servizio sanitario.

LO STRUMENTO OPERATIVO

Il Processo di Budget

Il processo di budget è uno strumento di programmazione e di controllo delle attività dell'azienda che consiste nella definizione tra Direzione Aziendale, Dipartimenti e Strutture dei risultati da raggiungere durante l'anno e delle necessarie risorse umane, tecnologiche e finanziarie di cui dotarsi.

E' soprattutto strumento guida affinché l'attività delle varie componenti aziendali sia indirizzata verso gli obiettivi prefissati e sia riorientata in caso di scostamento dagli stessi, motivando e spronando le varie strutture al raggiungimento degli obiettivi.

Le sue caratteristiche fondamentali, trattandosi di un processo regolare e sistematico, sono:

- Il riferimento ad un intervallo particolare, di solito l'anno solare,

- L'esplicitazione delle argomentazioni anche in termini economici e finanziari,
- Il riferimento alle specifiche responsabilità organizzative aziendali (Chi è che fa cosa) e quindi l'articolazione coerente con le aree di responsabilità presenti in azienda e con le relazioni di reciproca interdipendenza esistenti tra le varie unità organizzative della stessa,
- L'esplicitazione degli obiettivi in termini operativi, ossia sintetici e quantitativi, misurabili e verificabili (es. numero e tipologie di interventi chirurgici in un dato periodo di tempo),
- La garanzia di una visione coordinata e globale della gestione economica (identificazione delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi).

In sintesi rappresenta una migliore modalità di assunzione delle decisioni attraverso una maggiore razionalità, trasparenza ed unitarietà spaziale/temporale delle stesse.

E' soprattutto uno strumento di coordinamento ed integrazione in quanto presiede alla progressiva disaggregazione degli obiettivi generali d'azienda in sotto-obiettivi che devono essere coerenti con le responsabilità delle varie unità organizzative; ma è anche uno strumento di motivazione in quanto orienta i comportamenti individuali e di gruppo verso scopi condivisi, contribuendo a creare un clima organizzativo favorevole e senso di appartenenza aziendale.

Il percorso non è quindi appannaggio esclusivamente di coloro che partecipano all'incontro di budget ma deve essere partecipato da ogni persona che lavora e vive nella nostra azienda in quanto soggetto attivo della stessa. Tale partecipazione sarà assicurata nel corso del 2018 mediante una pubblicazione periodica sulla Intranet aziendale accessibile a tutti gli operatori coinvolti.

In ambito di contrattazione integrativa aziendale è definito, ai fini della erogazione della retribuzione di risultato, un sistema premiante attraverso la sottoscrizione di accordi con le OO.SS. del comparto e con le OO.SS. delle aree della dirigenza, che mette in relazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, il sistema di misurazione e valutazione della performance aziendale, definito dal percorso di budget, al sistema di misurazione e valutazione della performance individuale.

La negoziazione di Budget è organizzata per Dipartimenti ed è condotta dalla S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo di concerto con la S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria.

Vi partecipano:

- ✓ il Direttore Sanitario, il Direttore Socio-sanitario e il Direttore Amministrativo;
- ✓ il Direttore del Dipartimento;
- ✓ i Direttori delle Strutture Complesse e i Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali afferenti il Dipartimento;
- ✓ i Coordinatori Infermieristici/Tecnici o i Collaboratori Amministrativi/tecnici con posizione organizzativa nel Dipartimento.

Inoltre, partecipano, a seconda della competenza e della trattazione:

- ✓ i Direttori Medico e Amministrativo del Presidio Ospedaliero Unico;
- ✓ il Direttore S.C. Professioni Sanitarie o suo delegato;
- ✓ il Direttore della S.C. Attività Farmaceutiche;
- ✓ il Direttore del Dipartimento Tecnico-Amministrativo;
- ✓ il Direttore del Dipartimento Giuridico.

Le fasi del processo di budget

Il processo di budget è articolato nelle seguenti fasi:

Fase 1 - da completarsi entro 31 Dicembre 2018

- Elaborazione Linee Guida Anno 2019 e contestuale diffusione alle strutture organizzative aziendali.

Fase 2 – da completarsi entro Febbraio/Marzo 2019

- Negoziazione di Budget:
 - la S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo, di concerto con S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria, elabora la scheda di budget Anno 2019 anche sulla base delle prime indicazioni che dovranno pervenire entro il giorno 15 gennaio 2019 da parte delle diverse Direzioni di Dipartimento;

- Entro il mese di Gennaio 2019 viene programmato l'incontro in plenaria per la presentazione generale degli obiettivi e la definizione della scheda di budget che sarà oggetto di approfondimento con le Direzioni appartenenti al Dipartimento;
- Entro il mese di Febbraio 2019 si svolgono le discussioni di budget secondo il calendario programmato con sottoscrizione delle schede da parte dei Direttori e dei Responsabili.

Fase 3 – Entro Marzo 2019

- Verifica che gli obiettivi assegnati siano in linea con gli obiettivi eventualmente assegnati dalla Regione Liguria alla Direzione Generale nell'anno 2019;
- Verifica di compatibilità delle risorse assegnate con i vincoli di bilancio;
- Predisposizione della Delibera aziendale delle schede di budget approvate.

Fase 4 – Ottobre 2019

- Verifica dell'andamento gestionale sul monitoraggio semestrale ed eventuale adeguamento del budget, ove necessario; con contestuale invio del monitoraggio.

Fase 5 – Entro Aprile 2020

- Chiusura ed invio delle schede a consuntivo dell'anno 2019;
- Raccolta osservazioni dei Direttori/Responsabili di Struttura sui dati inviati.

Fase 6 – Entro Giugno 2020

- Analisi monitoraggi e osservazioni da parte del Nucleo di Valutazione Aziendale;
- Invio dei risultati alla struttura Affari del Personale per la liquidazione della retribuzione di risultato.

La Scheda di Budget

Tramite la negoziazione, si perviene alla definizione della Scheda di Budget, che consiste in un documento formale, redatto secondo uno schema prefissato, che traduce gli obiettivi aziendali in elementi quantificabili e monitorabili. La Scheda di Budget raccoglie gli obiettivi indicati dall'Alta

Direzione e gli obiettivi di Area, che, insieme, identificano le priorità aziendali esplicitate in premessa; per ogni area possono essere indicati uno o più obiettivi operativi.

Per ogni obiettivo, la scheda individua

- Indicatore di Risultato, ossia con quale parametro si andrà a misurare l'obiettivo;
- Monitoraggio al 31 dicembre 2018, ossia lo stato dell'arte dell'anno precedente che costituisce il valore storico da cui partire per fare le valutazioni;
- Risultati attesi Anno 2019, ossia quale è il valore atteso rispetto all'indicatore di risultato individuato;
- Punti, ossia il punteggio assegnato al personale, in caso di raggiungimento dell'obiettivo; la somma dei punteggi attribuiti ai singoli obiettivi è 100.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è verificato in sede istruttoria dalla S.C. Pianificazione, Programmazione e Controllo, di concerto con la S.C. Governo Clinico e Programmazione Sanitaria, applicando per ogni obiettivo gli indicatori misurabili e/o parametrici individuati nella scheda. Per ciascun indicatore, tenuto conto dell'unità di misura convenzionalmente definita, verrà stabilito uno scostamento minimo accettabile dal valore atteso. La determinazione del punteggio finale del Centro di Responsabilità (Struttura Complessa/ Struttura Semplice Dipartimentale), per la fase istruttoria a carico della Struttura Centro di Controllo Direzionale, è data dalla somma delle performance conseguite per i singoli obiettivi.

Per i soli progetti indicati dall'Alta Direzione come obiettivi prioritari, sarà tracciata in via sperimentale per l'anno 2019, la mappa strategica secondo il modello della Balanced Scorecard, allo scopo di individuare gli Indicatori Chiave ed i rispettivi valori attesi per il successo delle iniziative di investimento, per ciascuna area a valenza strategica per il progetto, che troveranno una declinazione specifica, quando sarà ritenuto necessario differenziare il diverso contributo del personale di comparto da quello dei dirigenti coinvolti e delle Direzioni.

Tra gli obiettivi di Area, uno a scelta tra indicatori di dispersione o di variabilità, sarà individuato, su indicazione delle Direzioni di Dipartimento, come Obiettivo Sfidante per la durata di tre anni, e sarà verificato periodicamente tramite il sistema di reporting attivato per tale monitoraggio.

Il Sistema di Reporting di supporto

Indicatori di Dispersione

- *(n. di sedi per medesima attività (ricovero, ambulatoriale, ecc.) per bacino di utenza)*

Indicatori di Variabilità

- *(indicatore di performance differente con riferimento ad attività ritenuta standard, anche in diversa sede)*
- *Grafico dei box-plot e/o delle campane delle degenze e/o dei tempi di attesa che identificano la Media, Mediana e Deviazione Standard*

Indicatori PNE/ Indicatori S. Anna

Direzione Strategica

Genova, 30 novembre 2018