



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE LIGURIA

Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"

Staff Direzione Generale

**S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico,
Controllo di Gestione**

**LINEE GUIDA AZIENDALI
PIANO DELLA PERFORMANCE, SISTEMA DI
BUDGET ED OBIETTIVI 2015**

INDICE

Sommario

1. Premessa	2
2. Il processo del budget.....	2
2.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	2
2.2 Il riferimento al ciclo della Performance	2
3. Le linee guida Budget 2015	3
3.1 Definizione.....	4
3.2 Budget e processo di dipartimentalizzazione.....	4
3.3 Il Processo di Budget	5
3.4 La Scheda Di Budget	7
3.5 La valutazione dei risultati.....	9
4. Esercizio 2014	10
4.1 Risultati ottenuti nell'Area Sistemi Informativi	10
4.2 Risultati ottenuti nell'Area Ospedaliera	10
4.3 Risultati ottenuti nell'Area farmaceutica	13
4.4 Risultati ottenuti dal Territorio.....	13
4.5 Risultati ottenuti dall'Area Amministrativa.....	15
5. OBIETTIVI 2015.....	16
5.1 Gli obiettivi dell'Area delle professioni sanitarie non mediche	16
5.2 Gli obiettivi dell'Area Farmaceutica	17
5.3 Gli obiettivi dell'Area Ospedaliera.....	19
5.4 Gli obiettivi dell'Area Cure Primarie ed Attività distrettuali	21
5.5 Gli obiettivi dell'Area dei Sistemi informativi aziendali.....	22
5.5.1 Area Sanitaria	22
5.5.2 Area Amministrativa.....	24
5.6 Gli obiettivi dell'Area amministrativa.....	24
6. GLI OBIETTIVI REGIONALI 2015	25
7. CONCLUSIONI	31

1. Premessa

Con il presente documento la S.C Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione, con la collaborazione della S.C Pianificazione, Qualità Organizzativa e Controllo della Azienda Sanitaria Locale n.5 Spezzino presenta al Comitato di budget un primo bilancio dell'esercizio 2014 e le linee guida per la formulazione degli obiettivi 2015.

In data 30.01.2014, con deliberazione n. 81, l'Azienda Sanitaria Locale n.5 "Spezzino" ha adottato il Piano della Performance per il triennio 2014 – 2016, documento programmatico triennale, adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio che dà compimento alla fase programmatoria del Ciclo di gestione della performance.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo aziendali, e supportato dal Comitato di Budget, elabora, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale e locale, le linee strategiche da attuare nell'anno 2015, e indica la previsione dei fondi a disposizione per l'esercizio e, a grandi linee, un'ipotesi di assegnazione di risorse ed obiettivi.

Il presente documento rielaborato sulla base delle indicazioni del Comitato di budget viene presentato al Nucleo di Valutazione e al Collegio di Direzione che formuleranno in merito le valutazioni delle quali si terrà conto per il processo di budget con la individuazione degli obiettivi operativi delle singole strutture, su base dipartimentale.

2. Il processo del budget

2.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli indirizzi strategici, programmati su base triennale e definiti dagli organi di indirizzo politico-amministrativo sono inseriti nel Piano della Performance aziendale.

Il procedimento di programmazione degli obiettivi operativi, su base annua, viene condotto nei tempi e con le modalità propri del ciclo di programmazione e controllo (budget) attraverso il quale le politiche e le strategie aziendali, definite dalla Direzione Aziendale, vengono declinate in obiettivi operativi.

Attraverso il processo di budget vengono infatti individuati gli obiettivi operativi delle singole strutture aziendali che assegnati nella fase della negoziazione del budget vengono monitorati in corso d'anno.

2.2 Il riferimento al ciclo della Performance

Il ciclo della performance delineato dall'Azienda fa riferimento ad un modello integrato, nel quale performance organizzativa e performance individuale rappresentano le due dimensioni, e prende in considerazione, nella performance organizzativa, gli obiettivi derivanti dal budget e, nella performance individuale, gli obiettivi individuali.

Il sistema prevede infatti contestualmente all'utilizzo dei risultati del budget, quale strumento di misurazione della performance organizzativa, un processo di valutazione della performance individuale (doppia valutazione).

Questo modello di erogazione della retribuzione di risultato è in linea con il processo di graduale messa a regime, a fianco della valutazione della performance organizzativa, della valutazione della performance individuale con il progressivo aggancio di un sistema di valutazione completo al sistema premiante.

Il processo di budget 2015 implementa, per gli obiettivi individuali, il processo di definizione e assegnazione di obiettivi individuali già sperimentato in azienda nel 2013 e 2014.

La definizione degli obiettivi si svolge in un processo progressivo "a cascata", dalle indicazioni ed obiettivi strategici, agli obiettivi organizzativi assegnati a ciascun Dipartimento/Struttura nell'ambito del processo di budget, agli obiettivi organizzativi stabiliti per i Dirigenti, i titolari di Posizioni Organizzative e i Coordinatori

Il processo di definizione degli obiettivi individuali ,proposto nel budget 2015, raccordato con il processo di budget ,realizza un ulteriore passaggio nella direzione del completamento del sistema di valutazione aziendale.

La attuazione di un sistema di gestione per obiettivi coerente ed integrato con il budget è infatti considerato dall'Azienda presupposto per l'avvio di un efficace sistema di gestione della performance e la ricerca di integrazione tra i processi della pianificazione strategica, programmazione e controllo, budgeting e allocazione delle risorse, è considerata condizione necessaria per lo sviluppo del ciclo della performance e per un corretto aggancio al sistema premiante aziendale.

3. Le linee guida Budget 2015

Le Linee guida di Budget rappresentano un momento dell'insieme di interventi messi a punto dall'Amministrazione per supportare le strutture dell'Azienda nella realizzazione del proprio sistema di pianificazione programmazione, e controllo.

Le Linee guida oggetto del presente documento nascono con il duplice obiettivo di:

- chiarire il percorso di lavoro da seguire nella formulazione del Budget, fornendo elementi di dettaglio in merito alla tempistica ed integrazione dei soggetti coinvolti. Sono orientate alla descrizione delle modalità con le quali avviene il processo di Budgeting e danno quindi particolare rilievo alla definizione di tempi ed attività da svolgere al fine di rendere "efficace" il processo stesso;
- supportare gli organi di indirizzo e programmazione in modo che possano contare sulla capacità di effettuare analisi di maggior dettaglio in merito alle effettive dinamiche economiche, organizzative e produttive che riguardano le singole strutture.

Il percorso di programmazione delineato nel documento sintetizza le attività da svolgere in processi tra di loro necessariamente coordinati (controllo di gestione, contabilità generale, Budgeting) chiarendo altresì il ruolo che di volta in volta sono chiamati a svolgere i titolari dei Budget.

3.1 Definizione

Il Budget è l'insieme delle risorse finanziarie, umane e strumentali attribuite a ciascun Centro di Responsabilità per il conseguimento degli obiettivi istituzionali.

Il Budget articolato per Centri di Responsabilità ha l'obiettivo di:

- fornire una guida e un orientamento ai responsabili
- responsabilizzare il ruolo degli operatori
- consentire la crescita professionale e metodologica di tutto il personale

Il Budget è uno strumento per:

- il governo dell'Azienda
- la verifica preventiva della fattibilità delle ipotesi di gestione
- la misurazione della performance
- la motivazione e incentivazione del personale
- l'attribuzione di obiettivi
- la responsabilizzazione.

Affinché il processo di Budget sia efficace, è necessario che vengano rispettate una serie di regole. Gli elementi di cui viene proposta nel seguito una sintetica analisi sono i seguenti:

- Rispetto del Budget. Per imparare a prevedere e calibrare le spese è necessario un po' di tempo. Fondamentale è imparare a rispettare il Budget fin dall'inizio.
- Dinamica del Budget. Essere consapevoli che le proiezioni di spesa sono solo una supposizione.
- Controllo periodico del Budget. Controllare il Budget ed esaminarne il flusso per essere sicuri di avere fondi sufficienti per compensare le uscite.
- Uso del Budget come mezzo di contenimento e di programmazione, non come una limitazione. La deviazione dal Budget è possibile se sorgono spese non preventivate ma necessarie e concordate.

3.2 Budget e processo di dipartimentalizzazione

In linea con le indicazioni contenute nella DGR 945/2008 il nuovo Atto Aziendale (approvato con delibera DG n. 419 del 23/5/2014) ha precisato che il *“Dipartimento contribuisce alla realizzazione delle strategie aziendali attraverso il coordinamento delle strutture appartenenti al dipartimento stesso, delle attività assegnate e delle risorse attribuite”*.

Il Dipartimento viene proposto, quindi, come autonomo livello di responsabilità, anche gestionale, tra la Direzione Aziendale e le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali al quale ricondurre funzioni di coordinamento e pianificazione delle attività e di organizzazione e gestione delle risorse, tali da garantirne il carattere strutturale richiesto dal quadro normativo di riferimento.

La caratterizzazione dipartimentale del budget è già stata avviata negli anni passati con il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento nella definizione degli indirizzi del budget e nella assegnazione degli obiettivi alle Strutture nonché nella individuazione di obiettivi a valenza dipartimentale attribuiti in modo uniforme sulle singole strutture appartenenti ai

Dipartimenti stessi. Il processo del budget è inoltre stato collegato, anche se non sempre in modo strutturato, con il funzionamento dei Dipartimenti attraverso il coinvolgimento dei Comitati di Dipartimento dopo la fase di negoziazione, al fine di acquisire ulteriori elementi conoscitivi.

Gli obiettivi di budget verranno assegnati dalla Direzione Aziendale a tutte le SC e SSD previste dall'Atto aziendale, con il coinvolgimento attivo dei Direttori di Dipartimento che parteciperanno alla fase di assegnazione degli obiettivi alle rispettive strutture ma senza prevedere ancora un livello autonomo di contrattazione a livello dipartimentale ed una formale assegnazione di obiettivi e risorse dedicati ai singoli Dipartimenti.

Potranno comunque essere assegnati obiettivi di budget, a valenza dipartimentale, comuni a tutte le strutture afferenti al dipartimento. Avverrà sempre a livello dipartimentale la programmazione degli acquisti di attrezzature così come il piano di formazione del personale.

3.3 Il Processo di Budget

La negoziazione di Budget è organizzata per Dipartimenti ed è condotta dalla S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione.

Vi partecipano:

- il Direttore Amministrativo e/o Sanitario;
- il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero;
- il Direttore della Struttura Farmaceutica;
- il Direttore della Struttura Sistemi Informatici(staff);
- il Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie;
- Il Direttore della Struttura Qualità(staff);
- Il Direttore delle Risorse Umane
- il Direttore del Dipartimento a cui la struttura appartiene;
- i Direttori e i Coordinatori Infermieristici/Tecnici delle Strutture interessate;
- il Responsabile della Struttura Professioni Sanitarie(staff).

Il budget viene assegnato a tutte le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali e in tal senso i Direttori e Responsabili partecipano a tutti gli effetti al processo di budgeting.

Per quanto concerne, invece, le strutture semplici aggregate si adotta il seguente comportamento:

1. Viene assegnato un budget specifico a quelle S.S. per le quali sono state individuate in modo certo sia le risorse impiegate sia la produzione in termini di prestazioni e attività con centro/i di costo ben definiti. In tal caso partecipano al processo di budgeting.
2. Nel caso non ricorrano le situazioni di cui al punto 1 la S.S. partecipa al budget assegnato alla S.C. alla quale è aggregata. Il Direttore della S.C. comunque assegnerà uno o più obiettivi al Dirigente della Struttura Semplice ed entro la fine dell'anno redigerà una scheda di valutazione che verrà allegata al fascicolo personale del dirigente che rientrerà nel processo di valutazione individuale.

Si evidenzia che nel processo di budget è previsto l'obbligo di condivisione, cioè di presa conoscenza, da parte di tutto il personale della struttura attraverso la firma di un verbale.

Allo stesso modo si ricorda che è necessario predisporre un verbale anche per la condivisione del monitoraggio semestrale che, normalmente, è pubblicato sul sistema nel mese di settembre.

La Scheda di budget è un documento contenente un bilancio previsionale con obiettivi realizzabili da conseguire attraverso:

1. risorse disponibili chiaramente identificate;
2. la pre-definizione di un intervallo di tempo in cui raggiungerli;
3. la presenza di centri di responsabilità;
4. la condivisione degli stessi.

Gli obiettivi di budget devono inoltre essere:

- **espressi** in termini quantitativi e sintetici;
- **misurabili**, in modo da poter essere confrontati con dati effettivi e quindi fornire un utile parametro di riferimento per il controllo e la valutazione;
- **controllabili** dal CdR cui sono assegnati;

Il sistema è basato su una **Scheda di budget** che comprende obiettivi gestionali considerati vincolanti per la struttura. Il risultato è espresso in riferimento al 100%.

Le fasi di sviluppo del processo di budgeting sono:

- **FASE 1 (DICEMBRE 2014 – GENNAIO 2015):**
 - acquisizione delle informazioni relative ai vincoli di sistema (vincoli economico-finanziari, Piano Sanitario Nazionale e Piano Sanitario Regionale) e formulazione di un documento di base nel quale sono inquadrate le linee di indirizzo aziendali.
 - Convocazione del Comitato di Budget, del Nucleo di Valutazione e del Collegio di Direzione
- **FASE 2 (FEBBRAIO 2015 – APRILE 2015):** coinvolgimento di tutti i CdR presenti all'interno delle macro-articolazioni erogatrici dei livelli assistenziali allo scopo di formulare la proposta di obiettivi mediante la compilazione della scheda di proposta di budget e svolgimento degli incontri di budget degli staff tecnici preposti con i CdR.:
 - entro e non oltre sette giorni dalla data fissata per l'incontro, la Struttura Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione raccoglie eventuali obiettivi inviati dalle Strutture ed elabora e trasmette loro una proposta di Scheda di budget;
 - la settimana seguente l'invio della proposta si svolge l'incontro di Budget.
- **FASE 3 (MAGGIO 2015):**
 - Verifica che la somma degli stanziamenti assegnati alla sezione Costi delle singole Strutture sia coerente con il finanziamento regionale;
 - Delibera aziendale schede di budget firmate.

- **FASE 4 (SETTEMBRE 2015):**
 - Verifica dell'andamento gestionale sul monitoraggio semestrale ed eventuale adeguamento del budget, ove necessario;
- **FASE 5 (MAGGIO 2016):**
 - Chiusura e pubblicazione sulla Intranet aziendale delle Schede di Monitoraggio 2015;
 - Raccolta osservazioni dei Direttori/Responsabili di Struttura sui dati pubblicati.
- **FASE 6 (MAGGIO 2016-GIUGNO 2016):**
 - Analisi monitoraggi e osservazioni da parte del OIV;
 - Invio ai direttori/responsabili delle schede definitive;
 - Invio dei risultati alla struttura Gestione del Personale per la liquidazione della retribuzione di risultato.

3.4 La Scheda Di Budget

La scheda di budget è suddivisa in 5 sezioni:

- 1) **OBIETTIVI DIRETTORE STRUTTURA:** riconducibili all'attività "gestionale" del direttore della struttura. La somma dei pesi assegnati deve essere uguale a 100.
- 2) **COSTI:** basata sull'analisi dell'andamento della spesa degli anni precedenti e sulla stima dei costi delle nuove attività (es. costo di farmaci, materiale sanitario, economali, prestazioni da altri reparti, ecc.).
- 3) **PRODUZIONE:** utilizza standard e indicatori tipici della produzione sanitaria (es. valore prestazioni ambulatoriali, numero interventi, punti DRG....).
- 4) **RIORGANIZZAZIONE:** contiene progetti di evoluzione organizzativa (per recepimento nuove normative in tema di erogazione dei servizi, riorganizzazioni interne in atto, ecc.)
- 5) **QUALITA':** progetti che migliorano la capacità di rispondere alle esigenze espresse dai portatori di interessi (popolazione, lavoratori, Enti).

LA SOMMA DEI PESI ASSEGNATI NELLE SEZIONI COSTI, PRODUZIONE, RIORGANIZZAZIONE E QUALITA' DOVRA' ESSERE UGUALE A 100. I PESI ASSEGNATI AI VARI OBIETTIVI POTRANNO ESSERE DIVERSI PER LA DIRIGENZA E IL COMPARTO.

VARIE: Sulla scheda saranno segnalati il numero di dirigenti e personale del comparto necessari per il funzionamento della struttura. In particolare per la determinazione del numero di personale infermieristico/oss/ota si partirà, in attesa di indicazioni regionali sui parametri da utilizzare, sull'analisi della turnistica prendendo in considerazione anche le variazioni nei giorni festivi e la presenza di personale che usufruisce della L.104, delle 150 ore e di permessi per cariche pubbliche. Saranno individuati, anche , il numero di posti letto, sedute operatorie necessari per il raggiungimento degli obiettivi concordati. In questa sezione non saranno assegnati pesi.

SCHEMA BUDGET 2015

Azienda USL5 Spezzino

Dipartimento							
Struttura Complessa							
Direttore							
Sezione	n°	Obiettivi assegnati	Peso relativo		Indicatore di risultato	Obiettivo	
			Dirigenti	Comparto			
Costi	1				costo	<=	dato 2014
	2				costo	<=	dato 2014
	somma pesi costi (%)		5	5			
Produzione	1				numero	>=	12
	2				numero	>=	12
	somma pesi produzione (%)		30	30			
Riorganizzazione	1				avvio	entro	31/12/15
	2				% rispetto	>=	100
	somma pesi riorganizzazione (%)		20	20			
Qualità	1				% rispetto	>=	100
	2				predisposizione	entro	31/12/15
	somma pesi qualità (%)		45	45			
totale pesi Struttura (%)			100	100			
Obiettivi Direttore	1	Condivisione della scheda di budget entro 30 giorni dalla firma	25		invio verbale di condivisione	entro	30 gg da firma budget
	2	Condivisione del monitoraggio semestrale della Scheda di Budget entro 30 gg da invio	25		invio verbale di condivisione	entro	30 gg da invio monitoraggio
	3	Assegnazione obiettivi individuali ai dirigenti ed alle P.O.	25		compilazione	entro	30 gg da firma budget
	4	Valutazione obiettivi individuali assegnati ai dirigenti ed alle P.O.	25		compilazione	entro	30/06/16
	totale pesi Direttore (%)		100				
DOTAZIONE ORGANICA NECESSARIA				VARIE			
Dirigenti							
Ass./Oper.Tec.							
Amministrativi							
Ausiliari							
		IL DIRETTORE CONTROLLO DI GESTIONE					
		IL DIRETTORE STRUTTURA		IL DIRETTORE DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO			
		IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO/SANITARIO					

La Spezia, _____

All'interno degli obiettivi assegnati al Direttore della struttura saranno automaticamente inseriti questi obiettivi:

- **Assegnazione obiettivi individuali al personale interessato all'interno della propria struttura (dirigenti, P.O, coordinatori):** entro 30 giorni dalla firma della scheda di budget verranno assegnati gli obiettivi ai singoli che dovranno essere al massimo 2 ed almeno 1 di essi dovrà essere legato agli obiettivi inseriti nella scheda concordata con la Direzione.
La somma dei pesi assegnati agli obiettivi dovrà essere uguale a 100. Gli obiettivi saranno inseriti in un'apposita scheda firmata sia dal dirigente che dal direttore della struttura.
- **Valutazione degli obiettivi assegnati entro 30 giorni dalla comunicazione della chiusura delle schede di budget:** la valutazione dovrà essere controfirmata dal dirigente/PO oggetto della stessa e dovrà essere inviata all'Ufficio Risorse Umane;
- **Riunione di condivisione/presa d'atto degli obiettivi concordati** con la Direzione entro 30 giorni dalla firma della scheda di budget e predisposizione di un verbale su un modello standard con le firme del personale afferente alla struttura da inviare alla struttura Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione;
- **Riunione di condivisione del monitoraggio semestrale degli obiettivi di budget** entro 30 giorni dalla pubblicazione (presumibilmente nel mese di settembre) con predisposizione di un verbale su un modello standard con le firme del personale afferente alla struttura da inviare alla struttura Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione .

3.5 La valutazione dei risultati

Alla fine del percorso di budget avremo diversi risultati su cui sarà assegnato il premio di risultato:

- **Al comparto** (esclusi i coordinatori e le P.O) verrà assegnata in toto la percentuale corrispondente al risultato del budget proprio.
- **Al Direttore della S.C o S.S.D** si applica una doppia valutazione. La base è la percentuale di raggiungimento degli obiettivi inseriti nella scheda di budget per la parte relativa alla dirigenza; a questa si applica la percentuale correttiva del risultato ottenuto sugli obiettivi gestionali inseriti nella sezione "Obiettivi del Direttore della Struttura".

Ad esempio:

- A) Risultato struttura 100%
Risultato obiettivi direttore 90%
Risultato definitivo direttore 90% (ris scheda dir * ris scheda struttura).
- B) Risultato struttura 85%
Risultato obiettivi direttore 90%
Risultato definitivo direttore 76,5% (ris scheda dir * ris scheda struttura);

- **Ai Dirigenti, alle P.O e ai Coordinatori** si applica la doppia valutazione per cui si parte dalla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura che viene corretta dalla percentuale di raggiungimento ottenuta sugli obiettivi individuali. **Questo meccanismo correttivo, per l'anno 2015, verrà applicato solo a titolo sperimentale e quindi senza avere riflessi sulla retribuzione di risultato del personale in oggetto. L'incentivo 2015 di queste figure sarà quindi determinato esclusivamente dalla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza.**

4. Esercizio 2014

4.1 Risultati ottenuti nell'Area Sistemi Informativi

Invio al SAR ricette elettroniche (OB DG)

Completato nel 2014 l'informatizzazione della ricetta elettronica, installato il Catalogo Unico Regionale, CUR, su tutti i sistemi di prescrizione e sui software gestionali di erogazione.

Prestazioni interne

Avviato, in stretta collaborazione con il Controllo di Gestione, la gestione informatizzata delle prestazioni per interni: richiesta, refertazione, ritorno referto. Nel corso del 2014 sono state inserite nel progetto la totalità delle strutture richiedenti ed il 50% delle strutture erogatrici. Nel corso del 2015 saranno informatizzate le restanti strutture erogatrici.

Specialistica Ambulatoriale: Utilizzo sistema informatizzato per accettazione e refertazione

Nel corso del 2014 si è proceduto alla analisi dei processi e degli strumenti utilizzati in azienda per la gestione della specialistica ambulatoriale. Si è quindi proceduto a riprendere ogni struttura con attività formative, finalizzate ad un completo utilizzo dei sistemi informatici aziendali. In particolare produzione di referti firmati digitalmente.

Progetto Libera professione intramuraria.

Nel 2014 si è proceduto all'informatizzazione del sistema libera professione intramuraria, che va completato con alcune funzionalità di reporting mancanti.

Gestione Fatturazione Attiva Elettronica

Completata l'attività di passaggio dalla fatturazione attiva cartacea alla fatturazione attiva elettronica, nel rispetto dei requisiti e delle scadenze di legge.

4.2 Risultati ottenuti nell'Area Ospedaliera

A supporto della pianificazione strategica aziendale è stata conclusa la fase che prevedeva il trasferimento e la relativa riorganizzazione sia delle SS.CC. Medicina

d'urgenza, Chirurgia Vascolare, Dermatologia, Medicina, Oncologia sia degli Ambulatori con trasferimento presso l'Ospedale della Marina Militare.

Relativamente all'attuazione e relative modalità si riferisce sinteticamente quanto segue:

- SC Medicina d'urgenza, è stata riattivata presso il Pronto Soccorso (Maggio 2014)
- contemporaneamente la SC Chirurgia Vascolare è stata trasferita e accorpata alla SC Ginecologia per consentire l'esecuzione di lavori di ristrutturazione e recuperare unità infermieristiche per la SC Medicina d'Urgenza.
- la Struttura mista Ginecologia/Chirurgia Vascolare è stata poi rimodulata per disporre di posti letto per la Chirurgia, con preventivo trasferimento degli ambulatori di Ginecologia (fine 2014),
- è stata chiusa la degenza della SC di Oncologia presso la sede del Felettino allocando n. 4 posti letto presso la SC Medicina dell'Ospedale della Spezia (Giugno 2014)
- gli ambulatori afferenti a Malattie Infettive, Medicina, TAO, Reumatologia sono stati allocati nella sede ex Geriatria, utilizzando gli spazi resi disponibili per il temporaneo trasferimento della SC Medicina presso la sede del Felettino, necessario per l'esecuzione dei lavori di ristrutturazione programmati. (Luglio 2014)
- il Servizio di Immunoematologia è stato temporaneamente allocato presso il Felettino (nei locali resi disponibili al PT dagli ambulatori trasferiti nella nuova sede di Bragarina) al fine di poter adeguare la relativa sede presso l'ospedale di La Spezia in relazione alla prevista visita della Commissione per l'accreditamento che è stata effettuata positivamente nel mese di Settembre 2014. Analoghi lavori di ristrutturazione sempre finalizzati al conseguimento dell'accreditamento sono stati effettuati presso la sede di Sarzana, realizzando l'Unità di Raccolta Donazioni Ospedale di Sarzana" (articolazione periferica del Servizio Trasfusionale)
- la SC Dermatologia è stata trasferita dal S. Andrea al piano terra della sede del Felettino e la SC Geriatria è stata trasferita dalla sede del Felettino all'Ospedale di Sarzana (Giugno 2014).
- l'ambulatorio di Sala Gessi è stato trasferito dal padiglione 5 ai nuovi locali predisposti presso SC Radiologia, al Padiglione Centrale per ottimizzare il servizio (giugno 2014)
- Come previsto da intervenuta convenzione, si è proceduto alla pianificazione ed al trasferimento presso l'Ospedale della Marina Militare degli ambulatori di Nefrologia, Cardiologia, Malattie Infettive, Medicina/TAO, Fisiopatologia Respiratoria, Chirurgia Generale/ Chirurgia Vascolare, Reumatologia (solo visita), Medicina dello Sport, Ortopedia (prima visita) e Neurologia (Novembre 2014)
- E' stato attivato il CAL presso la Dialisi dell'Ospedale di Sarzana.

- L'Ambulatorio di Chirurgia Vascolare e Generale è stato allocato temporaneamente al piano terra del Padiglione 6, mentre le attività specialistiche chirurgiche (toracica, bariatrica, chirurgia della parete, chirurgia linfatica e chirurgia proctologica) sono state accentrate presso l'ospedale di Sarzana.
- Gli ambulatori di Senologia e Cardiologia Holter sono stati allocati in sedi aziendali territoriali mantenendo l'ambulatorio della prova da sforzo presso la sede della SC Cardiologia.
- Ristrutturazione locali per la nuova sede della S.S.D. Endocrinologia, previo trasferimento degli studi del Direttore e dei Dirigenti Medici della SC Riabilitazione, del Servizio Dietetico, del Coordinatore del Progetto Sistema Nervoso Onlus, dell'AVO, e dei Centri Liguri per la Tutela dei Diritti del Malato. I suddetti trasferimenti hanno comportato, a loro volta, la necessità di reperire altre sedi, da ristrutturare e, talvolta, altri spostamenti.
- Predisposizione all'attivazione del Pronto Soccorso Pediatrico presso l'Ospedale S. Andrea nei locali recentemente ristrutturati della SC Pediatria, necessariamente differita a causa di ostativo evento esterno.
- Predisposizione del percorso "codice rosa", per la presa in carico e l'assistenza alle vittime di violenze, in collaborazione con Strutture territoriali ASL e Procura della Repubblica, con allestimento della cosiddetta "stanza rosa", all'interno del Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Andrea e dell'Ospedale S. Bartolomeo.
- Trasferimento in altri locali, appositamente ristrutturati, del posto di Polizia all'interno dell'Ospedale della Spezia, dietro specifica richiesta del Procuratore della Repubblica.
- Avvio di nuova procedura, in accordo con la Procura della Repubblica, per la notifica di morti ad eziologia traumatica.
- Riprogrammazione dell'attività del Blocco Operatorio del S. Andrea, con operatività sulle 12 ore, e del Blocco operatorio del S. Bartolomeo, con attivazione di una sala operatoria dal lunedì al venerdì, dalle ore 14.00 alle ore 19.00, nell'ottica del contenimento dei tempi di attesa e della mobilità passiva, in particolare extra regionale.
- Predisposizione della Recovery Room presso il Blocco Operatorio dell'Ospedale S. Bartolomeo, con definizione dei relativi protocolli per l'utilizzo da parte delle diverse specialità chirurgiche che erogano prestazioni chirurgiche nei diversi setting assistenziali
- Intervento di ristrutturazione presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale S. Andrea con incremento del numero dei posti di osservazione, in considerazione dell'elevato afflusso e dei lunghi tempi di permanenza, a causa della difficoltà di reperire posti letto di degenza
- Aumento del numero dei posti letto del Centro Ictus da 4 a 8

- Organizzazione dei Corsi di Formazione:
 - “Sterilizzazione dei dispositivi medici: up-date”
 - ‘Documentazione sanitaria: aspetti medico-legali’
 - “Corso base sulla nutrizione artificiale”
- Attivazione Shock Room presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale S. Andrea
- Collaborazione alla definizione di un percorso metodologico aziendale per l’elaborazione, la formalizzazione, la diffusione e l’applicazione ed il monitoraggio dei PDTA e istituzione dei PDTA del melanoma maligno della cute, del mesotelioma maligno della pleura, dell’adenocarcinoma prostatico, dei tumori testa-collo, del Dolore Toracico, delle anemie che accedono al Pronto Soccorso e Vertigini, basati sull’EBM e condivisi tra tutte le professionalità coinvolte.
- Istituzione della Unità funzionale Multidisciplinare Breast Unit e del relativo percorso assistenziale per la presa in carico delle donne affette da patologia tumorale mammaria.
- Riattivazione del programma di screening per la diagnosi precoce del carcinoma mammario presso l’Ospedale S. Bartolomeo, la cui responsabilità è affidata al Dott. Ilan Rosenberg

4.3 Risultati ottenuti nell’Area farmaceutica

Nel 2014 sono avviate/proseguite le seguenti progettualità qualificanti di particolare impegno organizzativo e che necessiteranno di ulteriore sviluppo con i necessari supporti nel 2015:

- Informatizzazione dell’area erogativa a seguito prescrizione/autorizzazione con mantenimento erogazione diretta dei medicinali
- Attività di monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva sia in ambito territoriale che ospedaliero
- Attività di screening delle acquisizioni nell’ambito del processo aziendale HTA per i dispositivi medici

4.4 Risultati ottenuti dal Territorio

Nel quinquennio 2009-2014 l’Azienda ha completato un processo di distrettualizzazione che, attraverso il Dipartimento Cure Primarie ed Attività Distrettuali, ha realizzato una rete di servizi decentrati sul territorio ma fortemente integrati tra loro, il tutto ispirato da un principio di razionalizzazione delle risorse in favore di modelli innovativi e fortemente flessibili.

L'espletamento dei concorsi per il rinnovo degli incarichi di Direttore di Distretto, che ha prodotto un cambio della Direzione nei Distretti n.17 e n.19 a far data dal 1°ottobre 2014, apre una nuova fase che vede al centro l'integrazione con gli altri dipartimenti territoriali (Salute Mentale e SERT, Dipartimento di Prevenzione) completando in tal modo il quadro definito dalla legge regionale 41/2006.

Pur rappresentando il 2014 un anno "ponte" tra i due mandati dei Direttori di Distretto sono state rispettate le scadenze per la redazione dei piani attuativi di Distretto previsti dal Piano Sociale Integrato Regionale 2013-2015 ed in particolare sono state costituite, primi in Liguria, le equipe sociosanitarie integrate: per le aree anziani, disabili e minori. Risultato particolarmente lusinghiero per la nostra Azienda, raggiunto grazie all'elevato livello di integrazione sociosanitaria

Si segnala in particolare il risultato raggiunto nella formazione degli operatori dei PUA aziendali e degli operatori dei Servizi Sociali dei Comuni per l'accoglienza, l'orientamento e la presa in carico integrata.

Sono state portate a termine tutte le attività propedeutiche alla gestione integrata del Contributo di Solidarietà e del Fondo per le gravissime disabilità, istituiti dalla Regione nella logica della "dote di cura", volti a garantire la massima flessibilità e appropriatezza degli interventi per le persone disabili e non autosufficienti sia sul fronte della domiciliarità che in quello della residenzialità.

Dall'approvazione del protocollo di dimissioni protette sociosanitarie (delibera del D.G. n.257 del 28.03.2012) e dei protocolli di accesso ai trattamenti residenziali in Cure Intermedie ed in RSA postacuti, l'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) che opera presso la sedi della Spezia e di Sarzana del Presidio Ospedaliero Unico, ha progressivamente incrementato la propria attività fino a raggiungere i 1726 pazienti presi in carico nell'anno 2014 versus i 1282 del 2013. Nell'ultimo mese 2014, a causa della drammatica carenza di posti letto, l'UVD ha valutato in media 50 pazienti nella settimana.

Dall'aprile 2014 il Dipartimento gestisce attraverso le proprie Strutture di Cure Domiciliari e di Riabilitazione e Fisiatria il nuovo appalto, che vede unificate le prestazioni infermieristiche, tutelari e di riabilitazione, attraverso un triage aziendale ed una struttura di controllo che ne garantisce l'appropriatezza e la qualità.

L'internalizzazione del servizio di Neuropsichiatria, pienamente operativo a partire dal gennaio 2014, ha incrementato la quantità e la qualità dell'offerta nell'area della disabilità nell'età evolutiva, con percorsi definiti di continuità assistenziale con la SS Disabili adulti, il Dipartimento Salute Mentale e Sert nell'area dell'adolescenze e con il dipartimento ospedaliero materno infantile per le dimissioni protette e la diagnosi precoce delle patologie perinatali.

Si è conclusa la progettazione esecutiva del completamento della Casa della Salute di via XXIV maggio, alla Spezia, i cui lavori partiranno entro la fine di gennaio 2015. Con quest'ultimo intervento si concluderà la fase di razionalizzazione delle sedi erogative distrettuali che, accogliendo le Case della Salute, potranno sperimentare nuove forme di collaborazione con la Medicina Generale.

Dall'agosto 2014 è stata attribuita al Dipartimento delle Cure Primarie la SSD Centro Antidiabetico. La piena integrazione della struttura nelle rete territoriale consentirà la migliore attuazione di uno dei PDTA fondamentali nella gestione integrata delle patologie croniche

Dal 1° ottobre u.s con la nomina del Responsabile ha iniziato la propria attività la SSD di Cure Palliative cui è stata affidata la progettazione organizzativa del nuovo Hospice

Le attività in itinere

E' in corso di redazione il capitolato di gara per l'affidamento delle RSA aziendali in convenzione, con conseguente futura cessazione dell'attività della S.C. Strutture deleganti non ospedaliere a gestione diretta.

A seguito del trasferimento della SSD Cure Intermedie dalla sede di Levanto a quella di Sarzana sarà possibile sperimentare all'interno di quest'ultima l'apertura di un ospedale di Distretto e di una Casa della Salute con la presenza dei Medici di Medicina Generale di quell'area distrettuale.

4.5 Risultati ottenuti dall'Area Amministrativa

Con atto deliberativo 420 del 31 luglio 2014 è stata approvata la nuova organizzazione aziendale che ha previsto un forte cambiamento anche per quanto riguarda l'area Amministrativa e Tecnica.

A seguito della scadenza degli incarichi quinquennali di Direzione delle strutture amministrative e dell'evoluzione del quadro normativo nazionale (entrata in vigore di articolate normative in materia di trasparenza, lotta alla corruzione, tracciabilità dei bilanci, certificazione delle scritture contabili) e regionali (presa in carico diretta del rischio assicurativo, centralizzazione delle procedure di acquisto beni e servizi) si è resa necessaria una ulteriore evoluzione della struttura amministrativa di cui si è modificato l'assetto.

In particolare, è stato attivato il trasferimento di alcune Strutture afferenti al Dipartimento amministrativo dall'attuale sede di Via XXIV Maggio alla sede di Via Fazio e contestualmente si è provveduto ad una riorganizzazione degli archivi.

Nel 2014 a seguito dell'approvazione del nuovo regolamento aziendale sulla Libera professione, è stato messo a regime lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria con l'apertura delle Case della Salute di Sarzana e Bragarina; inoltre si è provveduto alla rideterminazione delle tariffe degli interventi chirurgici a pagamento con apposita delibera n. 45 del 19.1.2015 che comprende un'apposita appendice di carattere tecnico sulle modalità di determinazione delle tariffe per l'attività in regime di ricovero.

E' stata predisposta una nuova procedura operativa per il recupero dei ticket sanitari.

5. OBIETTIVI 2015

Di seguito vengono illustrati i macro-obiettivi che sono stati proposti per l'anno 2015 dai responsabili delle principali aree strategiche aziendali (di seguito elencate) e che costituiranno punto di riferimento per la formulazione degli obiettivi operativi da declinare a ciascuna SC e SSD nell'ambito del processo di budget:

- Sistemi informativi aziendali
- Economico-finanziaria ed amministrativa
- Farmaceutica
- Cure Primarie ed attività distrettuali
- Ospedaliera
- Professioni sanitarie
- Qualità organizzativa, Accredimento, Politiche di formazione, Audit e controllo;

5.1 Gli obiettivi dell'Area delle professioni sanitarie non mediche

La legge di stabilità 2015 (Legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre) al comma 566 individua settori di competenze specialistiche anche per il personale sanitario non medico, nell'ordine:

- 1/cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (l'infermiere di famiglia)
- 2/area intensiva e dell'emergenza-urgenza
- 3/area medica
- 4/area chirurgica
- 5/neonatologica e pediatrica
- 6/salute mentale e dipendenze.

Questa novità normativa avrà importanti ricadute organizzative per cui la SC Professioni Sanitarie effettuerà, nel corso del 2015, una ricognizione sui master di specialità in possesso del personale sanitario (infermieristico e non solo) dipendente della ASL 5.

Dopo una attenta analisi e valutazione della situazione esistente e tenuto conto del rinnovato quadro normativo, la SC Professioni sanitarie si propone di realizzare, nel corso del 2015, in collaborazione con le singole realtà dipartimentali e tramite l'azione svolta dai RAP e dai coordinatori di SC/SS, i seguenti macro-obiettivi:

- 1) **ricognizione sul personale sanitario in possesso di master di specializzazione;**
- 2) **implementazione delle buone pratiche cliniche**, con particolare effetto sulle principali criticità legate alla *malpractice*: la prevenzione delle cadute, il controllo degli errori nella somministrazione delle terapie, il controllo e la prevenzione delle infezioni assistenziali.
- 3) **qualità della cartella e della documentazione infermieristica** (adozione di nuovi modelli cartacei ed informatici);

5.2 Gli obiettivi dell'Area Farmaceutica

Obiettivi economici

Nel 2015 l'Azienda si troverà ad affrontare alcune criticità di rilievo economico sul settore dei farmaci con costi incrementali per:

- **Medicinale SOVALDI** e simili per la cura dell'epatite C con previsione di costi insorgenti per circa 6.000.000 di euro che verranno monitorati su di un Centro di Costo Dedicato appositamente attivato (centro di costo TEHE01) ma che non potranno trovare copertura in ottimizzazioni nel settore. La DGR 1717 del 22.12.2014 assegna alla ASL 5 soli 400.000 per tale medicinale ed il contesto vede pertanto un sostanziale sotto finanziamento delle esigenze stimate;
- **Farmaci H:** questa tipologia di medicinali, tra cui rientrano farmaci oncologici, biologici ed AIDS ha visto un forte incremento di spesa nel 2014 ed è ragionevole attendersi un ulteriore incremento nel 2015 stimato in un ulteriore + 10 % con una spesa incrementale attesa di circa 700.000.

Alcuni di questi medicinali sono prescritti da centri fuori ASL mentre gli specialisti prescrittori ASL5 maggiormente interessati riguardano Oncologia, Malattie Infettive e Gastroenterologia e Dermatologia (a tali cdc devono essere ricondotte le spese per un più puntuale governo).

Va precisato che la prescrizione dei medicinali e/o dispositivi è un atto medico quindi il ruolo che assume il servizio farmaceutico è solo quello di monitoraggio dei costi mentre la responsabilità della stessa ricade sul medico prescrittore ed, in via aggregata, sulla struttura a cui afferisce. Detto questo, al fine di un sostenibile governo della spesa occorre valutare se una parte dei costi insorgenti possa essere ricoperta da azioni di ottimizzazione, fermo restando che vi sono medicinali innovativi, difficilmente negabili agli assistiti, di cui deve essere prevista la copertura economica di bilancio. In particolare alcuni margini possono essere ricercati:

- in una più **integrata gestione delle terapie antinfettive e nell'informatizzazione delle scorte di reparto** (che necessita di adeguati strumenti informatici e della effettiva gestione da parte dei reparti stessi).
- attraverso la **programmazione delle campagne vaccinali** giacchè i vaccini gravano sul CE dei medicinali
- **responsabilizzando i reparti** sulle seguenti spese:
 - Farmaci H ai rispettivi prescrittori (oncologia, malattie infettive, dermatologia e gastroenterologia)
 - Nuovi anticoagulanti ai medici/reparti che redigono il piano terapeutico
 - OLTL (servizio di ossigeno liquido domiciliare) alla pneumologia che fa autorizzazioni
 - Strisce per diabetici alla SSD Centro Anti Diabetico
 - Colostomie alla chirurgia che effettua tramite proprio ambulatorio le autorizzazioni
 - Urostomie alla urologia che effettua le autorizzazioni.

Obiettivi qualitativi

Reparti Ospedalieri e servizi territoriali

- a) informatizzazione delle prescrizioni farmaceutiche (previa attivazione dello strumento da parte del sistema ICT)
- b) proseguimento progetto albumina con trasfusionale/farmacia/direzione medica
- c) proseguimento progetto antibiotico terapia con malattie infettive/farmacia/direzione medica
- d) Avvio/incremento della erogazione diretta ai pazienti in assistenza domiciliare ASL ai Distretti

Territorio-Budget della medicina generale a cui è linearmente collegata la spesa farmaceutica convenzionata

- a) come prescritto dalla Legge 189/2012 art. 1 e dal vigente ACN della Medicina Generale occorre definire un percorso di **responsabilizzazione delle spese farmaceutiche sostenute dai MMG**, e provvedere alla responsabilizzazione sugli indicatori prescrittivi fissati dalla regione e/o monitorati dall'istituto superiore S.Anna. A tale riguardo il servizio farmaceutico è in grado di monitorare trimestralmente i parametri ma occorre inserire nelle schede di budget i seguenti 6 principali indicatori:
 - Spesa pro-capite pesata
 - Inibitori pompa protonica DDD/1000ab
 - Antidepressivi DDD/1000 ab
 - Percentuale sartanici all'interno dei medicinali attivi sul sistema renina-angiotensina
 - Percentuale prescrizione medicinali a brevetto scaduto
 - Erogazione in diretta ASL dei medicinali PHT - % attivazione erogazione diretta
- b) poichè il vigente ACN della Medicina Generale (art. 28) prevede l'erogazione di una parte del corrispettivo in relazione al raggiungimento di obiettivi, si potrebbe legare la corresponsione di tale quota al rispetto del **parametro di spesa pro-capite** definito dalla DGR 759/2011 (indicatore di iper-prescrizione)
- c) in tema di Dispositivi Medici si ripropone, in versione aggiornata ed in collaborazione col SIA, il progetto **controllo richieste dispositivi in transito** attraverso l'implementazione di uno strumento informatico interconnesso al gestionale aziendale Oliamm e sussidiario alle richieste WEB formulate dai reparti per tali prodotti. Tale sistema consente, durante la formulazione della proposta d'ordine, di avere immediatamente disponibili alcune informazioni relative ad ogni prodotto digitato. Il sistema in sintesi:
 - 1) Evidenzia, in base ai consumi medi nei sei mesi precedenti alla richiesta stessa, i giorni di copertura dei fabbisogni con la quantità proposta
 - 2) Consente di impostare a discrezione i giorni di copertura desiderati
 - 3) Evidenzia immediatamente la spesa che la quantità del prodotto proposto induce;
 - 4) Propone, per ogni singolo prodotto richiesto, la "quantità consigliata da ordinare" sufficiente a coprire i fabbisogni nel periodo desiderato;
 - 5) Indica la quantità del prodotto consegnata nell'ultimo ordine e la relativa data;
 - 6) Evidenzia ,per ogni prodotto proposto, i relativi ordini ancora da evadere con possibilità di richiamo visivo del documento come parametro analitico ulteriore di riferimento/analisi;
 - 7) Evidenzia lo stato della quantità proposta del singolo prodotto verso la capienza quantitativa prevista dal contratto con una eventuale nota di alert in caso di superamento/avvicinamento;
 - 8) Mantiene in memoria e visibili tutte le richieste fino alla loro trasformazione in ordine definitivo, per evitare formulazione di proposte doppie.

Tale programma, una volta reso distribuito, consentirà:

- a tutti i caposala incaricati di formulare le proposte di acquisto, di disporre di uno strumento aggiuntivo di razionalizzazione gestionale
- agli uffici provveditorato/farmacia di gestire le richieste sotto il profilo dei quantitativi proposti e di evidenziare in tempo reale i prodotti inclusi in una gara e quelli da contratti fuori gara e, per quelli fuori gara, permettere di rintracciare e raggruppare, i prodotti in uso nella ASL (per CND e/o per classe merceologica regionale precisando l'importo complessivo consumato nella azienda e per reparto), nonché il relativo quantitativo. Ciò al fine di consentire interventi mirati di riconduzioni a gara.

5.3 Gli obiettivi dell'Area Ospedaliera

Le azioni più rilevanti per il miglioramento dell'efficienza assistenziale/gestionale nell'ambito ospedaliero, da svolgere in collaborazione con le Strutture aziendali riguardano:

Obiettivo	Note
<p>Esecuzione lavori per trasferimenti programmati</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i></p> <p>SC Gestione Tecnica</p>	<p>L'attuazione della programmazione strategica aziendale finalizzata alla realizzazione del Nuovo Ospedale richiede l'esecuzione degli interventi di adeguamento necessari per l'accentramento delle attività assistenziali negli Ospedali di La Spezia e Sarzana cui sono interessate diverse SS.CC. (Ortopedia e Traumatologia, Medicina I, Chirurgia I, Chirurgia Vascolare e Ostetrica e Ginecologia) e che comporta anche l'effettuazione di trasferimenti intermedi temporanei. Per consentire la completa dismissione della sede del Felettino nei tempi previsti e la riorganizzazione del PO è vincolante il puntuale rispetto della tempistica di correlati interventi di ristrutturazione/ adeguamento.</p>
<p>Attivazione Pronto Soccorso pediatrico</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i></p> <p>SC Pediatria SC Professioni Sanitarie</p>	<p>L'attivazione al Pronto Soccorso Pediatrico già programmata è stata necessariamente differita a causa di ostativo evento esterno che nel frattempo risulta avviato. Il processo deve essere pertanto ripreso e completato nel breve periodo.</p>
<p>Attivazione H 12 Sale operatorie per interventi programmati</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i></p> <p>SS.CC Chirurgiche SC Anestesia e Rianimazione SC Professioni Sanitarie</p>	<p>L'attività chirurgica ordinaria entro breve periodo deve essere completamente programmata H 12. Ciò in relazione sia alla necessità di contenere tempi di attesa e mobilità passiva, in particolare extra regionale, sia alla indisponibilità di Sale Operatorie strutturalmente adeguate.</p>
<p>Monitoraggio interventi chirurgici</p>	<p>Le permanenti criticità gestionali delle attività a valenza chirurgica oltre all'attivazione H 12 delle Sale Operatorie richiedono il rispetto della programmazione, costanti azioni</p>

<p><i>Strutture Aziendali interessate:</i> SC Chirurgiche SC Direzione Medica di Presidio SC Controlli di Gestione Pre ricovero</p>	<p>miglioramento gestionale e l'attuazione tempestiva di correttivi eventualmente necessari. Attività e tempi di attesa devono essere pertanto monitorati e verificati mensilmente con analisi e proposte di ciascun Responsabile per correttivi eventualmente necessari.</p>
<p>Implementazione di base del "parto indolore"</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i> SC Ostetricia e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione</p>	<p>L'effettuazione non onerosa del "parto indolore" a richiesta della partoriente è doverosa trattandosi di misura protettiva generalmente consigliata dagli addetti ai lavori ed altresì necessaria trattandosi di percepito standard qualitativo che induce rilevante attrazione presso USL vicinore.</p>
<p>Setting assistenziale per induzione medica espulsione materiale abortivo</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i> SC Ostetricia e Ginecologia</p>	<p>In relazione alla produzione di DRG LEA nel caso di ricovero ordinario per induzione medica di espulsione materiale abortivo è opportuna una proposta organizzativa per definire un appropriato setting assistenziale.</p>
<p>Interventi per riduzione/sintesi di frattura di femore entro le 48 ore</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i> SC Ortopedia e Traumatologia SC Anestesia e Rianimazione</p>	<p>E' necessario un ulteriore miglioramento tenuto conto del decisivo contributo sull'esito clinico assistenziale come attestato anche dalla valutazione attribuita dal MES a questa specifica performance.</p>
<p>Piani di lavoro e pianificazione annuale delle ferie per ciascuna SC / SSD</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i> Tutte le SS.CC. e SSD</p>	<p>La programmazione settimanale / mensile delle attività correlata alle presenze del personale è indispensabile per assicurare risultati positivi, l'equilibrio dei carichi di lavoro, il rispetto degli orari massimi di lavoro e dei periodi obbligati di riposo e consentire di intervenire all'occorrenza con adeguati correttivi. A tal fine devono essere preventivamente pianificati annualmente per tutti i dipendenti anche le ferie ed eventuali recuperi .</p>
<p>Miglioramento redazione e tenuta cartelle cliniche</p> <p><i>Strutture Aziendali interessate:</i> Tutte le SS.CC. e SSD</p>	<p>In considerazione del ruolo della Cartella Clinica quale strumento di gestione sanitaria, nonché della sua rilevanza medico legale, che assume sempre maggior importanza nell'ambito dei contenziosi, si richiede una più ordinata e precisa redazione delle stesse.</p>
<p>Completezza SDO e tempestività per il rispetto della tempistica del primo</p>	<p>Per la corretta gestione dei flussi informativi e quanto connesso che comporta conseguenze anche a livello economico le Strutture per quanto di interesse devono:</p>

invio <i>Strutture Aziendali interessate:</i> Tutte le SS.CC. e SSD	<ul style="list-style-type: none"> - Rispettare le scadenze previste per consentire l'invio dei tracciati SDO e la chiusura entro il termine di primo invio; - Registrare nella Cartella clinica anche il titolo di studio del paziente la cui codifica è obbligatoria per l'accettazione della SDO da parte della Regione; - Registrare corretta codifica dell'infarto non STEMI per pazienti deceduti In considerazione della rilevanza che la corretta codifica delle SDO assume anche nell'ambito delle valutazioni di esito. <p>In relazione alle segnalazioni di incongruenze da parte della Regione nella compilazione di SDO riferite a ricovero per parto, che riportano diagnosi non riferibili all'evento è indispensabile da parte della S. C. Ostetricia e Ginecologia maggiore accuratezza nella identificazione dei codici di Diagnosi principale e secondarie .</p>
Riduzione ricoveri programmati con procedure non eseguite (codice V) <i>Strutture Aziendali interessate:</i> SS.CC. Chirurgiche	<p>I ricoveri programmati con diagnosi di dimissione “<i>procedura non eseguita</i>” sono evidentemente numerosi e pertanto devono essere definite modalità atte ad escludere ricoveri evitabili.</p>
Assistenza pazienti stranieri non residenti <i>Strutture Aziendali interessate:</i> SC URP Attività ospedaliere e territoriali	<p>Per la rimborsabilità dei costi relativi a ricoveri di pazienti stranieri non residenti devono essere verificata la corretta attribuzione dell'onere e la congruenza tra l'onere indicato e la residenza dell'assistito secondo quanto regolamentato dalle specifiche tecniche regionali del debito informativo SDO.</p>

5.4 Gli obiettivi dell'Area Cure Primarie ed Attività distrettuali

In presenza di risorse decrescenti, nel corso del 2015 si continuerà a lavorare sull'integrazione ospedale-territorio per una governance “aziendale” che porti ad eliminare servizi e prestazioni sanitarie di dubbia efficacia e punti su percorsi d'integrazione tra le diverse strutture aziendali, nonché ad attuare una gestione unitaria di tutta l'offerta ambulatoriale ospedale e territorio, anche attraverso una logistica più funzionale alla produzione dei servizi, volta ad abbattere le liste di attesa.

I macro-obiettivi proposti dal Direttore del Dipartimento Cure primarie che impatteranno sull'attività di altre strutture e quindi dovranno essere declinati in obiettivi operativi da condividere con le stesse, riguardano:

- a) **la gestione dell'offerta ambulatoriale ospedaliera** identificando le prestazioni di 1° e 2° livello e attribuendo al direttore responsabile di ciascuna disciplina il governo clinico degli specialisti ambulatoriali
- b) **l'analisi ed elaborazione dei dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso** secondo criteri di appropriatezza, restituendo le informazioni a MMG e Distretti che

dovranno provvedere a formulare proposte ed interventi correttivi delle inapproprietezze

- c) **la definizione dei percorsi “interni” al Pronto Soccorso, dei percorsi di degenza e di diagnostica** per valutare la gestione dei posti letto e quindi del turn over
- d) **l’analisi degli indicatori relativi alle dimissioni protette sociosanitarie**
- e) **la ridefinizione del rapporto residenzialità/domiciliarità** attraverso nuove forme di gestione integrata sociosanitaria
- f) **l’accordo integrativo aziendale con la Medicina Generale ivi compreso le forme associative più avanzate (AFT) e l’apertura delle case della salute a sperimentazione che coinvolgano direttamente i MMG.**
- g) l’attuazione degli **obiettivi assegnati dal Piano Sociale integrato Regionale 2013-2015** (approvato con deliberazione n.18 del 6 agosto 2013) nel quadro di un percorso di riorganizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari che realizza l’integrazione sociosanitaria professionale all’interno dell’Unità distrettuale.

Le linee di Piano individuano nella redazione dei Piani di Distretto Sociosanitario lo strumento di programmazione integrata e condivisa sul territorio. Il PSIR il quale si articola in due tipi di azioni:

- *azioni di sistema* comprendenti in particolare gli assetti politico-istituzionali e gli assetti tecnico-organizzativi, il finanziamento dei servizi nonché le modalità operative e le azioni trasversali di supporto al funzionamento della rete integrata dei servizi per il conseguimento degli obiettivi di piano
- *azioni tematiche* sviluppate secondo una logica di trasversalità delle diverse risposte ai bisogni e pertanto articolate nelle seguenti aree: prevenzione e sviluppo di comunità, contrasto alla povertà e inclusione sociale, tutela dei minori delle vittime, delle persone con fragilità sociale, politiche per la non autosufficienza.

Peraltro anche tra gli **obiettivi dei DG delle ASL liguri** sono stati inseriti adempimenti propedeutici all’implementazione delle azioni di sistema del PSIR 2013-2015 ed all’operatività successiva. Per tali aspetti si rimanda al capitolo dedicato agli obiettivi del DG.

5.5 Gli obiettivi dell’Area dei Sistemi informativi aziendali

5.5.1 Area Sanitaria

- **Progetto Ricetta Dematerializzazione, completo di prescrizione, prenotazione, accettazione**

Nel corso del 2015 sarà avviato e completato il progetto nazionale Ricetta Dematerializzata, i cui obiettivi ed il relativo piano è stato formalizzato dalla Regione Liguria con DGR 1526 del 5 dicembre 2014.

Il progetto prosegue ed estende quanto avviato con l’introduzione della ricetta elettronica.

Il progetto coinvolge l'attività di prescrizione, sia farmaceutica che specialistica. Entro dicembre 2015 tutte le ricette dovranno essere "dematerializzate", il medico stamperà un promemoria in luogo della attuale ricetta rossa.

Entro giugno 2015 saranno adeguati i software per la gestione informatizzata delle prescrizioni. Le attività di prenotazione, accettazione, erogazione dovranno essere effettuate in tempo reale mediante l'utilizzo dei software di prenotazione/accettazione/refertazione. Il progetto ricetta dematerializzata prevede che sia trasmesso in tempo reale ai servizi centrali il cambio di stato della ricetta/prescrizione. Sarà quindi necessario implementare nuove funzionalità nei sistemi attualmente in uso, modificare alcuni processi e percorsi organizzativi delle strutture erogatrici delle prestazioni al fine di garantire la presa in carico delle ricette dematerializzate, l'accettazione ed erogazione in tempo reale.

- **Informatizzazione delle agende di 2° Livello**

Anche in considerazione dell'obiettivo ricetta dematerializzata, nel corso del 2015 dovrà essere inserita a CUP tutta l'offerta di specialistica per esterni dell'ASL5.

Il sistema di gestione agende, prenotazione ed accettazione sarà integrato con la ricetta dematerializzata. La gestione delle agende potrà essere effettuata in modalità esclusiva da parte della struttura erogatrice oppure messa in circolarità sul sistema sportello CUP, farmacie e Call Center.

- **Completamento informatizzazione prestazioni Intermedie**

L'attività di informatizzazione richieste e refertazioni prestazioni intermedie, sarà estesa ai restanti erogatori, al fine di consentire la puntuale gestione delle richieste da parte dei reparti richiedenti, la programmazione degli erogatori e la gestione dei referti in formato elettronico, nonché la consultazione.

- **Rispetto dei requisiti di qualità dei flussi informativi Regionali e Ministeriali**

Nel corso del 2015 saranno riviste le modalità di gestione dei flussi Regionali e Ministeriali, finalizzato a realizzare una qualità dei dati inviati che soddisfi i requisiti minimi richiesti. Saranno definite le azioni ed attività per correggere gli errori attualmente segnalati dalla Regione/Ministero che attualmente non vengono gestiti.

- **Revisione moduli privacy e raccolta consenso al trattamento dei dati**

La normativa sulla protezione dei dati personali ha definito negli ultimi anni alcune linee guida e raccomandazioni, nonché prescrizioni specifiche per il trattamento dei dati in ambito sanitario. La nostra ASL deve, nel più breve tempo possibile, dare applicazione alle prescrizioni emanate dalla recente normativa in materia nonché procedere ad una revisione delle funzionalità dei software. In particolare:

- a. gestione consenso costituzione Dossier Sanitario Elettronico (*attualmente siamo fuori legge*)
- b. gestione oscuramento
- c. gestione autorizzazioni accesso ai dati da parte degli operatori
- d. informativa per la trasmissione dei referti ai MMG/PLS

- **Informatizzazione sistema di controllo trasfusione – braccialetto e terminali lettura provette e sacche.**

Sarà avviata nella seconda metà del 2015 la sperimentazione per dotare i pazienti ricoverati di braccialetto con codice identificativo a barre. Saranno definite le modalità e l'organizzazione finalizzata alla verifica e controllo della provetta prelievo per la determinazione del gruppo e per il controllo trasfusione. Nel corso del 2015 sarà effettuata la sperimentazione nei reparti che maggiormente effettuano trasfusioni.

5.5.2 Area Amministrativa

- **Sistema Amministrativo Contabile**

Adeguamento alla fatturazione elettronica, aggiornamento del software per rispondere ai requisiti stabiliti dalla normativa in merito al Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), revisione processi ed organizzazione e gestione del ciclo autorizzativo fatture, completo di archiviazione e conservazione sostitutiva della documentazione.

- **Gestione armadietto di Reparto – inventario e giacenze in tempo reale**

Aggiornamento del sistema **gestione personale e pianta organica**.

Introduzione sistema **gestione documentale**, con particolare attenzione al sistema **Protocollo e Delibere** rispondente alle nuove normative in merito alla gestione ed archiviazione documentale, completo di funzionalità di firma digitale, workflow/flussi e gestione iter/procedimenti.

Attivazione sistema di **archiviazione e conservazione digitale** nel rispetto delle normative vigenti (attualmente siamo inadempienti)

5.6 Gli obiettivi dell'Area amministrativa

Relativamente all'area amministrativa, si propongono le seguenti progettualità:

- a) **definizione delle misure organizzative finalizzate all'attivazione della gestione della fattura elettronica obbligatoria nei confronti della PA a decorrere dal 01 aprile 2015**; l'ASL è chiamata ad adempiere nel modo migliore all'obbligo di gestione della fattura elettronica ed a cogliere questa opportunità per aumentare l'efficienza gestionale e amministrativa dell'ente, ottenendo così notevoli risparmi di spesa. Prima di richiedere l'accreditamento sul sito www.indicepa.gov.it dei singoli uffici per la ricezione delle fatture elettroniche, è però necessaria una profonda riorganizzazione della gestione contabile. In particolare bisogna capire come rendere più efficienti le fasi nelle quali le fatture elettroniche vengono ricevute, registrate, messe a disposizione degli uffici competenti, liquidate, pagate, censite ai fini del consolidamento dei conti pubblici nazionali e conservate. Il sistema informativo- contabile, nell'ottica della dematerializzazione dei documenti, deve tendere infatti ad eliminare la carta da qualunque fase, compresa la liquidazione da parte del funzionario responsabile.
- b) **implementazione delle procedure amministrative necessarie a rendere certificabile il bilancio (PAC)**; la DGR n.739 del 21.6.2013 ha approvato il Percorso regionale, recentemente aggiornato con la DGR 1608 del 17/12/2014, che dovrà portare le aziende sanitarie liguri alla certificazione dei loro bilanci secondo quanto convenuto con MEF e Ministero della Salute. Questo percorso (che vede la nostra azienda capofila per quanto riguarda l'area del Patrimonio Netto) porterà:
 - porterà una revisione completa di tutte le procedure amministrative – contabili al fine di renderle idonee alla certificazione dei bilanci
 - avrà evidenti conseguenze per tante strutture, anche a carattere sanitario, ma peserà soprattutto sul Dipartimento Amministrativo sia in termini di responsabilità del processo sia per quanto riguarda la revisione e scrittura delle nuove procedure
 - vedrà l'approvazione regionale ed aziendale delle prime procedure ed in particolare nell'Area Rimanenze, Immobilizzazioni e Patrimonio Netto.
- c) **censimento di tutti i contratti** in essere ed analisi/confronto prezzi d'acquisto con particolare riferimento agli acquisti dei dispositivi medici.

6. GLI OBIETTIVI REGIONALI 2015

La regione Liguria con la DGR 1408 dd 8/11/2013 "Anni 2013-2015. Indirizzi e direttive Aziende Sanitarie, IRCCS e erogatori pubblico o equiparati. Obiettivi Direttori Generali AA.SS.LL e IRCCS "AOU San Martino – IST" ha determinato gli obiettivi dei DD.GG delle ASL liguri precisando che il rispetto degli indirizzi e degli indicatori prefissati costituisce parametro per la valutazione del Direttore Generale. Nel corso del 2014 sono stati poi assegnati ulteriori obiettivi ai DG con DGR 878 dd 11/7/2014. E' pertanto possibile che anche gli obiettivi 2015 vengano successivamente specificati ed incrementati.

Nella tabella di seguito sono specificati gli obiettivi previsti per l'ASL5 per l'anno 2014 dalle delibere regionali e gli indicatori del Laboratorio MES Scuola Superiore S. Anna.

Sarà cura del Controllo di Gestione proporre i dovuti miglioramenti per il 2015

AZIONI	FORCHETTA 2014		sezione A	
Livello dei costi definito e notificato in data 28/02/2014 e in data 07/4/2014	356.640,00	354.340,00	50,00%	60%
LINEE DI INTERVENTO 1. Contenimento/Riduzione dei livelli di spesa procapite per assistenza protesica; 2. Allineamento dei tempi di esecuzione degli esami radiologici al livello regionale.			10,00%	
OBIETTIVI	sezione B			20% - 36
AREA GOVERNO AMMINISTRATIVO	indicatore	valore iniziale	valore atteso	4
Creazione di un unico laboratorio di Patologia Clinica nel territorio Asl	Laboratorio	0%	100%	
Operatività della piattaforma informatica per la gestione della Libera Professione di cui alla DGR 05/8/2013 (entro 31/12/2013)	Piattaforma operativa	0%	100%	
Adempimenti attuativi di cui all'art. 16, c.4-5, D.L. 98/2011 ai fini della destinazione alla contrattazione integrativa delle economie conseguite in esito ad azioni di razionalizzazione e riqualificazione della spesa, di riordino e ristrutturazione amministrativa, di semplificazione e digitalizzazione, di riduzione dei costi di funzionamento (c.d. "dividendo dell'efficienza")	Stipula degli accordi con OOSS per applicazione Dividendo	0%	31/12/2014	
Applicazione degli accordi integrativi aziendali con MMG e PLS stipulati a seguito di accordo con OO.SS su integrativo regionale sottoscritto il 03/7/2013, controfirm. 18/7/2013: invio al SAR di ricette elettroniche	% MMG e PLS che inviano	2013	100%	
AREA SOCIO SANITARIA	indicatore	valore iniziale	valore atteso	7
Ospedale di distretto: avvio, implementazione e/o consolidamento.	Atti documentali (con particolare attenzione al trasferimento delle risorse umane) e cronoprogramma	2013	>2013	
Implementazione approccio multidisciplinare alle cronicità. Recepimento DGR 518/2012 area assetti organizzativi con particolare riferimento a: percorsi formativi; alla individuazione delle responsabilità di coordinamento e alla formalizzazione di accordi tra ospedale e territorio.	Recepimento atti dirigenziali nell'atto aziendale	0%	100%	
Sottoscrizione di protocolli con i Comuni capofila di Distretto per la definizione di équipe integrate, come previsto dal Piano Sociale Integrato Regionale 2013-2014 approvato con DCR 18/2013	Protocolli	0%	100%	
Definizione équipe integrate sociosanitarie di Distretto attraverso l'individuazione di personale da destinare aree anziani/minori/disabili, come previsto dal Piano Sociale	Atto dirigenziale di individuazione del personale	0%	100%	

Integrato Regionale 2013-2014 approvato con DCR 18/2013				
Avvio del percorso metodologico e organizzativo (PSIR 2013-2015) propedeutico alla sperimentazione della Dote di Cura, partendo dall'identificazione dei potenziali utenti e della revisione (o definizione ex-novo) del PIA in modo integrato con il Distretto sociale	N. paz /PIA integrato	0/0%	>0/100%	
Rafforzamento integrazione socio sanitaria in materia di violenza sulle donne e sui minori. Adesione all'Osservatorio sulla violenza per la rilevazione del fenomeno.	Protocolli operativi territoriali e adesioni	0%	100% protocolli/100% adesioni	
Individuazione all'interno delle Strutture Ospedaliere (in particolare del P.S.) di un referente medico, un assistente sociale e/o psicologo per soggetti fragili	Individuazione referenti	0%	100%	
AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA/GOVERNO CLINICO	indicatore	valore iniziale	valore atteso	9
Consumo in regime di assistenza convenzionata di farmaci a brevetto scaduto in % sul totale delle ddd (x 1000 ab. Res. Die)	Incremento % cfr. 2013	69	+2.5%	
Consumo in regime di assistenza convenzionata di inibitori pompa protonica. (x 1000 ab. Res. Die)	riduzione	76,56	73	
Consumo in regime di assistenza convenzionata di sartani associati e non. (x 1000 ab. Res. Die)	riduzione	46	43	
Aderenza protocollo gestione integrata diabete come da DGR518/2012: un esame urine al semestre (2/anno) in soggetto che assumono antidibetici orali	%soggetti diabetici che effettuano 2 esami/anno urine	2013	25%	
Aderenza protocollo gestione integrata scompenso cardiocircolatorio come da DGR 518/2012 (terapia con beta bloccanti)	%soggetti con SCC in terapia beta bloccanti	2013	25%	
Aderenza protocollo gestione integrata scompenso cardiocircolatorio come da DGR 518/2012 (terapia con ACE inibitori e/o ARBs)	%soggetti con SCC in terapia ACE...	2013	25%	
Aderenza protocollo gestione integrata BPCO come da DGR 518/2012 (terapia con beta2 agonisti e/o steroidi inalatori)	%soggetti con SCC in terapia beta2,,,,	2013	25%	
Aderenza protocollo gestione integrata BPCO come da DGR 518/2012 (terapia con beta2 agonisti e/o steroidi inalatori che hanno effettuato spirometria)	%soggetti con SCC in terapia beta2,,,,	2013	25%	
Riorganizzazione Rete Ospedaliera Psichiatrica secondo le indicazioni regionali	atti documentali	0%	100%	
AREA ACCREDITAMENTO	indicatore	valore iniziale	valore atteso	2
Rinnovo accreditamenti istituzionali con requisiti regionali aggiornati	Rinnovi	0	100%	
Accreditamento da riorganizzazione dei servizi trasfusionali in relazione all'attivazione di quello metropolitano	136 requisiti	0	100%	
AREA PREVENZIONE E SCREENING	indicatore	valore iniziale	valore atteso	2
Incremento delle coperture vaccinali per influenza nei soggetti >65 anni	%soggetti vaccinati	2013	80%	
Incremento delle coperture vaccinali per MPR per dose entro i due anni di età	%soggetti vaccinati	2013	95%	
Attuazione DGR 397/2010 e DGR 543/2013 in materia di formazione degli operatori incaricati dello svolgimento di funzioni inerenti al REACH/CLP	Operatori formati	n. operatori formati nel 2013	conferma numero previsto nel 2013	
AREA SANITA' PENITENZIARIA	indicatore	valore iniziale	valore atteso	1
Definizione e adozione del Programma aziendale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale (annuale), ex DGR 193/2014.	Atti documentali e date di decorrenza	0	100%	
AREA SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' ANIMALE	indicatore	valore iniziale	valore atteso	4
Corretta e completa rendicontazione flussi informativi previsti con DGR 1606/2011	Valutazione qualità e rispetto scadenze invio flussi	2013	95% flussi Lea 2013; punteggio totale <2; almeno 85%	

			altri flussi con punteggio fra 0 e 4	
Attuazione DGR 397/2010 e DGR 543/2013 in materia di formazione degli operatori incaricati dello svolgimento di funzioni inerenti al REACH/CLP	Operatori formati	n. operatori formati nel 2013	conferma numero previsto nel 2013	
Realizzazione ed attuazione dei piani di azione a seguito di audit regionale in conformità a quanto previsto da DGR 136/2013	Atto documentale	0	100% nei tempi e nei modi disposti dai rapporti ufficiali di audit rilasciati da Regione Liguria	
Attuazione del processo di autovalutazione in conformità alle "Linee guida..." come previsto da DGR 1588/2013	Documento di adempimento	0	100% nei tempi e nei modi disposti da DGR 1588/2013	
AREA SVILUPPO INFORMATICA E AGENDA DIGITALE	indicatore	valore iniziale	valore atteso	5
Completezza dei flussi informativi LEA (qualità e quantità): analitici e aggregati dei modelli gestionali anno 2014	Criteri definiti dal Comitato permanente per la verifica erogazione LEA	0	% completezza e qualità tutti i flussi	
Dematerializzazione della ricetta (prescrizione prenotazione ed erogazione)	Adeguamento di tutti i sw di prescrizione prenotazione ed erogazione	0	100% dei sw	
Miglioramento della qualità flussi art.50 verso MEF	Segnalazioni mensili di anomalie da parte MEF	0	q.tà e completezza dati autorizzazione 2014 e completezza dati erogazione 2014	
Avviamento del progetto di creazione della nuova banca dati anagrafica delle strutture sociosanitarie per il censimento dei posti autorizzati, accreditati e convenzionati con l'azienda sanitaria.	Inserimento dati secondo procedure	dati forniti dall'azienda su foglio elettronico	>2013	
Adempimento Debito informativo regionale Assistenza Disabili	Invio flussi	invio di dati di autorizzazione 2013	>2013	
AREA RICERCA / SPERIMENTAZIONI CLINICHE (COMITATO ETICO) - SPERIMENTAZIONI GESTIONALI	indicatore	valore iniziale	valore atteso	1
Definizione dei contratti economici relativi agli studi (D.M. 08.02.2013)	Tempistica: Entro 3 gg dall'espressione del parere del Comitato Etico	0	100%	
AREA ECONOMICO-GESTIONALE	indicatore	valore iniziale	valore atteso	1
Garantire il rispetto del Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) secondo quanto definito nel piano approvato con DGR 739 del 21/6/2013	Relazione annuale sullo stato di avanzamento	0	100%	

ASL5	OBIETTIVI MES					
codice indicatore	descrizione indicatore	valore asl 2012	valore asl 2013*	valore network 2013	valore medio regionale 2013	Obiettivo 2014
SCREENING (12)						
B5	Estensione ed adesione allo screening	0,19	0,43	3,317	1,23	
B5.1	Screening Mammografico					
B5.1.1	Estensione grezza dello screening mammografico	3,14	43,13	99,69	94,84	72
B5.1.2	Adesione grezza dello screening mammografico	40,00	55,47	71,02	51,77	67
B5.2	Screening cervice uterina					
B5.2.1	Estensione grezza dello screening della cervice uterina	0,00	0,00	98,54	51,35	65
B5.2.2	Adesione grezza dello screening cervice uterina	0,00	0,00	58,21	20,31	40
B5.3	Screening coloretale					
B5.3.1	Estensione grezza dello screening coloretale	29,36	57,98	94,95	78,05	75
B5.3.2	Adesione grezza dello screening coloretale	4,70	25,55	52,48	30,85	40
B7	Copertura vaccinale					
B7.1	Copertura per vaccino MPR	90,16	90,41	85,97	88,88	90
B7.3	Copertura per vaccino papilloma virus (HPV)	71,20	82,76	73,29	70,11	71
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	27,68	10,55	14,89	25,66	33
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	90,16	88,63	91,35	85,55	92
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	94,55	94,67	92,95	93,66	94
VALUTAZIONE SANITARIA (C)						
C1	Capacità di governo della domanda					
C1.1	<i>Tasso ospedalizzazione per 1.000 residenti std età e sesso</i>	168,13	169,01	145,29	167,98	162
C1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti std età e sesso	110,35	114,14	102,5	110,3	107
C1.1.2	<i>Tasso ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti std età e sesso</i>	49,95	46,3	33,315	47,54	45
C1.1.2.1	Tasso ospedalizzazione DH medico acuti per 1.000 residenti std età e sesso	14,64	12,54	10,44	18,32	12
C1.1.2.2	<i>Tasso ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti std età e sesso</i>	27,48	25,44	19,373	21,55	23
C1.1.3	<i>Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti std età e sesso</i>	7,76	8,57	6,011	10,13	7,4
C2a	Indice di performance degenza media per acuti	-0,73	-0,81	-0,35	0,32	-0,5
C3	Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati (Patto per la Salute 2010)	0,91	0,9	0,85	1,12	1
C14	Appropriatezza medica		3,11	2,441	0,91	

C4.8	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti (Patto per la Salute 2010)	281,97	252,5	203,2	333,81	230
C14.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (Patto per la Salute 2010)	9,54	4,01	17,92	46,66	46
C14.2.2	% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica - pediatrici	92,68	92,86	/	95,49	92
C14.3	% ricoveri ordinari medici brevi (Patto per la Salute 2010)	15,80	14,75	15,8	20,17	15,5
C14.3.2	% ricoveri ordinari medici brevi - pediatrici	18,18	13,04	/	31,91	18
C14.4	% ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni (Patto per la Salute 2010)	1,71	2,18	3,89	5,12	1,7
C4	Appropriatezza Chirurgica					
C4.1	% Drg medici da reparti chirurgici (Patto per la Salute 2010)	18,40	15,79	15,79	18,29	16
C4.1.1	% Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	26,52	21,52	16,19	19,83	18
C4.1.2	% Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital	5,46	4,75	12,35	18,42	6
C4.4	% colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	38,14	60,17	18,93	31,46	38
C4.7	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)	79,05	80,87	58,42	65,6	79
C5	Qualità clinica					
C5.1	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni	5,07	4,73	4,97	5,06	4,5
C5.2	% fratture femore operate entro 2 gg (Patto per la Salute 2010)	45,57	46,29	63,07	43,34	55
C5.3	% prostatectomie transuretrali	50,55	52,04	78,87	74,97	78
C5.8	% ventilazioni meccaniche non invasive	60,49	54,74	38,27	36,55	60
C5.10	% resezioni programmate al colon in laparoscopia	80,49	80,41	35,52	54,88	80
C5.11	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	93,1	100	82,93	67,25	93
C5.12	% fratture femore operate sulle fratture diagnosticate	93,98	95,42	92,647	89,5	93
C7	Materno-Infantile					
C7.1	% cesarei depurati (NTSV)	39,14	40,78	21,8	31,92	32
C7.2	% parti indotti	19,07	23,01	23,04	16,18	13,5
C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	38,86	33,04	25,72	25,95	29
C8a	Integrazione ospedale-territorio					
C8b.2	% ricoveri con degenza >30 gg per 1000 residenti	0,61	0,78	1,17	1,15	0,6
C8a.2	% ricoveri ripetuti entro 31-180 giorni	6,45	6,59	7,4	6,91	6,3
C8a.3	Tasso concepimenti minorenni per 1.000 donne residenti (12-17 anni)	3,85		/	6,24	3,8
C11a.4.1	Tasso ospedalizzazione polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)	104,79	124,04	105,57	116,86	100
C8a.19	Pediatria di base					
C8a.19.1	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	133,62	59,9	23,85	141,84	100

C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	211,91	124,01	94,12	91,46	128
C11a	Efficacia assistenziale delle patologie croniche					
C11a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	174,65	136,74	223,96	213,49	175
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)	31,50	34,31	29,78	34,2	30
C11a.2.4	Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti	68,10	83,89	66,44	72,73	50
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	52,11	47,93	57,5	74	52
C13a	Appropriatezza prescrittiva diagnostica					
C13.1	Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti std età e sesso	3341,61	3303,12	3740,113	3996,43	3340
C13.2.1	Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso	50,22	50,2	54,639	52,35	45
C13.2.2	Tasso di prestazioni RMN per 1.000 residenti std età e sesso	77,01	74,78	75,464	87,23	77
C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RMN muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	28,76	24,8	24,67	32,24	25
C13.2.3	Tasso di prestazioni Ecocolordoppler per 1.000 residenti std età e sesso	79,86	82,9	80,661	80,52	72
C13.2.4	Tasso di prestazioni Ecografia grezzo per 1.000 residenti	202,09	179,27	188,153	208,04	200
C13.2.5	Tasso di prestazioni Rx tradizionale grezzo per 1.000 residenti	501,11	436,6	267,324	511,58	500
C15	Salute mentale					
C8a.13	% ricoveri ripetuti entro 30 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni	7,97	5,83	5,67	6,83	8
C8a.13.1	% ricoveri ripetuti entro 1 anno di pazienti psichiatrici maggiorenni, corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione regionale	18,94	16,58	14,436	28,71	18
C8a.13.2	% ricoveri ripetuti entro 7 giorni di pazienti psichiatrici maggiorenni, per azienda di erogazione	3,10	2,41	2,707	2,71	3
C8a.5	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	464,97	428,41	318,13	561,92	460
C8a.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni	172,18	137,41	90,335	241	170
C16	Pronto Soccorso					
C16.1	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	89,78	86,98	83,78	76,88	90
C16.2	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	77,97	77,18	75	70,29	78,5
C16.3	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	89,82	88,88	87,51	85,23	90
C16.4	% pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza <=8h***	97,89	97,36	97,62	95,18	98

VALUTAZIONE ESTERNA (D)						
D8	Soddisfazione dei pazienti					
D9	% abbandoni dal Pronto Soccorso	8,11	6,42	3,12	5,06	5,3
D18	% dimissioni volontarie	2,93	1,44	0,71	1,27	1,9
F15	Sicurezza sul lavoro		2,99	2,534	2,4	
F15.2	Copertura del territorio		2,4	2,531	2,22	
F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	7,54	7,65	7,75	5,76	7
F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni	12,06	18,79	32,17	29,69	19
F15.2.3	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati	22,33	21,41	15,27	15,81	22
F15.3	Efficienza produttiva					
F15.3.1	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL	87,22	88,11	54,33	57,24	85
F15.3.2	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL	117,56	101,56	79,05	76,74	110

7. CONCLUSIONI

I macro-obiettivi proposti per l'anno 2015 dai responsabili delle principali aree strategiche aziendali soprariportati, analizzati ed approvati dal comitato di budget, unitamente agli obiettivi previsti dalla programmazione regionale per l'ASL5 per lo stesso anno 2015 e alle azioni correlate alle risultanze del Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, elaborato dall'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, insieme alle considerazioni proposte dal Collegio di Direzione e dal Nucleo di Valutazione Aziendale, costituiranno, il punto di riferimento per la formulazione degli obiettivi operativi da declinare, a ciascuna Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale, nell'ambito del processo di budget su base dipartimentale.

La formalizzazione definitiva degli obiettivi strategici avverrà attraverso l'aggiornamento, per il 2015, del Piano Triennale della Performance, con la relativa pubblicazione sul sito web aziendale.