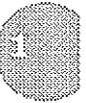


ALLEGATO N. 1 ALLA DELIBERAZIONE N. 796 DEL 14 OTTOBRE 2021



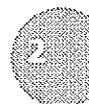
Sistema Sanitario Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria Ligure 5
LA SPEZIA



PIANO PERFORMANCE
2020 – 2022
AGGIORNAMENTO ANNUALE 2021

INDICE

| | | |
|--|---------|---------|
| Introduzione: il Piano della Performance | | pag. 3 |
| 1. La presentazione dell’Azienda Sociosanitaria Ligure n. 5 | | pag. 5 |
| 1.1. L’Azienda Sociosanitaria ASL 5: contesto interno e esterno | | pag. 5 |
| 1.2. Principali attività: servizi diretti e convenzionati | | pag. 10 |
| 1.3. L’organizzazione | | pag. 14 |
| 1.4. Le risorse umane | | pag. 17 |
| 2. La pianificazione triennale | | pag. 20 |
| 2.1. La programmazione regionale anno 2020 | pag. 20 | |
| 2.2. Gli obiettivi strategici aziendali | | pag. 22 |
| 2.3. Il Piano Straordinario Aziendale quinquennale | | pag. 22 |
| 2.4. Il Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa | | pag. 23 |
| 3. La programmazione annuale | | pag. 28 |
| 3.1. Il processo di budget: la performance organizzativa | | pag. 28 |
| 3.2. Il processo di budget 2020 e i relativi obiettivi | | pag. 30 |
| 3.3. Il processo di budget 2021 e i relativi obiettivi | | pag. 43 |
| 3.4. Dalla performance organizzativa alla performance individuale | | pag. 58 |
| 4. Il Programma Regionale Restart Sanità | | |
| 4.1. “Risposta al fabbisogno sanitario: domanda, criticità e principali azioni nel breve-medio periodo (2021/2022) | | pag. 58 |



Introduzione: il Piano della Performance

Il Piano della Performance, è un documento programmatico triennale, con la cui adozione, ai sensi dell'articolo 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i., vengono individuati gli obiettivi strategici ed i risultati attesi per la gestione aziendale nel medio-lungo periodo.

Il Piano oltre ad individuare gli indirizzi ed obiettivi strategici dell'Azienda permette di definire, nella mappatura dell'albero della performance, gli indicatori collegati agli obiettivi operativi per la misurazione e la valutazione della performance su base annuale.

L'aggiornamento e la rendicontazione di tali indicatori sono esposti nella Relazione sulla Performance presentata dalla Direzione Aziendale entro il 30 giugno di ogni anno, in adempimento a quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett b) del Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009, con riferimento ai risultati dell'anno precedente.

Il Piano della Performance, strettamente correlato con la programmazione regionale, si integra con gli altri strumenti aziendali della Pianificazione e Programmazione: Piano della Sicurezza, Piano del Rischio Clinico, Piano della Qualità, Piano degli investimenti, Piano della formazione e specificamente con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, le cui misure rientrano tra gli obiettivi strategici aziendali.

L'Azienda ha adottato il Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione (PTPCT) 2021-2023 con deliberazione del Direttore Generale n. 282 del 31.3.2021 ed è pubblicato nella sezione Anticorruzione dell'area Amministrazione Trasparente del sito aziendale www.asl5.liguria.it.

Il Piano della Performance è oggetto di aggiornamento annuale.

Attraverso l'adozione del Piano risulta possibile :

- Valorizzare, in linea con la strategia regionale, la dimensione strategica dell'Azienda Socio Sanitaria;
- Individuare gli indirizzi prioritari che la Direzione intende attuare nel medio lungo periodo ed i risultati attesi, orientando le scelte di programmazione di breve periodo;
- Definire le modalità per la traduzione delle strategie in azioni e risultati operativi (obiettivi di budget annuali) ;
- Determinare le relazioni con il contesto ambientale ed il sistema degli interlocutori sociali di riferimento rilevanti per le finalità aziendali, che possano influenzare le capacità di conseguire i risultati;
- Assicurare una maggiore integrazione fra le articolazioni organizzative aziendali e una comune tensione verso gli obiettivi strategici pluriennali;
- Avviare in Azienda il ciclo di gestione della performance con l'obiettivo di definire la performance aziendale, misurarla e renderne possibile la valutazione;
- Garantire, attraverso adeguate modalità e strumenti di comunicazione, chiarezza e trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance e consentire una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholders, al fine di realizzare una maggiore interazione tra la Azienda e gli stessi.

In applicazione del D.Lgs. n. 33 del 14.3.2013, art. 10, c. 8, lett. b), il Piano della Performance ed i documenti relativi al ciclo della performance sono pubblicati in apposita sezione Performance dell'area Amministrazione Trasparente del sopracitato sito aziendale.

Il presente nuovo piano triennale 2020-2022 tiene conto degli indirizzi e delle disposizioni contenute nella riforma operata con il D.Lgs. n. 74 del 2017 che ha integrato e modificato il D.Lgs. 150/2009 e delle Linee guida per il Sistema di misurazione e valutazione della performance emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica con particolare riferimento alle Linee guida per il Piano della performance n. 1 del giugno 2017 e Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale n. 5 del dicembre 2019 emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nell'aggiornamento sono altresì considerati:

1. il Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017-2019, che è stato approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 21 del 5 dicembre 2017;
2. la deliberazione della Giunta Regionale n. 1 del 10/1/2020 riguardante "Indirizzi operativi per le attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2020";
3. la direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 2 del 26/6/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e favorire il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche" con riferimento alla rilevanza del principio di pari opportunità quale ambito di misurazione e valutazione della performance organizzativa della amministrazioni pubbliche;
4. la deliberazione del Direttore Generale dell'A.S.L. n. 5 n. 969 del 31 ottobre 2017 che approva la proposta di nuovo atto di autonomia aziendale e di P.O.A. – processo organizzativo aziendale con relativo organigramma, ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 7/2017 e n. 499/2017 che deve essere approvato dall'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa), che ristrutturava l'organizzazione aziendale e le relative funzioni con rilevanti cambiamenti nelle configurazioni dipartimentali.
5. la deliberazione del Direttore Generale n. 449 del 31/5/2018 "Rimodulazione dell'Atto di autonomia aziendale e del P.O.A. – processo organizzativo aziendale con relativo organigramma ai sensi della D.G.R. n. 7/2017 e n. 449/2017, adottato con deliberazione del DG n. 969 del 31/10/2017";
6. n. 668 del 16/8/2018 "Presa d'atto della deliberazione di Giunta Regionale n. 549 del 13/7/2018 ad oggetto "Atto di autonomia aziendale della ASL n. 5. Provvedimenti conseguenti. Procedure attuative."
7. la deliberazione del Direttore Generale n. 787 dell'11/10/2018 "Attuazione del nuovo Atto di autonomia aziendale: conferma della titolarità del nuovo Atto aziendale delle SSCC già esistenti nella precedente organizzazione. Ricognizione delle SSCC di nuova istituzione e provvedimenti in ordine alla temporanea responsabilità delle attività assegnate alle Strutture in corso di attivazione, nonché alle Strutture Semplici (Dipartimentali e non)";
8. la deliberazione del Direttore Generale n. 1028 del 28/12/2018 "Attuazione del nuovo atto di autonomia aziendale. Attribuzione degli incarichi di Direzione delle Strutture Semplici Dipartimentali.
9. la deliberazione del Direttore Generale n. 73 del 5/2/2019 "Attuazione del nuovo Atto di autonomia aziendale: provvedimenti temporanei in ordine all'affidamento e alla graduazione delle funzioni dirigenziali"

Piano Performance 2020-2022

10. la deliberazione del Direttore Generale n. 167 dell'8/3/2019 "Atto di Autonomia Aziendale. recepimento dell'avvenuta transizione ai nuovi assetti organizzativi e integrazioni al testo adottato con Deliberazione n. 449 del 31/5/2018".

Non è stato ancora approvato il Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2020-2022 ed Alisa non ha ancora deliberato gli indirizzi operativi alle aziende sanitarie liguri per l'anno 2021.

L'Azienda adotta il presente Piano per dotarsi dello strumento della pianificazione strategica e in adempimento della nota circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica DFP-0079054-P-18/12/2019 che ricorda che il Piano della Performance deve essere adottato e pubblicato entro il 31 gennaio e deve prevedere una valutazione di adeguatezza del Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance.

L'Azienda procede quindi alla propria pianificazione triennale adottando il presente piano, sulla base degli indirizzi regionali già presenti e sulle azioni aziendali già pianificate ma si riserva di fare un aggiornamento successivo all'adozione del presente Piano sulla base del Piano Socio Sanitario Regionale 2020 – 2022 che sarà adottato dalla Regione Liguria e sulla base degli indirizzi operativi annuali dell'Agenzia Sanitaria Regionale (A.Li.Sa.) che devono essere ancora formalmente adottati con apposita delibera.



1. La presentazione dell'Azienda Sociosanitaria Ligure n. 5

1.1. L'Azienda Sociosanitaria ASL5: contesto interno e esterno

L'Azienda Sociosanitaria Locale n. 5 è stata costituita con Legge Regionale 10 maggio 1993, n. 20, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.Lgs. n. 229/99, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; l'Azienda opera sul territorio della provincia della Spezia.

La sede legale è fissata alla Spezia, in Via Fazio n. 30.

L'Azienda provvede ad erogare, direttamente o tramite soggetti pubblici e privati accreditati:

- prestazioni e servizi previsti dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria) nelle forme dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera;
- prestazioni sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- servizi di emergenza sanitaria sul territorio.

L'Azienda si articola in:

- Presidio Ospedaliero
- Distretti Sanitari
- Area Dipartimentale di Prevenzione
- Area Dipartimentale di Salute Mentale e Dipendenze
- Area tecnico-amministrativa
- Staff

Il Presidio Ospedaliero è denominato Presidio Ospedaliero del Levante Ligure ed è suddiviso nei seguenti stabilimenti ospedalieri :

- "Sant'Andrea", Via Vittorio Veneto 197 - La Spezia - Tel. 0187 5331
- "San Bartolomeo", Via Cisa loc. Santa Caterina - Sarzana (SP) - Tel. 0187 6041

Piano Performance 2020-2022

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
S.C. Pianificazione, Qualità e Accreditamento, Formazione

e nel presidio sanitario "San Nicolò" di Levanto, Via N.S. della Guardia - Levanto (SP) Tel. 0187 5331.

Al Presidio Ospedaliero è preposto il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero.

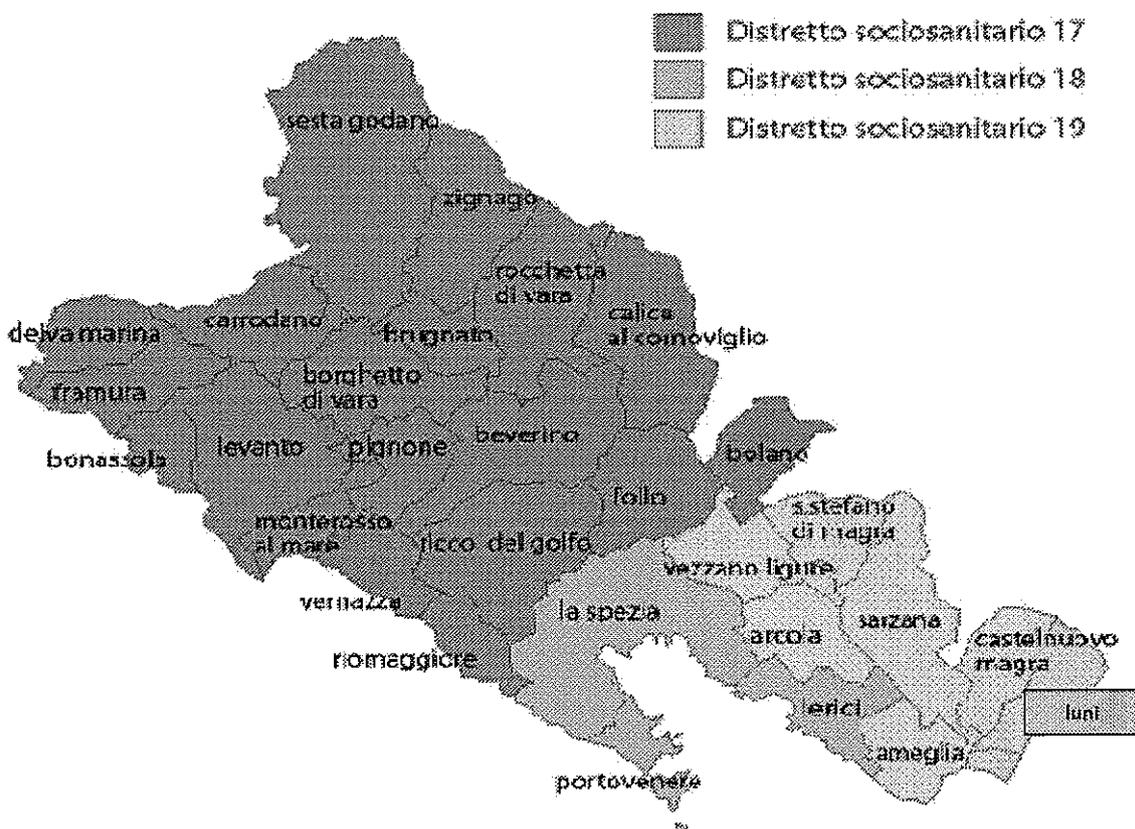
La realtà del territorio è articolata in tre distretti:

- Distretto 17 (Val di Vara e Riviera)
- Distretto 18 (Del Golfo)
- Distretto 19 (Val di Magra)

organizzati nel Dipartimento delle Cure Primarie.

L'articolazione dei tre distretti dell'ASL 5 è la seguente:

- Distretto sociosanitario 17 "Riviera e Val di Vara" comprendente i Comuni di: Levanto, Beverino, Bolano, Bonassola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice al Cornoviglio, Carrodano, Deiva Marina, Follo, Framura, Monterosso, Pignone, Riccò del Golfo, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Sesta Godano, Vernazza, Zignago.
- Distretto sociosanitario 18 "Del Golfo" comprendente i Comuni di: La Spezia, Lerici, Portovenere.
- Distretto sociosanitario 19 "Val di Magra" comprendente i Comuni di: Sarzana, Castelnuovo Magra, Ameglia, Arcola, S. Stefano Magra, Luni, Vezzano Ligure.



L'Azienda Sociosanitaria Locale è un'Azienda finalizzata a dare risposta ai bisogni di salute della popolazione e garantisce le prestazioni di promozione e tutela della salute del cittadino e della comunità locale, assicurando la disponibilità e l'accesso a una rete integrata di servizi sanitari, che coinvolge le differenti articolazioni sociali e istituzionali. ASL 5 profonde il suo impegno e le proprie risorse in tutti i settori della medicina, utilizzando le conoscenze più avanzate.

In particolare l'Azienda svolge una funzione di governo complessivo dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, assicurando, attraverso l'erogazione diretta di prestazioni e servizi e la committenza verso soggetti accreditati pubblici e privati, una modulazione dell'offerta, in termini di quantità e tipologia, coerente rispetto ai bisogni di salute ed alla domanda espressi dalla popolazione e previsti dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria) nelle forme della prevenzione, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera.

L'Azienda, inoltre, provvede all'integrazione della risposta sanitaria e sociosanitaria con l'offerta socioassistenziale assicurata dai Comuni.

L'Azienda, nel perseguire l'economicità ed efficienza produttiva, garantisce condizioni di effettiva equità nell'accesso per tutti i cittadini, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate, sia direttamente che indirettamente.

L'Azienda opera in un contesto interno ed esterno che sono elementi contingenti e determinanti per pianificare le sue azioni nel medio e lungo periodo.

L'analisi del contesto è il processo per determinare i fattori interni ed esterni rilevanti che possano influenzare il conseguimento dei risultati attesi, processo propedeutico, anche attraverso la analisi delle aspettative degli interlocutori sociali, alla formulazione degli indirizzi strategici aziendali.

Il processo è finalizzato a:

1. individuare le relazioni tra la Azienda ed il contesto esterno di riferimento ;
2. determinare le parti interessate rilevanti nella attuazione delle strategie;
3. valutare punti di forza e punti di debolezza dell'Azienda e vincoli e opportunità dell'ambiente esterno; in rapporto alle strategie da realizzare.

L'Azienda Sociosanitaria Locale 5 opera in un contesto esterno costituito da un territorio in larga parte coincidente con quello della Provincia della Spezia (tre comuni dell'alta Val di Vara – Varese, Carro e Maissana – sono ricompresi nel territorio della ASL 4 chiavarese) con una popolazione complessiva di 219.556 residenti, distribuiti in 29 comuni e 3 distretti socio sanitari.

La distribuzione per età della popolazione residente è la seguente:

| | Maschi | Femmine | Popolazione | Percentuale sul totale |
|-----------------------|---------|---------|-------------|------------------------|
| Residenti 0 – 14 anni | 12.820 | 12.040 | 24.860 | 11,4 |
| Residenti 15- 64 anni | 67.377 | 67.084 | 134.461 | 61,2 |
| Residenti ≥ 65 anni | 25.763 | 34.472 | 60.235 | 27,4 |
| Totale Residenti | 105.960 | 113.596 | 219.556 | 100 |

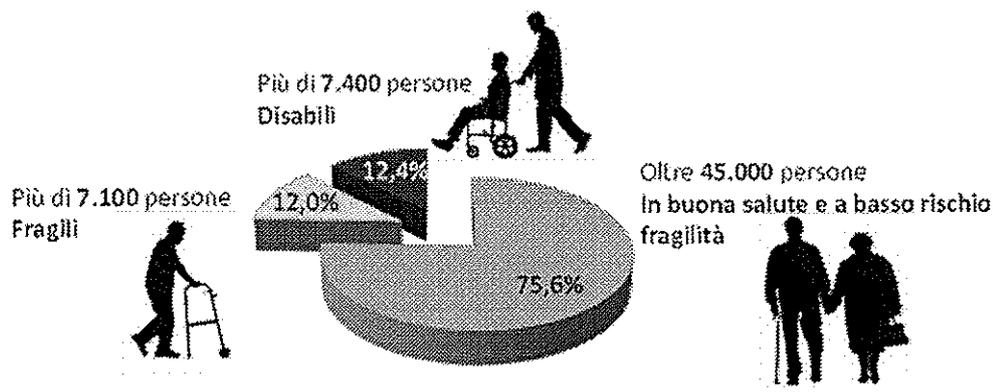
Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2019 - <http://www.demo.istat.it/>

Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione spezzina è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani: in ASL 5 al 1° gennaio 2019 erano presenti 60.235 persone con 65 anni e più, pari al 27,4% della popolazione, mentre l'indice di invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni era pari a 2,42; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi erano ben 242 anziani.

Considerato che la popolazione anziana non è un gruppo omogeneo dal punto di vista dei bisogni socio-assistenziali, è importante distinguere sottoinsiemi di persone ultra 64enni verso cui rivolgere azioni differenti per promuovere e mantenere la salute, prevenire problemi e assistere chi è già malato o in difficoltà l'indagine.

Valutando l'autonomia nelle attività di base (le cosiddette ADL Activities of Daily Living) e in quelle strumentali della vita quotidiana (IADL Instrumental Activities of Daily Living), l'indagine PASSI d'Argento 2016-18 ha permesso di distinguere tre gruppi di persone con caratteristiche e bisogni molto diversi tra loro e di stimare il loro ammontare:

- circa 3 anziani su 4, pari a oltre 45.000 persone, sono in buona salute o a basso rischio di fragilità e disabilità;
- oltre 7.400 persone presentano invece segni di fragilità* e sono a rischio di scivolare nella disabilità;
- altrettante 7.400 sono invece persone non autosufficienti** e con varie tipologie di disabilità.



* Non autonomi in almeno 2 IADL ma ancora autonomi in tutte le ADL

** Non autonomi in almeno 1 ADL

Fonte: Passi d'Argento 2016-18 – ASL 5

Un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino è la presenza straniera: al 1° gennaio 2019 risultavano 20.499 residenti stranieri, pari al 9,5% circa della popolazione totale, un ammontare e una percentuale in costante aumento da più di 15 anni (Fonte: ISTAT Popolazione straniera residente al 1° gennaio 2019 - <http://www.demo.istat.it>).

Per quanto riguarda i paesi di provenienza, la Romania si colloca al primo posto (22% circa degli stranieri), seguita da Repubblica Dominicana (15%), Albania e (14%) e Marocco (12%).

Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la nostra provincia erano pari a 14.043 persone il 1° gennaio 2019, di questi 4.673 titolari di permesso con scadenza e i rimanenti 9.370 titolari di permesso a lunga scadenza (ultimo dato ufficiale Fonte: ISTAT - Cittadini non comunitari regolarmente presenti in Italia <http://dati.istat.it/Index.aspx>).

L'analisi del contesto interno è condotta principalmente in relazione a :

- 1) il modello organizzativo
- 2) le risorse umane
- 3) le risorse strutturali e tecnologiche
- 4) le risorse economico-finanziarie

Piano Performance 2020-2022

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
S.C. Pianificazione, Qualità e Accreditamento, Formazione

- 5) il fattore ambientale
- 6) il fattore sociale
- 7) il fattore culturale

Il Servizio Sanitario Regionale, negli ultimi anni, è stato caratterizzato da un contesto di difficoltà generalizzato legato, a livello nazionale, alla grave crisi economica ed alla diminuzione delle risorse assegnate alla Regione – e di conseguenza anche alla ASL 5 e dall'introduzione di rilevanti novità normative.

In questo quadro di riferimento l'Azienda ha proseguito negli anni gli interventi organizzativi e strutturali finalizzati ad una significativa innovazione del modello di offerta dei servizi, con l'obiettivo di realizzare un quadro operativo nuovo sul Territorio, con soluzioni integrate tra quest'ultimo ed il Presidio Ospedaliero e di avviare un nuovo modello di assistenza in cui inserire il nuovo ospedale che andrà a caratterizzare nel futuro in modo significativo l'offerta di salute nel territorio della Provincia della Spezia.

La ASL 5 ha quindi da tempo avviato un significativo progetto di riorganizzazione dell'azienda e sviluppato azioni nel medio-lungo periodo collegate alla realizzazione operativa di un nuovo modello di assistenza e di offerta dei servizi che assicuri la centralità del territorio, sede di presa in carico dei problemi sociosanitari del cittadino e di gestione dei percorsi, e riorganizzi le attività ospedaliere attorno all'area delle acuzie-emergenze-urgenze, riequilibrando il rapporto ospedale-territorio.

L'attività dell'ASL è stata orientata specificamente a :

- riorganizzazione della rete ospedaliera e sua riqualificazione superando gradualmente l'organizzazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;
- caratterizzazione della identità dei due stabilimenti ospedalieri: alta-media complessità per lo stabilimento Sant'Andrea e media-bassa complessità + sviluppo day surgery nell'area chirurgica per lo stabilimento San Bartolomeo;
- consolidamento e potenziamento del territorio attraverso la creazione di Distretti forti, la implementazione dei servizi territoriali e la massimizzazione della integrazione tra sociale e sociosanitario;
- sviluppo della residenzialità e della domiciliarietà in una logica di continuità delle cure tra ospedale e territorio;
- integrazione funzionale tra i Distretti ed i dipartimenti di Prevenzione e di Salute mentale / SERT ;
- elaborazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle principali patologie croniche per la presa in carico territoriale dei pazienti diabetici, scompensati, broncopneumopatici e delle principali patologie tumorali;
- sviluppo della nuova organizzazione dipartimentale perseguendo un modello che garantisca una forte integrazione dell'ospedale con il territorio, con particolare riguardo alle attività collegate alla continuità assistenziale.

Il disegno organizzativo diretto a rafforzare il territorio è stato inoltre accompagnato da una rilettura della mappa delle sedi erogative, di un riequilibrio territoriale e di un miglioramento del livello dei servizi offerti; sono state realizzate le Case della Salute, alla Spezia e a Sarzana, come poli territoriali dedicati all'erogazione integrata di tutti i servizi distrettuali con particolare riferimento alla specialistica ambulatoriale.



1.2. Principali attività: servizi diretti e convenzionati

| Stabilimento S. Andrea La Spezia | | Dicembre 2019 | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| Unità operativa | | p.letto degenza ordinaria | di cui a pagamento | p.letto day-hospital | p.letto day-surgery |
| 0909 | SC CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA' | 17 | 1 | | 1 |
| 1202 | CHIRURGIA PLASTICA | 1 | | | 1 |
| 1302 | SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE | 1 | | | |
| 1401 | SC CHIRURGIA VASCOLARE | 7 | | | 1 |
| 2401 | SC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI | 15 | | 2 | |
| 2605 | SC MEDICINA INTERNA I | 41 | | 1 | |
| 2901 | SC NEFROLOGIA E DIALISI | 8 | | 1 | |
| 3101 | SSD NEONATOLOGIA | 14 | | | |
| 3201 | SC NEUROLOGIA | 27 | 1 | 1 | |
| 3501 | SC ODONTOIATRIA | | | | 2 |
| 3603 | SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 37 | | | |
| 3701 | SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (OSTETRICIA) | 15 | 4 | 1 | 1 |
| 3703 | GINECOLOGIA | 4 | | | 1 |
| 3801 | SC OTORINOLARINGOIATRIA | 6 | 1 | | 2 |
| 3901 | SC PEDIATRIA | 6 | 1 | 1 | |
| 3902 | PEDIATRIA INFETTIVI | 3 | | | |
| 4001 | SC SPDC | 21 | | 1 | |
| 4903 | SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 10 | | | |
| 5001 | SC CARDIOLOGIA | 11 | | | 2 |
| 5101 | SC PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA | 10 | | | |
| 5607 | RIABILITAZIONE NEUROLOGICA | 3 | | | |
| 5606 | RIABILITAZIONE PSICHIATRICA | | | 2 | |
| 5801 | SC GASTROENTEROLOGIA | | | | 1 |
| 6101 | SC MEDICINA NUCLEARE | 1 | | 1 | |
| 6403 | SC ONCOLOGIA | 8 | | 16 | |
| 6202 | PATOLOGIA NEONATALE | 6 | | | |
| TOTALE | | 272 | | 27 | 12 |

| Sede S. Nicolò Levanto | | Dicembre 2019 | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| Unità operativa | | p.letto degenza ordinaria | di cui a pagamento | p.letto day-hospital | p.letto day-surgery |
| 6003 | SSD CURE INTERMEDIE | 15 | | | |
| TOTALE | | 15 | | | |

| Stabilimento S. Bartolomeo Sarzana | | Dicembre 2019 | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|
| Unita operativa | | p.letto degenza ordinaria | di cui a pagamento | p.letto day-hospital | p.letto day-surgery |
| 0801 | SC CARDIOLOGIA CLINICA | 12 | | 1 | |
| 0906 | SSD CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA | 4 | 2 | | 2 |
| 1201 | SSD CHIRURGIA PLASTICA | 2 | | | 1 |
| 1301 | SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE | 1 | | | |
| 1402 | CHIRURGIA VASCOLARE | | | | 1 |
| 2102 | SC GERIATRIA | 24 | | | |
| 2604 | SC MEDICINA INTERNA II | 42 | | 2 | |
| 3402 | SC OFTALMOLOGIA | 1 | | | 2 |
| 3604 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 13 | 3 | | 1 |
| 4304 | SC UROLOGIA | 9 | 2 | | 1 |
| 4904 | ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 3 | | | |
| 5603 | RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA | 6 | | 2 | |
| 6405 | SC ONCOLOGIA | | | 3 | |
| 6801 | SC PNEUMOLOGIA | 20 | | 1 | |
| 6004 | CURE INTERMEDIE | 10 | | | |
| 2606 | MEDICINA MULTISPECIALISTICA | 14 | | | |
| TOTALE | | 161 | | 9 | 8 |

Strutture a gestione diretta

| Tipo struttura | Attivita` clinica | Diagnostica strumentale e per immagini | Attivita` di laboratorio | Attivita` di consultorio materno-infantile | Assistenza psichiatrica | Assistenza per tossicodipendenti | Assistenza agli anziani | Assistenza ai disabili fisici | Assistenza ai disabili psichici |
|--------------------------------------|-------------------|--|--------------------------|--|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Ambulatorio e laboratorio | 50 | 13 | 17 | | | | | | |
| Struttura residenziale | | | | | | | 2 | | |
| Struttura semiresidenziale | | | | | 2 | | | 3 | |
| Altro tipo di struttura territoriale | 15 | | | 11 | | | | | |

L'Azienda al fine di completare la sua offerta e garantire i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) su proprio territorio di avvale di strutture accreditate e convenzionate.

Al fine di ridurre le liste d'attesa degli interventi chirurgici e di contenere le fughe soprattutto verso le regioni limitrofe (mobilità passiva) ha attivato ulteriori convenzioni con strutture private accreditate:

I posti letto* convenzionati sono così distribuiti :

- Convenzione con la Struttura accreditata Alma Mater (tabella 1) : posti letto 25 ordinari e 13 di Day Surgery;
- Convenzione con la Struttura accreditata Don Gnocchi (tabella2) : posti letto 84 di degenza ordinaria e 8 di Day-Hospital .

| 07000 Alma Mater La Spezia | | Dicembre 2019 | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Unita operativa | | p.letto degenza ordinaria | di cui a pagamento | p.letto day-hospital | p.letto day-surgery |
| 0901 | CHIRURGIA GENERALE | 3 | | | 3 |
| 2601 | MEDICINA GENERALE | 12 | 12 | | |
| 3401 | OCULISTICA | | | | 1 |
| 3601 | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 8 | | | 9 |
| 3701 | OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 2 | 2 | | |
| TOTALE | | 25 | 14 | 0 | 13 |

| 11400 Don Gnocchi | | Dicembre 2019 | | | |
|--------------------------|--|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Unita operativa | | p.letto degenza ordinaria | di cui a pagamento | p.letto day-hospital | p.letto day-surgery |
| 5602 | RECUPERO E RIAB.FUNZIONALE – DON GNOCCHI | 61 | 9 | 8 | |
| 7502 | NEURORIABILITAZIONE – DON GNOCCHI | 23 | | | |
| TOTALE | | 84 | 9 | 8 | 0 |

*Fonte dati posti letto flusso regionale

Strutture convenzionate prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali – Dicembre 2020

| Tipo struttura | Attività clinica | Diagnostica strumentale e per immagini | Attività di laboratorio | Attività di consultorio materno - infantile | Assistenza psichiatrica | Assistenza per tossicodipendenti | Assistenza agli anziani | Assistenza ai disabili fisici | Assistenza ai disabili psichici |
|-----------------------------------|------------------|--|-------------------------|---|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Ambulatorio e laboratorio | 3 | 8 | | | | | | 2 | |
| Struttura residenziale | | | | | 4 | 2 | 22 | 6 | |
| Struttura semiresidenziale | | | | | 1 | 1 | 2 | 7* | |

* gli utenti inseriti nelle strutture per disabili sono fisici e psichici.

I posti letto delle strutture territoriali convenzionati sono riportati in tabella.

Assistenza semiresidenziale e residenziale

| Tipo di struttura | Posti letto Assistenza agli anziani | Posti letto Assistenza ai disabili fisici ¹ | Posti letto Assistenza ai minori ² |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Struttura residenziale | 655 | 116 | 17 |
| Struttura semi-residenziale | 40 | 85 | 5 |

*Comprese le RSA gestione diretta n. 60.

Per la medicina generale, l'azienda opera mediante 148 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 185.758 (numero di assistiti da anagrafe sanitaria), e 20 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 21.336 unità.

In relazione alla peculiarità del settore in cui l'Azienda opera, il sistema degli interlocutori sociali stakeholder, rappresentato da coloro che si attendono dall'azienda risposte in termini sociali e qualitativi assume particolare valenza.

Primo interlocutore sociale è l'utenza portatrice del bisogno di assistenza sanitaria.

¹ I posti si riferiscono alle strutture liguri di cui ASL5 è capofila e alle strutture extraregionali dell'Ente Gestore cardinal Maffi.

² I posti letto di assistenza ai minori sono riferiti agli inserimenti presso strutture liguri ed extraregionali.
Piano Performance 2020-2022

L'Azienda, nel definire le strategie aziendali, riconosce la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla tutela della salute, considerando fondamentale il suo contributo nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi.

La partecipazione dell'utente, singolo o tramite gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti del cittadino, viene assicurata attraverso:

- la attuazione di piani di comunicazione che prevedono la informativa attraverso il sito aziendale, l'aggiornamento della carta dei servizi e specifiche campagne informative;
- la attuazione di forme di valutazione della qualità dei servizi, anche avvalendosi dei principali strumenti organizzativi normativamente previsti in materia di partecipazione: l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ed il Comitato Misto Consultivo.
- la comunicazione per la salute, attività di prevenzione e promozione della salute, attraverso la costruzione di reti tra l'Azienda e soggetti locali, associazioni del terzo settore e assistiti .

Le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'Azienda tengono inoltre conto dei bisogni sociosanitari delle comunità locali come espressi dagli Enti Locali territoriali di riferimento che partecipano alla programmazione sociosanitaria e sanitaria nell'ambito della Conferenza dei Sindaci.

Rilevanza strategica assumono le parti interessate con cui l'Azienda più strettamente interagisce sotto il profilo delle prestazioni di servizi quali i medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) le Farmacie, le strutture erogatrici sul territorio (strutture accreditate e convenzionate) ed i soggetti fornitori di servizi .

Significativi per il raggiungimento degli obiettivi strategici anche gli aspetti relativi alla gestione delle risorse umane con particolare attenzione alla analisi di quelli che maggiormente possono incidere sul raggiungimento degli obiettivi quali adeguatezza della risorse, qualificazione, formazione ed aggiornamento, clima aziendale, modelli organizzativi e responsabilità.

In questo ambito rappresentano una risorsa strategica le relazioni con i Sindacati confederali e le rappresentanze unitarie interne per favorire più efficaci modalità di gestione e qualificazione delle risorse umane.

Il sistema degli interlocutori è gestito e monitorato oltre che nel quotidiano rapporto con gli stessi attraverso le articolazioni organizzative aziendali nelle aree di specifica competenza, attraverso incontri specifici informativi e di coordinamento.

1.3. L'organizzazione

L'Azienda, per definire il modello organizzativo, si ispira ai seguenti principi:

- Centralità del paziente: riportare il paziente nel ruolo dominante nel processo di cura alla persona, con una visione olistica ed integrazione dell'assistenza;
- Equità dell'azione: garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie, anche attraverso la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona;

Piano Performance 2020-2022



- Efficacia dell'azione: verificare, in accordo con A.Li.Sa, gli outcome dell'assistenza offerta, al fine di migliorare in continuo la qualità delle prestazioni;
- Economicità ed efficienza produttiva: eliminare gli sprechi e le inefficienze organizzative e gestionali, anche attivando forme di verifica dei comportamenti aziendali;
- Innovazione: promuovere l'innovazione, la formazione, l'aggiornamento e la ricerca clinica in linea con l'assistenza sanitaria più attuale;
- Miglioramento della qualità: massima attenzione alla qualità delle cure offerte, perseguendo con determinazione l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate basate sulla medicina fondata sulle prove di efficacia. Introdurre ad ogni livello della gestione i principi del miglioramento continuo della qualità, anche attraverso un modello di indicatori in coerenza con l'azione regionale;
- Integrazione e continuità delle cure: assicurare integrazione ospedale territorio, garantendo la continuità delle cure, attraverso l'organizzazione dipartimentale e la formalizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici orientati alla soluzione globale dei problemi di salute delle persone.

In questo quadro, le linee di sviluppo previste per l'Azienda sono:

1. Partire dai bisogni: il motore della riorganizzazione proposta è la lettura del bisogno del cittadino, sia verso i servizi assistenziali, sia verso i servizi sociosanitari. Il territorio di pertinenza è articolato nei bisogni ed a territori diversi corrispondono bisogni (e servizi) diversi. Lo sforzo di progettazione espresso dall'ASL 5 parte da questo assunto e si traduce anche nella gestione delle liste di attesa per migliorare il servizio reso all'utenza.

2. Pari risorse = nuovi modelli organizzativi.

Al fine di rispondere ai bisogni espressi dagli assistiti, l'ASL 5 costruisce nuovi modelli organizzativi che si faranno carico di migliorare le performance offerte attraverso tre diverse progettazioni organizzative: i nuovi dipartimenti sanitari e sociosanitari, l'affinamento delle attività delle Strutture e dei Servizi aziendali e l'integrazione tra i Dipartimenti interaziendali. Importante è anche la revisione dei percorsi del Pronto Soccorso (Fast Track) che aumenta la capacità di presa in carico dello stesso, incrementando il servizio al cittadino.

3. Presa in carico = integrazione a tutti i livelli

Prendere in carico significa farsi portatori di risposte coordinate e continue di assistenza sanitaria e sociosanitaria ad ogni singolo utente. Per far ciò si rende necessario un coordinamento che vede la regia nel nuovo ruolo del direttore sociosanitario, vero motore del continuum di cura ed assistenza.

La riforma sanitaria ligure con la legge regionale n. 27/2016 e successive integrazioni ha assegnato alle aziende sanitarie liguri uno specifico ruolo che si esplicita attraverso:

- un'articolazione aziendale in due aree, l'una "territoriale" e l'altra "ospedaliera", chiamate congiuntamente a realizzare l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie;

- l'area territoriale quale sede privilegiata di riferimento e di confronto aziendale con gli Enti locali, anche al fine di superare carenze di coordinamento e integrazione delle attività e delle prestazioni sanitarie con l'offerta assistenziale dei Comuni;
- la collaborazione e il raccordo con l'Agenzia Sanitaria Ligure (A.Li.Sa.) nel monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell'offerta, nonché degli accordi contrattuali;
- l'istituzione della figura del Direttore Sociosanitario che affianca nella Direzione Aziendale i Direttori Sanitario, Amministrativo e Sociosanitario, al fine di superare l'attuale inadeguatezza e frammentazione della risposta sociosanitaria;
- l'istituzione di Dipartimenti interaziendali (DIAR), al fine di favorire modalità di integrazione organizzativa e di contenimento dei costi.

Le attività dell'Azienda Sociosanitaria Locale sono organizzate in Dipartimenti.

Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa integrata costituita da una pluralità di Strutture Organizzative (Strutture Complesse e Strutture Semplici a valenza dipartimentale), omogenee, affini e complementari che perseguono finalità comuni.

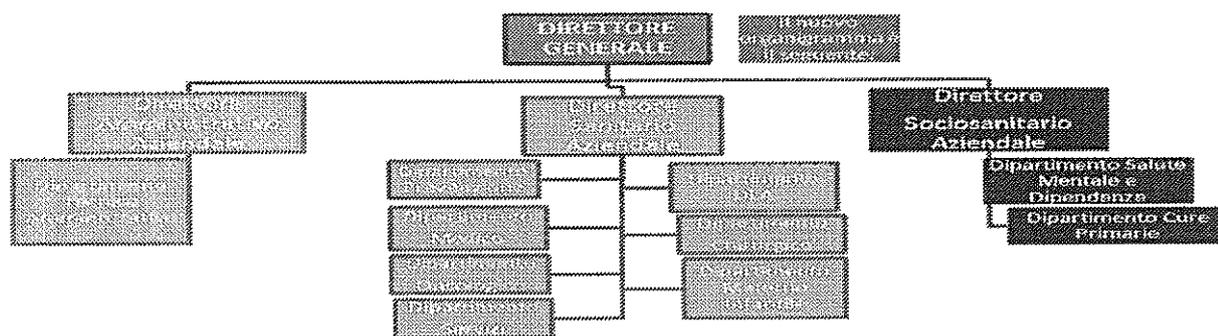
Ciascun Dipartimento è guidato da un Direttore che opera avvalendosi del Comitato di Dipartimento.

I Direttori di Dipartimento fanno parte del Collegio di Direzione composto oltre da loro dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sociosanitario, dal Direttore Medico del Presidio Ospedaliero, dai Direttori di Distretto, dal Responsabile dell'area infermieristica e da un rappresentante dei medici di medicina generale (MMG).

Dato che il Dipartimento può essere costituito solo se comprende più strutture complesse e semplici di particolare specificità, esso è pertanto un'articolazione organizzativa dell'ASL che rappresenta un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono per essere efficaci una programmazione ed un coordinamento unitario con risultati misurabili.

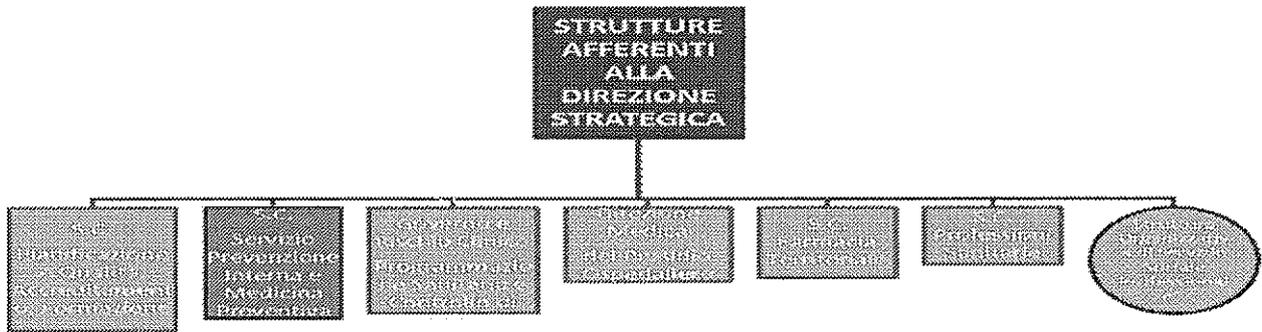
Il modello organizzativo vede anche al suo interno la valorizzazione dei percorsi anticorruzione e trasparenza, come pure di quello delle pari opportunità (Comitato Unico di Garanzia).

Il nuovo organigramma è il seguente:



Afferenza funzionale

- La S.C. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura - Inserita nel Dipartimento Salute Mentale - dipende funzionalmente dal Direttore Sanitario
- La S.S.D. Cure Palliative e Hospice - Inserita nel Dipartimento Oncologico - dipende funzionalmente dal Direttore Sociosanitario
- La S.S.D. Consultori - Inserita nel Dipartimento Cure Primarie - dipende funzionalmente dal Direttore Sociosanitario

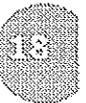


Afferenza funzionale
 La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, la S.C. Professioni Sanitarie e la S.C. Governo e rischio clinico, programmazione sanitaria e controllo di gestione dipendono funzionalmente dal Direttore Sanitario
 La S.C. Servizio Prevenzione Interna e Medicina Preventiva dipende funzionalmente dal Direttore Generale
 La S.C. Pianificazione e Qualità, Accreditemento e Formazione dipende funzionalmente dal Direttore Sanitario
 La S.C. Farmacia territoriale afferisce al Direttore Socosanitario; afferisce al Direttore Sanitario per la funzione ospedallera
 La Struttura organizzativa di Servizio Sociale Professionale dipende strutturalmente dal Direttore Socosanitario

1.4. Le Risorse Umane

La dotazione organica è rappresentata di seguito in termini di costi aziendali:

| CONTO ECONOMICO - CONSUNTIVO 2020 | | | |
|--|-------------------|--------------------|--------------|
| | | | |
| | COSTI | | % |
| PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO | | 100.119.819 | 86,82 |
| Dirigenti | 42.781.515 | | 42,73 |
| Comparto | 57.338.304 | | 57,27 |
| | | | |
| PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE | | 389.004 | 0,34 |
| Dirigenti | 324.185 | | 83,34 |
| Comparto | 64.819 | | 16,66 |
| | | | |
| PERSONALE RUOLO TECNICO | | 5.807.362 | 5,04 |
| Dirigenti | 120.836 | | 2,08 |
| Comparto | 5.686.526 | | 97,92 |
| | | | |
| PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO | | 9.000.964 | 7,81 |
| Dirigenti | 1.008.857 | | 11,21 |
| Comparto | 7.992.107 | | 88,79 |
| | | | |
| TOTALI | | 115.317.149 | 500 |
| | | | |
| Dirigenti | 44.235.393 | | 38,36 |
| Comparto | 71.081.756 | | 61,64 |



L'Azienda ha fatto ricorso negli anni scorsi alle prestazioni aggiuntive al fine di garantire la continuità assistenziale.

Nel 2019, si ha avuta la seguente spesa per prestazioni aggiuntive del personale medico e del comparto.

| COSTI 2019 | PROIEZ 2019 | UNITA' |
|-------------------|--------------------|---------------|
| COMPLESSIVO | 532.000,00 | |
| COSTO DIRIGENTI | 434.000,00 | 5,79 |
| COSTOCOMPARTO | 98.000,00 | 2,88 |

Per "Unità" si intende il corrispondente al costo di unità di personale in base ai costi medi della dirigenza e del comparto.

I progetti di prestazioni aggiuntive già programmati per il 2020 sono le seguenti:

| STRUTTURE/SERVIZI | DIRIGENZA | | COMPARTO | | TOTALI |
|---|------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| | ORE | COSTO | ORE | COSTO | |
| assistenza penitenziaria | 1.056 | 63.360,00 | 624 | 15.600,00 | 78.960,00 |
| dipartimento chirurgico- guardie | 288 | 17.280,00 | | | 17.280,00 |
| dipartimenti medico, oncologico, emergenza e accettazione - guardie | 448 | 26.880,00 | | | 26.880,00 |
| gastroenterologia - amb. liste d'attesa | | | 240 | 6.000,00 | 6.000,00 |
| pediatria - neonatologia | 600 | 36.000,00 | | | 36.000,00 |
| professioni sanitarie - periodo estivo | | | 2.208 | 55.200,00 | 55.200,00 |
| professioni sanitarie - ambulatorio stomaterapia | | | 420 | 10.500,00 | 10.500,00 |
| professioni sanitarie - ambulatorio uroncologico | | | 96 | 2.400,00 | 2.400,00 |
| dipartimento salute mentale - spdc | 167 | 10.000,00 | | | 10.000,00 |
| progetto screening oncologici | 440 | 26.400,00 | 1.043 | 26.075,00 | 52.475,00 |
| trasfusione domiciliare | 600 | 36.000,00 | 800 | 20.000,00 | 56.000,00 |
| TOTALE | 3.599 | 215.920,00 | 5.431 | 135.775,00 | 351.695,00 |

Nel 2020, in seguito al Piano Assunzionale Straordinario tale costo programmato dovrebbe subire una contrazione sulla base degli esiti delle procedure di selezione.

2. La pianificazione triennale

2.1. La programmazione regionale anno 2020

La delibera n. 1 del 2020 sugli indirizzi operativi delle attività sanitarie e socio sanitarie conferma gli obiettivi generali, specifici e le azioni descritti nel documento di indirizzo 2019 indicando di proseguire su tali direttive anche nel 2020.

Sono indicati i macro obiettivi della risposta sanitaria e sociosanitaria che richiedono uno sviluppo in queste aree di intervento:

- governo clinico;
- politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica;
- sistema autorizzativo e di accreditamento;
- governo di flussi informativi;
- governo delle risorse umane e formazione del personale;
- accentramento delle funzioni di coordinamento;
- Dipartimenti Interaziendali Regionali (D.I.A.R.) per i percorsi di cura;
- reti che presiedono alla trasparenza e alla comunicazione per l'integrità de sistema regionale e l'empowerment dei cittadini.

Il governo clinico e la gestione del rischio clinico devono avere un sistema orizzontale finalizzato al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e alla garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il processo deve includere gli aspetti giuridico amministrativi quali il governo del contenzioso e i problemi di gestione delle lesioni della salute.

E' stato altresì previsto l'accentramento presso A.Li.Sa. della gestione diretta dei rischi da responsabilità sanitaria (Fondo regionale di autorizzazione) previsto con Deliberazione di Giunta Regionale n. 279/2019.

Per quanto riguarda la politica del farmaco, si agisce nell'area dell'appropriatezza sostenendo la necessità di accordi negoziali dei farmaci a registro AIFA e Fondo farmaci innovativi, assicurando il massimo utilizzo delle specialità medicinali a brevetto scaduto biosimilari.

Il sistema autorizzativo e di accreditamento deve mirare al monitoraggio delle strutture per minori di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 572/2019, all'adeguamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, ai nuovi requisiti organizzativi e tecnologici ai sensi della Legge Regionale n. 6 del 2018, al monitoraggio e valutazione dell'attività di accertamento e contestazione delle violazioni di cui all'art. 17 della legge regionale n. 9 del 2017; al monitoraggio e alla valutazione annuale del percorso di miglioramento continuo della qualità da parte delle strutture accreditate di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 945 del 16/2019.

Nell'area del governo delle risorse umane, si procede con l'espletamento di procedure concorsuali unificate e la individuazione di metodologie per la definizione di standard di fabbisogno di personale del Servizio Sanitario Regionale.

I D.I.A.R. devono proseguire nell'integrazione, nella ridefinizione e nella condivisione dei percorsi individuati come prioritari nella deliberazione A.Li.Sa. n. 253 del 2019, e, nella individuazione di nuovi percorsi ad elevata complessità critici per mobilità passiva.

E' necessaria altresì la valutazione della compliance dei percorsi già condivisi e la relativa declinazione nei percorsi clinico-organizzativi regionali e nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali intra-aziendali.

Altri specifici obiettivi sono dettati in merito alle diverse aree.

Piano Performance 2020-2022



Nell'area della prevenzione, si mira ad un crescita dell'offerta vaccinale in coerenza con il Piano Regionale Prevenzione 2014-2108 con particolare riferimento all'offerta vaccinale anti-meningococcica negli adolescenti e alla implementazione anti-papillomavirus (HPV) nelle donne di 25 anni di età e nelle donne trattate per lesioni pre-cancerose.

Nella riabilitazione, si prosegue nel monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti di presa in carico in ambito riabilitativo e della presa in carico dei pazienti con Parkinson e Parkinsonismi.

Nell'area Territoriale e delle Cure Primarie, le azioni devono indirizzarsi: alla gestione in continuità di cura dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, alla presa in carico del paziente con demenza, al governo delle liste d'attesa secondo quanto previsto dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 397/2019, alla crescita della rete regionale delle cure palliative e della terapia del dolore.

Nell'area della Neuropsichiatria infantile e della Adolescenza, occorre la definizione di un percorso di cura nella fase di passaggio alla maggiore età e analisi del fabbisogno della presa in carico dei minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo.

Nel settore della Salute Mentale, è necessario prevedere percorsi di cura e riabilitazione differenziati per intensità, complessità e durata per le diverse tipologie di pazienti migliorando l'appropriatezza degli interventi e uniformandoli attraverso l'adozione di linee guida validate.

Per l'area delle Dipendenze, è necessario individuare e omogeneizzare le tipologie di offerta assistenziale nelle aree della prevenzione, cura e riabilitazione assicurando gli standard minimi di qualità.

La Residenzialità Anziani e Disabili deve essere potenziata attraverso un rafforzamento degli organici aziendali superando anche lo squilibrio territoriale nell'offerta delle diverse aziende sanitarie locali.

La integrazione sociosanitaria deve essere rafforzata con misure per il sostegno a domicilio delle persone non autosufficienti e con efficace programmazione sull'Amministrazione di Sostegno.

A.Li.Sa., in un incontro del 23 dicembre 2019 con i dirigenti dell'Azienda, ha comunicato le "Azioni e programmazione 2020" anticipando gli indirizzi regionali sopra illustrati.

Per l'Azienda, sono previsti investimenti tecnologici e specificatamente due acceleratori lineari.

E' stata programmata la sostituzione di un acceleratore lineare per il normale turnover tecnologico.

Sono state previste anche azioni per evitare il sovraffollamento nei Pronti Soccorsi in seguito alla stagione influenzale 2019-2020.

Per questo è prevista la trasformazione progressiva fino a n. 14 posti letto della Multispecialistica di Sarzana e sono previsti n. 11 posti letti ulteriori di Neurologia a media intensità in caso di necessità.

Tale misura è sostenuta con la garanzia di un'adeguata presenza di medici, tecnici e infermieri nei Pronti Soccorsi e con un potenziamento della funzione del bed management per un efficace gestione dei posti letto.

Ad integrazione delle suddette azioni è previsto anche un potenziamento della continuità assistenziale e l'attivazione di ambulatori specialistici per una costante sorveglianza dei casi influenzali.

2.2 Gli obiettivi strategici aziendali

Gli indirizzi strategici che l'Azienda Sociosanitaria Ligure n. 5 si propone di realizzare possono essere sintetizzati come segue:

- Sviluppo e implementazione di iniziative volte a potenziare l'integrazione ospedale e territorio;
- Implementazione del nuovo modello di presa in carico del paziente cronico;
- Sviluppo e implementazione del nuovo modello organizzativo come previsto negli obiettivi operativi dei Dipartimenti interaziendali regionali;
- Controllo della spesa farmaceutica con valutazione preliminare per l'adozione aziendale all'uso di farmaci ad alto costo e contenimento d'suo di quelli con scarsa evidenza di efficacia clinica;
- Rimodulazione dell'offerta formativa attraverso la sperimentazione di metodologie didattiche innovative;
- Continuo monitoraggio e governo dei tempi d'attesa.

2.3 Il Piano Straordinario Aziendale quinquennale

La Direzione Strategica Aziendale congiuntamente ad A.Li.Sa. ha formulato un piano straordinario quinquennale che è stato presentato dal Presidente della Regione Liguria e dal Vice Presidente Assessore alla Sanità nelle opportuni sedi e sarà presentato a breve alla Giunta Regionale.

Sarà cura dell'Azienda provvedere all'integrazione ex post del presente piano sulla base della sopra indicata deliberazione di Giunta Regionale.

2.4 Il Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa

L'Azienda ha predisposto, in attuazione Deliberazione A.li.Sa. n° 185 del 12/06/2019 ai sensi della D.G.R. Liguria n° 397 del 17/05/2019, un programma attuativo aziendale per il Governo delle liste di attesa approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 233 del 13 novembre 2019.

Le liste di attesa rappresentano una criticità di numerosi sistemi sanitari che spesso compromettono l'accessibilità alle prestazioni specialistiche dei cittadini in tempi coerenti all'esigenze cliniche; pertanto, il governo dei tempi di attesa rappresenta la modalità organizzativa per garantirne l'erogazione nei tempi previsti.

Al fine di dare attuazione alla Deliberazione A.Li.sa. n° 185 del 12/06/2019 ad oggetto: "Recepimento piano regionale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici programmati. Triennio 2019-2021", con nota del Commissario Straordinario ASL5 (prot. n. 30/CS del 24/10/2019) è stato istituito un Tavolo Tecnico Aziendale (Task Force) per il Governo delle Liste di Attesa, che opererà sino al 30/06/2020. Entro questo periodo, il Tavolo Tecnico Aziendale individuerà il Responsabile Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa.

Il Tavolo Tecnico Aziendale dell'ASL5 è composto da:

- Direttore Sociosanitario
- Direttore Sanitario
- Direttore S.C. URP, Attività Ospedale - Territorio
- Direttore S.C. Governo e Rischio Clinico, Pianificazione Strategica e Controllo di Gestione
- Dirigente Responsabile S.C. Sistemi Informativi Aziendali

- Dirigente Medico del Presidio Ospedaliero Unico del Levante Ligure.

Il Tavolo Tecnico si avvarrà della consulenza di personale aziendale e di professionalità ritenute necessarie allo scopo delle attività da realizzare: Direttori dei Distretti, Medici Specialisti Ospedalieri, Rappresentanti dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), Rappresentanti degli Specialisti Ambulatoriali (in relazione alla branca interessata), degli Istituti Accreditati a contratto, ecc.

Le principali funzioni assegnate al Tavolo Tecnico Aziendali sono:

- attuare il piano aziendale per il governo delle liste d'attesa;
- garantire una risposta appropriata alla domanda di prestazioni e una migliore organizzazione dell'offerta in coerenza con le linee di intervento individuate dal Piano Nazionale e regionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021;
- proporre alla Direzione Aziendale un nuovo modello operativo che possa rispondere pienamente alle nuove disposizioni della Deliberazione A.Li.sa. n° 185 del 12/06/2019
- programmare e coordinare, secondo criteri di priorità, l'accesso alle prestazioni individuate;
- verificare l'andamento della prenotazione, erogazione e disdetta delle prestazioni;
- stabilire, insieme al CUP, la modifica delle agende sia qualitativa, sia quantitativa, in funzione dell'obiettivo degli accessi prioritari;
- monitorare l'appropriatezza prescrittiva;
- coinvolgere, nell'ambito di specifiche iniziative formative, i Medici di Medicina Generale, al fine di garantire una sempre maggiore appropriatezza prescrittiva, anche nella richiesta di prestazioni diagnostiche, unitamente alla programmazione di campagne informative rivolte all'utenza;
- verificare e monitorare le fasi di avanzamento dell'attività informatica delle prestazioni ambulatoriali specialistiche.



Il monitoraggio delle liste di attesa è eseguito esclusivamente sulle prime visite e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero su quelle che rappresentano il primo contatto dell'utente con il SSR, sulla base del problema clinico posto; sono escluse dal monitoraggio le prestazioni prescritte con classe di priorità U, le quali dovranno comunque essere garantite dall'Azienda e specificatamente monitorate.

Di seguito vengono elencate le prestazioni specialistiche oggetto di monitoraggio ministeriale:

| Numero | Prestazione | Codice Nomenclatore | Codice disciplina | Codice nuovi LEA |
|--------|------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------|
| 1 | Prima Visita cardiologia | 89.7 | 08 | 87.7A.3 |
| 2 | Prima Visita chirurgia vascolare | 89.7 | 14 | 89.7A.6 |
| 3 | Prima Visita endocrinologica | 89.7 | 19 | 89.7A.8 |
| 4 | Prima Visita neurologica | 89.13 | 32 | 89.13 |
| 5 | Prima Visita oculistica | 95.02 | 34 | |
| 6 | Prima Visita ortopedica | 89.7 | 36 | 89.7B.7 |
| 7 | Prima Visita ginecologica | 89.26.1 | 37 | |
| 8 | Prima Visita otorinolaringoiatrica | 89.7 | 38 | 89.7B.8 |
| 9 | Prima Visita urologica | 89.7 | 43 | 89.7C.2 |
| 10 | Prima Visita dermatologica | 89.7 | 52 | 89.7A.7 |
| 11 | Prima Visita fisiatrica | 89.7 | 56 | 89.7B.2 |
| 12 | Prima Visita gastroenterologica | 89.7 | 58 | 89.7A.9 |
| 13 | Prima Visita oncologica | 89.7 | 64 | 89.7B.6 |
| 14 | Prima Visita pneumologica | 89.7 | 68 | 89.7B.9 |

Monitoraggio Prestazioni strumentali

| Numero | Prestazione | Codice Nomenclatore | Codice Nuovi LEA |
|---------------------------------|--|---------------------|------------------|
| <i>Diagnostica per Immagini</i> | | | |
| 15 | Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale | 87.37.1 | 87.37.1 |
| 16 | Mammografia Monolaterale | 87.37.2 | 87.37.2 |
| 17 | TC del Torace | 87.41 | 87.41 |
| 18 | TC del Torace con MCD senza e con MCD | 87.41.1 | 87.41.1 |
| 19 | TC dell'addome superiore | 88.01.1 | 88.01.1 |
| 20 | TC dell'addome superiore senza e con MDC | 88.01.2 | 88.01.2 |
| 21 | TC dell'Addome inferiore | 88.01.3 | 88.01.3 |
| 22 | TC dell'addome inferiore senza e con MDC | 88.01.4 | 88.01.4 |
| 23 | TC dell'addome completo | 88.01.5 | 88.01.5 |
| 24 | TC dell'addome completo senza e con MDC | 88.01.6 | 88.01.6 |
| 25 | TC Cranio – encefalo | 87.03 | 87.03 |
| 26 | TC Cranio – encefalo senza e con MDC | 87.03.1 | 87.03.1 |
| 27 | TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale | 88.38.A, 88.38.2 | 88.38.A, 88.38.2 |
| 28 | TC del rachide e dello speco vertebrale toracico | 88.38.B, 88.38.1 | 88.38.B, 88.38.1 |
| 29 | TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale | 88.38.2 | 88.38.2 |
| 30 | TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC | 88.38.2 | 88.38.D |
| 31 | TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC | 88.38.2 | 88.38.E |
| 32 | TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC | 88.38.2 | 88.38.F |



| | | | |
|----|---|----------------------------|----------------------------|
| 33 | TC di Bacino e articolazioni sacroiliache | 88.38.5 | 88.38.5 |
| 34 | RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare | 88.91.1 | 88.91.1 |
| 35 | RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC | 88.91.2 | 88.91.2 |
| 36 | RM di addome inferiore e scavo pelvico | 88.95.4 | 88.95.4 |
| 37 | RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC | 88.95.5 | 88.95.5 |
| 38 | RM della colonna in toto | 88.93.6, 88.93, 88.93.1 | 88.93.6, 88.93, 88.93.1 |
| 39 | RM della colonna in toto senza e con MDC | 88.93.7 | 88.93.7 |
| 40 | Diagnostica ecografica del capo e del collo | 88.71.4 | 88.71.4 |
| 41 | Eco (color) dopplergrafia cardiaca | 88.72.3 | 88.72.3 |
| 42 | Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici | 88.73.5 | 88.73.5 |
| 43 | Ecografia dell'addome superiore | 88.74.1 | 88.74.1 |
| 44 | Ecografia dell'addome inferiore | 88.75.1 | 88.75.1 |
| 45 | Ecografia dell'addome completo | 88.76.1 | 88.76.1 |
| 46 | Ecografia bilaterale della mammella | 88.73.1 | 88.73.1 |
| 47 | Ecografia monolaterale della mammella | 88.73.2 | 88.73.2 |
| 48 | Ecografia ostetrica | 88.78 | 88.78 |
| 49 | Ecografia ginecologica | 88.78.2 | 88.78.2 |
| 50 | Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso | 88.77.4 | 88.77.4 |



| | | | |
|----|---|--------------|--------------|
| 51 | Colonscopia totale con endoscopio flessibile | 45.23 | 45.23 |
| 52 | Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica | 45.42 | 45.42 |
| 53 | Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile | 45.24 | 45.24 |
| 54 | Esofagogastroduodenoscopia | 45.13 | 45.13 |
| 55 | Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica | 45.16 | 45.16 |
| 56 | Elettrocardiogramma | 89.52 | 89.52 |
| 57 | Elettrocardiogramma dinamico (Holter) | 89.50 | 89.50 |
| 58 | Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile | 89.41 | 89.41 |
| 59 | Altri test cardiovascolari da sforzo | 89.44, 89.43 | 89.44, 89.43 |
| 60 | Esame audiometrico tonale | 95.41.1 | 95.41.1 |
| 61 | Spirometria semplice | 89.37.1 | 89.37.1 |
| 62 | Spirometria globale | 89.37.2 | 89.37.2 |
| 63 | Fotografia del Fundus | 95.11 | 95.11 |
| 64 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2 | 93.08.1 | 93.08.A |
| 65 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTOINFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2 | 93.08.1 | 93.08.B |
| 66 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17) | 93.08.1 | 93.08.C |
| 67 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli | 93.08.1 | 93.08.D |
| 68 | VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie con elettrodi ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabili a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) | 93.08.1 | 93.08.E |
| 69 | EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli) | 93.08.1 | 93.08.F |

Con questo programma attuativo, il Tavolo Tecnico Aziendale intende intraprendere e realizzare azioni per la presa in carico dell'assistiti. Le azioni sono finalizzate a:

- garantire i tempi massimi di attesa per le classi di priorità "B" e "D" al 90% degli assistiti e percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi di attesa in caso di criticità (classi di Priorità B e D).
- sviluppare l'offerta in tutti i Distretti per alcune prestazioni, qualora ne siano carenti, sia con la riorganizzazione interna delle risorse sia con il coordinamento e gli Accordi con gli MMG/PLS, Specialisti Ambulatoriali e Erogatori privati del territorio;
- effettuare il monitoraggio di tutte le agende e delle prestazioni erogate a CUP, dall'inserimento, alla prenotazione fino all'erogazione, comprese quelle in regime di libera professione intramuraria, sia

delle strutture pubbliche sia di quelle private, nel medesimo programma di prenotazione informatico, in modo da rendere trasparente l'offerta, nei termini previsti a livello regionale.

In caso le prestazioni non siano disponibili nei tempi previsti dalla classe di priorità, gli operatori assegnati al Tavolo tecnico Aziendale si faranno carico della segnalazione dell'URP/CUP e gestiranno i necessari provvedimenti per garantire l'attività assistenziale, anche prevedendo l'erogazione della prestazione in aggiunta alle agende esistenti.

Le principali azioni da porre in essere:

- a) Numero verde aziendale per anticipare l'appuntamento in caso di indisponibilità nella classe di priorità assegnata dal prescrittore;
- b) Servizi di back office: per evitare la frammentazione delle attività in più sedi e servizi aziendali e assicurare il coordinamento e l'aggiornamento dei dati e informazioni alle strutture, MMG, Farmacie, gruppi associati, un gruppo di operatori gestirà tutte le procedure operative e gli strumenti per il Governo delle liste d'attesa;
- c) Remind: invio di messaggio SMS o attraverso telefonata alcuni giorni prima per ricordare data e ora dell'appuntamento;
- d) Recall: in caso di disdetta di una prestazione in tempo utile per chiamare altri utenti e offrire la possibilità di anticipare la visita già prenotata;
- e) Gestione della mancata disdetta dell'appuntamento (drop out in media del 14,7%) offre la possibilità, in accordo con i medici specialisti, di programmare l'overbooking;
- f) Sistema di Gestione delle segnalazioni da parte dell'URP per conoscere le aree con maggiore criticità e di riprogrammare le prenotazioni.

L'Azienda si impegna ad organizzare campagne di informazione/comunicazione ai cittadini sulle modalità di accesso alle prestazioni, in tema di classi di priorità, tempi di attesa e disdetta delle prenotazioni, anche tramite pubblicazione sul sito web aziendale e con il coinvolgimento delle Associazioni dei Cittadini.

3 La programmazione annuale

3.1. Il processo di budget: la performance organizzativa

L'Azienda realizza gli indirizzi strategici, regionali ed aziendali, attraverso la loro declinazione in obiettivi utilizzando il processo del budget annuale.

Gli obiettivi strategici sono individuati in coerenza con le linee di indirizzo espresse dalla Regione Liguria ; prevedono obiettivi consolidati di garanzia dei livelli di assistenza, della qualità delle prestazioni ed obiettivi legati ai nuovi indirizzi operativi definiti per l'anno 2020 dalla Regione Liguria.

In relazione al contesto in evoluzione già descritto e del carattere in divenire del presente Piano, gli obiettivi, ove necessario, saranno oggetto di aggiornamento successivo.

Le misure annuali di tali obiettivi e gli indicatori sono definiti nel budget e sono rendicontati nell'ambito della Relazione annuale sulla Performance.

La performance è anche la mappa logica che rappresenta i legami fra la mission aziendale gli indirizzi strategici e gli obiettivi, costituendo una dimensione sintetica ed integrata della articolazione degli obiettivi di performance.

L'Azienda nell'ambito della misurazione e valutazione della performance, ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., vuole includere il fattore strategico delle pari opportunità nel rispetto della direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 2 del 26/6/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e favorire il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche" con la finalità di caratterizzare un ambiente di lavoro che garantisca pari opportunità e benessere organizzativo contrastando ogni forma di violenza e discriminazione e di violenza per i lavoratori. Per tale ragione, si intende adottare il *Piano triennale della azioni positive* sarà allegato al Piano della Performance e costituirà oggetto di valutazione della performance organizzativa aziendale.

L'Azienda ha adottato un regolamento del processo di budget finalizzato a disciplinare le diverse fasi e i soggetti coinvolti.

Le fasi principali sono:

- 1) elaborazione da parte del Comitato di Budget del documento di direttiva linee guida del Budget annuale, e sua presentazione al Collegio di Direzione e all' Organismo Interno di Valutazione (OIV). I Direttori di Dipartimento si faranno carico di trasmetterlo e discuterlo all'interno del Comitato di Dipartimento;
- 2) i Direttori di Dipartimento, dopo la discussione all'interno dei singoli Comitati di Dipartimento, inviano le eventuali proposte di programmi e di obiettivi in linea con il documento di direttiva e le eventuali risorse necessarie , alla Struttura Complessa Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione;
- 3) elaborazione delle schede dei budget delle singole strutture con la verifica delle compatibilità finanziarie ed economiche e invio alla Direzione Aziendale per l'approvazione delle stesse;
- 4) discussione dei budget dei Cdr con i Direttori e Responsabili; e sottoscrizione delle schede finali;
- 5) approvazione con provvedimento del Direttore Generale del Budget Aziendale composto dalle schede di budget dei diversi Cdr;
- 6) anno successivo al budget: rendicontazione dei Direttori e Responsabili dei Centro di Responsabilità (Cdr) e relativo invio alla Struttura Complessa Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico e Controllo di Gestione;
- 7) anno successivo al budget: valutazione dei risultati di budget dei diversi Cdr per la misurazione della performance organizzativa e di quella individuale per il riconoscimento della retribuzione di risultato per la dirigenza e del fondo di produttività per il personale del comparto. Tale valutazione viene svolta con la collaborazione dell'Organismo Interno di Valutazione (OIV) che provvede alla valutazione di seconda istanza. Gli organi e i soggetti coinvolti nel suddetto processo sono: la Direzione Aziendale, il Comitato di Budget, il Controllo di Gestione e i Direttori delle Strutture Complesse, i Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali, i coordinatori sanitari e le posizioni organizzative.

Il regolamento contiene un'istruzione operativa con i criteri per l'assegnazione dei punteggi nelle schede di budget (performance organizzativa) e per il collegamento con la performance individuale.

Tale regolamento è allineato agli indirizzi espressi dal Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri nelle "Linee guida per il Piano della *performance*" n. 1 del giugno 2017.

3.2 Il processo di budget 2020 e i relativi obiettivi

La Struttura Complessa Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione ha fatto nel gennaio-febbraio una prima definizione degli obiettivi di budget 2020.

Tali obiettivi sono stati rivisti in marzo-aprile in seguito al verificarsi dell'emergenza Covid-19 che ha comportato una ridefinizione importante dei budget in modo specifico per i dipartimenti ospedalieri, distrettuali e territoriali. Gli obiettivi sono stati allineati alle azioni e agli interventi necessari per fronteggiare l'emergenza covid-19.

I budget delle strutture afferenti alla Direzione Strategica Aziendale (Staff), al Dipartimento di Prevenzione e al Dipartimento Tecnico-Amministrativo hanno subito parziali modifiche con l'implementazione di alcuni obiettivi legati alla emergenza COVID-19 relativamente anche alle attività di supporto alle altre strutture operative di cura e assistenza.

La Struttura Complessa Governo e Rischio Clinico su disposizione del Commissario Straordinario ha ripreparato prontamente, in seguito alla emergenza sanitaria verificatasi, le schede di budget svolgendo un costante ed efficace lavoro di ridefinizione degli obiettivi.

La fase finale del processo di budget 2020 non è avvenuta con una discussione in presenza con i diversi responsabili delle strutture come gli scorsi anni ma date le restrizioni e le misure prudenziali richieste dalla stato di pandemia, è stata svolta telefonicamente e via email. Tale modifica del percorso di budget è stato autorizzato dalla Direzione Strategica Aziendale.

Nella tabella seguente sono riportati gli obiettivi di budget 2020 di maggiore rilevanza per ciascun struttura – centro di responsabilità:

| DIPARTIMENTO | STRUTTURA | TIPO OBIETTIVO | OBIETTIVO | RISULTATO ATTESO | INDICATORE | TEMPISTICA | RESPONSABILE MONITORAGGIO |
|--------------|---|---------------------|---|--|---|------------|--|
| CHIRURGICO | CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA' | Indirizzi Aziendali | Riorganizzazione attività Chirurgica EX Pac: Creazione percorso paziente chirurgico ambulatoriale ; creazione Referto informatizzato ; rendicontazione attività Modello S/T | Rendicontazione interventi chirurgici nel Flusso Specialistica ambulatoriale | Elaborazione Istruzione Operativa / elaborazione referto / rendicontazione attività modello S/T | 31/12/2020 | CCD |
| CHIRURGICO | CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA SARZANA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |

| | | | | | | | |
|------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|--|---|------------|--|
| CHIRURGICO | CHIRURGIA PLASTICA | Indirizzi Professioni Sanitarie | Riorganizzazione attività Chirurgica EX Pac: Creazione percorso paziente chirurgico ambulatoriale ; creazione Referto informatizzato ; rendicontazione attività Modello S/T | Rendicontazione interventi chirurgici nel Flusso Specialistica ambulatoriale | Elaborazione Istruzione Operativa / elaborazione referto / rendicontazione attività modello S/T | 31/12/2020 | CCD |
| CHIRURGICO | CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE SARZANA | Indirizzi Aziendali | Riorganizzazione attività Chirurgica EX Pac: Creazione percorso paziente chirurgico ambulatoriale ; creazione Referto informatizzato ; rendicontazione attività Modello S/T | Rendicontazione interventi chirurgici nel Flusso Specialistica ambulatoriale | Elaborazione Istruzione Operativa / elaborazione referto / rendicontazione attività modello S/T | 31/12/2020 | CCD |
| CHIRURGICO | CHIRURGIA VASCOLARE | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| CHIRURGICO | ODONTOIATRIA | Indirizzi Aziendali | Monitoraggio spesa Dispositivi Medici (Escluso dispositivi per CODIV 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2020 | CCD |
| CHIRURGICO | OFTALMOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Riorganizzazione attività Chirurgica EX Pac: Creazione percorso paziente chirurgico ambulatoriale ; creazione Referto informatizzato ; rendicontazione attività Modello S/T | Rendicontazione interventi chirurgici nel Flusso Specialistica ambulatoriale | Elaborazione Istruzione Operativa / elaborazione referto / rendicontazione attività modello S/T | 31/12/2020 | CCD |
| CHIRURGICO | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |



| | | | | | | | |
|---------------|----------------------------------|---------------------|--|--|---|------------|--|
| CHIRURGICO | OTORINOLARINGOIA TRA | Indirizzi Aziendali | Riorganizzazione attività Chirurgica EX Pac: Creazione percorso paziente chirurgico ambulatoriale ; creazione Referto informatizzato ; rendicontazione attività Modello S/T | Rendicontazione interventi chirurgici nel Flusso Specialistica ambulatoriale | Elaborazione Istruzione Operativa / elaborazione referto / rendicontazione attività modello S/T | 31/12/2020 | CCD |
| CHIRURGICO | UROLOGIA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| CURE PRIMARIE | DISTRETTO 17 | Indirizzi Aziendali | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19: MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | CCD |
| CURE PRIMARIE | DISTRETTO 18 | Indirizzi Aziendali | Partecipazione audit per relazionare le motivazioni della somministrazione e dei farmaci ORIGINATOR in luogo del biosimilare nei nuovi pazienti presi in carico | 100% utilizzo molecole biosimilari al netto delle relazioni giustificative per il mancato utilizzo del biosimilare | Evidenza partecipazione audit report audit/erogati report farmaci monitoraggio | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| CURE PRIMARIE | DISTRETTO 19 | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| CURE PRIMARIE | MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE | Indirizzi Aziendali | Monitoraggio spesa farmaci (escluso farmaci H / COVID 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2020 | CCD |
| CURE PRIMARIE | TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |



| | | | | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|---------------------|--|---|--|------------|--|
| DEA | 112 | Indirizzi Aziendali | Revisione e utilizzo ceck-list zaino automedica | Utilizzo ceck-list revisionata al 100% | Consegna ceck list Report mensile monitoraggio e controllo | 31/12/2020 | CCD |
| DEA | ANESTESIA E RIANIMAZIONE | Indirizzi Aziendali | Linee guida per la codifica delle SDO per casi affetti da SARS-COV2 (COVID-19) | Rispetto delle linee guida | Flusso SDO | 31/12/2020 | CCD |
| DEA | CARDIOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Linee guida per la codifica delle SDO per casi affetti da SARS-COV2 (COVID-19) | Rispetto delle linee guida | Flusso SDO | 31/12/2020 | CCD |
| DEA | GASTROENTEROLOGICA | Indirizzi Aziendali | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19: MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | CCD |
| DEA | NEUROLOGIA | Indirizzi Aziendali | Linee guida per la codifica delle SDO per casi affetti da SARS-COV2 (COVID-19) | Rispetto delle linee guida | Flusso SDO | 31/12/2020 | CCD |
| DEA | PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| DEA | PRONTO SOCCORSO SARZANA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| MATERNO INFANTILE | CONSULTORI | Indirizzi ALISA | Attuazione specifiche Tecniche Flusso Consultoriale area Psico-sociale | Rendicontazione attività Flusso Consultoriale | FLUSSO CONSULTORIO | 31/12/2020 | CCD |
| MATERNO INFANTILE | GINECOLOGIA E OSTETRICIA | Indirizzi Aziendali | Rispetto raccomandazioni Donne Gravidе (CODIV-19-19) | Rispetto raccomandazioni | Relazione | 31/12/2020 | Responsabile Rischio Clinico |
| MATERNO INFANTILE | NEONATOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Rispetto raccomandazioni Bambini (CODIV-19-19) | Rispetto raccomandazioni | Relazione | 31/12/2020 | Responsabile Rischio Clinico |



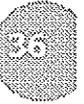
| | | | | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|--|-----------------------|------------|--|
| MATERNO INFANTILE | PEDIATRIA | Indirizzi Aziendali | Rispetto raccomandazioni Bambini (CODIV-19-19) | Rispetto raccomandazioni | Relazione | 31/12/2020 | Responsabile Rischio Clinico |
| MEDICO | CURE INTERMEDIE | Indirizzi Professioni Sanitarie | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19: MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | CCD |
| MEDICO | GERIATRIA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| MEDICO | MALATTIE INFETTIVE | Indirizzi Aziendali | Linee guida per la codifica delle SDO per casi affetti da SARS-COV2 (COVID-19) | Rispetto linee guida | Flusso SDO | 31/12/2020 | CCD |
| MEDICO | MEDICINA INTERNA 1 | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| MEDICO | MEDICINA INTERNA 2 | Indirizzi Aziendali | Monitoraggio spesa Dispositivi Medici (Escluso dispositivi per CODIV 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2020 | CCD |
| MEDICO | MEDICINA MULTISPECIALISTICA SARZANA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| MEDICO | NEFROLOGIA E DIALISI | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |



| | | | | | | | |
|------------|-----------------------------|---------------------|--|--|------------------------|------------|--|
| MEDICO | PNEUMOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19 :MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | CCD |
| MEDICO | RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| ONCOLOGICO | ANATOMIA PATOLOGICA | Direttore Struttura | Analisi categorie diagnostiche, riallestimento preparati inadeguati, introduzione di schede di valutazione prelievo | Aumento detection rate, riduzione inadeguati, miglioramento della qualità dei prelievi | Aumento detection rate | 31/12/2020 | Direttore del Dipartimento |
| ONCOLOGICO | CURE PALLIATIVE E HOSPICE | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| ONCOLOGICO | FISICA SANITARIA | Direttore Struttura | Miglioramento delle tecniche radioterapiche: Numero di pazienti trattati con tecnica VMAT / numero totale dei pazienti trattati >30% | > 30% | Relazione finale | 31/12/2020 | Direttore del Dipartimento |
| ONCOLOGICO | ONCOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Monitoraggio spesa farmaci (escluso farmaci H / COVID 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2020 | CCD |
| ONCOLOGICO | RADIOTERAPIA | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |



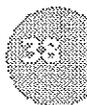
| | | | | | | | |
|-------------|---|--------------|--|---|--|------------------|---------------------------------------|
| PREVENZIONE | EPIDEMIOLOGIA | Quantitativo | Emergenza COVID-19 Sorveglianza sanitaria attiva su tutti coloro che segnalano il rientro dall'estero come stabilito dalla normativa nazionale | Sorveglianza sanitaria attiva su tutti coloro che segnalano il rientro dall'estero come stabilito dalla normativa nazionale | Flusso sorveglianza A.Li.Sa. | 31/12/2020 | Direzione Dipartimento Amministrativo |
| PREVENZIONE | IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE | quantitativo | Georeferenziazione dei punti di prelievo delle acque ad uso consumo umano | Elaborazione dei report indicativi dei punti di prelievo e relativa georeferenziazione | Punti di prelievo e relativa georeferenziazione | Entro 31/12/2020 | CCD |
| PREVENZIONE | IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONE ZOOTECNICHE | quantitativo | Rispetto dei tempi di verifica delle azioni correttive a seguito di prescrizioni nei confronti dell'OSA/OSM al fine di rendere più incisivi i controlli ufficiali (ambito di attività: produttori di latte, benessere animale, riproduzione animale, impiego dei farmaci per uso veterinario, alimentazione animale e produzione e distribuzione di mangimi) | Effettuare nell'80% dei casi le verifiche entro un tempo massimo del 50% superiore rispetto al termine prescritto | % delle verifiche dei controlli effettuati entro il termine previsto/totale delle prescrizioni | Entro 31/12/2020 | CCD |
| PREVENZIONE | IGIENE E SANITÀ PUBBLICA | quantitativo | Avvio indagini epidemiologiche su soggetti COVID-19 positivi | Ricerca contatti e avvio sorveglianza attiva | n. di indagini effettuate a fronte di notifiche/referti TOF pervenuti di soggetti CODIV positivi | Entro 31/12/2020 | CCD |



| | | | | | | | |
|----------------|--|---------------------|--|---|--|------------------|--|
| PREVENZIONE | IGIENE PROD COMM ALIMENTI ORIG ANIMALI E LORO DERIVATI | quantitativo | Rendere più efficaci i controlli ufficiali abbassando i tempi di verifica delle prescrizioni | Rispetto delle tempistiche nell'80% dei casi delle verifiche (il tempo massimo deve essere inferiore alla metà del tempo assegnato per la risoluzione delle non conformità) | Tempo massimo di esecuzione della verifica per la chiusura delle non conformità | Entro 31/12/2020 | CCD |
| PREVENZIONE | MEDICINA LEGALE | qualitativo | Revisione Regolamento Commissione, pubblicazione nuovo bando e ricostituzione delle nuove Commissioni | Ricostituzione nuove Commissioni Invalidi Civili, Cecità, Sordità, Handicap e Disabilità | Pubblicazione entro mese di Settembre 2020, valutazioni e pubblicazione nuova composizione | Entro 31/12/2020 | CCD |
| PREVENZIONE | PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO | quantitativo | Sopralluoghi verifica applicazione misure anti-contagio COVID19 negli ambienti di lavoro | N. 30 sopralluoghi in attività lavorative | Numero sopralluoghi in attività lavorative | Entro 31/12/2020 | |
| PREVENZIONE | SANITÀ ANIMALE | qualitativo | Elaborazione della procedura secondaria di struttura per la gestione del sotto processo attività di controllo ufficiale nel settore malattie infettive degli animali | Elaborazione di efficace procedura per le malattie infettive degli animali | Procedura per le malattie infettive degli animali | Entro 31/12/2020 | CCD |
| SALUTE MENTALE | ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE N. 17 -19 | Indirizzi ALISA | Individuare linee e strategie comuni finalizzate ad uniformare la tipologia dell'offerta tra le diverse sedi erogative(17_18_19) | Omogeneità dell'offerta tra le sedi erogative (17_18_19) | Aggiornamento sito internet Aziendale | 31/12/2020 | Direttore del Dipartimento |
| SALUTE MENTALE | ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE N. 18 | Indirizzi ALISA | Monitoraggio spesa farmaci (escluso farmaci H / COVID 19) | Monitorare uguale anno 2019 | Aggiornamento sito internet Aziendale | 31/12/2020 | CCD |
| SALUTE MENTALE | NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |



| | | | | | | | |
|----------------|--|---------------------|--|--|---------------------------------------|------------|--|
| SALUTE MENTALE | SERT DISTRETTI 17 18 19 | Indirizzi Aziendali | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19 :MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | CCD |
| SALUTE MENTALE | SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC) | Indirizzi Aziendali | Monitoraggio spesa farmaci (escluso farmaci H / COVID 19) | Monitoraggio uguale anno 2019 | Aggiornamento sito internet Aziendale | 31/12/2020 | CCD |
| SALUTE MENTALE | STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |
| SERVIZI | IMMUNOEMATOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI | Indirizzi Aziendali | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19 :MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | Direttore del Dipartimento |
| SERVIZI | LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA | Indirizzi ALISA | Implementazione e parametro analitico codeina nell'analisi matrice cheratinica | 100% | Inserimento parametro nel referto | 30/06/2020 | Direttore del Dipartimento |
| SERVIZI | MEDICINA NUCLEARE | Indirizzi Aziendali | Indicazioni all'impiego DPI in strutture sanitarie. | Rispetto indicazioni Indirizzi Aziendali | Relazione | 31/12/2020 | Direttore Medicina Preventiva e Sicurezza dei Lavoratori |



| | | | | | | | |
|---------|---|---------------------|--|--|-----------------------|------------------|----------------------------|
| SERVIZI | NEURORADIOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19 :MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | Direttore del Dipartimento |
| SERVIZI | PATOLOGIA CLINICA E LABORATORIO ANALISI | Indirizzi Aziendali | Nuova Organizzazione per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19 | Esecuzione elaborazione tampone CODVI-19 | Relazione | 31/12/2020 | Direttore del Dipartimento |
| SERVIZI | RADIOLOGIA | Indirizzi Aziendali | Monitoraggio spesa Dispositivi Medici (Escluso dispositivi per CODIV 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2020 | CCD |
| SERVIZI | SENOLOGIA DIAGNOSTICA | Indirizzi Aziendali | Organizzazione percorso per erogazione attività per affrontare l'emergenza CODIV 19 :MISURE GENERALI IGIENICO-SANITARIE RIGUARDANTI LE SALE ATTESA-CREAZIONE PERCORSI SEPARATI | Riduzione possibilità di contagio | Relazione | 31/12/2020 | Direttore del Dipartimento |
| STAFF | PIANIFICAZIONE E QUALITA' ACCREDITAMENTO FORMAZIONE | Qualitativo | Ricertificazione ISO9001:2015 sul dipartimento dei servizi e su due strutture le dipartimento oncologico | Ricertificazione ISO9001:2015 sul dipartimento dei servizi e su due strutture le dipartimento oncologico | Certificato | Entro 31/12/2020 | CCD |



| | | | | | | | |
|-------|--|-------------|--|---|--|--|---|
| STAFF | DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO | Qualitativo | Implementazione e rafforzamento del sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di Sars-cov2 per i soli casi ospedalizzati | Almeno il 60% - verrà valutato come miglioramento dell'indicatore nel corso del tempo | Numero dei casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data di inizio sintomi/totale dei casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo per i soli casi ospedalizzati | Entro 31/08/2020-31/10/2020-31/12/2020 (n. 3 report) | CCD |
| STAFF | FARMACIA TERRITORIALE | Qualitativo | Realizzazione di un'iniziativa di ricognizione farmacologica in pazienti politerapici in RSA/RP in collaborazione come Rischio Clinico | Realizzazione di un'iniziativa efficace per la ricognizione farmacologica | report dettagliato delle iniziative | Entro 31/12/2020 | Rischio clinico |
| STAFF | GOVERNO E RISCHIO CLINICO, PROGRAMMAZIONE SANITARIA, CONTROLLO DI GESTIONE | Qualitativo | Creazione e implementazione e dei Centri di Costo per il COVID-19 (DL 18/2020 e comunicazione A.Li.Sa.) per il monitoraggio e analisi dei costi | Attivazione su OLIAMM e sui gestionali dei Centri di Costo per COVID 2019 | Piano dei Centri di Costo Covid-19 caricato su OLIAMM, e, <i>monitoraggio e analisi dei costi</i> | Entro 30/04/2020 | OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) |
| STAFF | PROFESSIONI SANITARIE | Qualitativo | Giro della qualità nelle degenze ospedaliere e nelle attività di distretto | Visite effettuate in n. 15 strutture aziendali individuate e relativo completamento delle schede di rilevazione (una per ogni struttura visitata) | Numero visite effettuate e numero schede di rilevazione | Entro 31/12/2020 | Rischio clinico |
| STAFF | SERVIZIO PREVENZIONE INTERNA MEDICINA PREVENTIVA | Qualitativo | Esecuzione degli interventi di prevenzione e protezione per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Completamento degli interventi indicati dal Commissario Straordinario per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | % degli interventi completati sul totale di quelle disposti per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Entro 31/08/2020 | CS (Commissario Straordinario) |

| | | | | | | | |
|------------------------|--|--------------|--|---|--|---|--------------------------------|
| STAFF | STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE | Qualitativo | Gestione delle attività di Servizio sociale a favore delle persone con fragilità socio sanitaria poste in essere per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Efficace gestione delle attività di Servizio sociale a favore delle persone con fragilità socio sanitaria poste in essere per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Relazione sulla gestione | Entro 31/08/2020 | CCD |
| TECNICO AMMINISTRATIVO | AFFARI GENERALI E LEGALI E PATRIMONIO | Qualitativo | Completare le procedure selettive per gli incarichi ad avvocati | Terminare le procedure selettive per gli incarichi agli avvocati | Publicare sul sito con aggiornamenti trimestrali | Entro 31/12/2020 | CCD |
| TECNICO AMMINISTRATIVO | GESTIONE RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE | Quantitativo | Monitoraggio del limite del 3% per l'equilibrio economico con comunicazioni delle criticità emergenti alla Direzione Strategica Aziendale | Monitoraggio della misura del <=3%; (verranno comunque valutati i maggiori costi covid e la riduzione dell'indicatore rispetto al 2019) | Rapporto tra disavanzo desunto dai modelli CE inviati rispetto al finanziamento ordinario ed alle maggiori entrate proprie da inviare alla Direzione Strategica Aziendale nel caso di criticità emergenti | Tempistica Invio CE | CS (Commissario Straordinario) |
| TECNICO AMMINISTRATIVO | GESTIONE RISORSE UMANE | Quantitativo | Impiego del budget annuale di spesa (delibera regionale) assegnato per le assunzioni del personale programmate | Completo utilizzo (80%) del budget annuale di spesa assegnato per le assunzioni del personale programmate | Spese del personale per assunzioni nell'anno/budget annuale di spesa assegnato (delibera regionale) | Report entro 15 giorni dalla fine del trimestre | CCD |
| TECNICO AMMINISTRATIVO | PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ACQUISTI, GESTIONE MAGAZZINO ECONOMALE | Qualitativo | Controllo e monitoraggio della implementazione e della NSO nelle strutture: SIA, URP (...), Affari Generali, Gestione tecnica e Ingegneria Clinica | Controllo e monitoraggio implementazioni e NSO e eventuali azioni correttive per le strutture: SIA, URP Attività amm.ve Ospedale e Territorio, Affari Generali, Gestione Tecnica e Ingegneria Clinica | Attivazione completa NSO nelle strutture: SIA, Affari Generali, URP, Gestione Tecnica e Ingegneria Clinica e verifica su tutti gli ordini previsti in NSO (elaborazione delle linee guida e relativa formazione) | Entro 31/12/2020 | CS (Commissario Straordinario) |



| | | | | | | | |
|------------------------|--|-------------|--|--|--|---------------------|--------------------------------|
| TECNICO AMMINISTRATIVO | URP E ATTIVITA' AMMINISTRATIVE OSPEDALE E TERRITORIO | Qualitativo | Attività di contatto telefonico dei pazienti con prestazioni sospese per COVID-19 fino al 21/6/2020 e ricollocazione a partire da luglio di tutti gli appuntamenti pregressi | Contatto e ricollocazione degli appuntamenti delle prestazioni pregresse, confermate dai prescrittori, a a partire dal mese di luglio | Report mensile con la situazione aggiornata in progress degli appuntamenti ricollocati | Entro il 31/12/2020 | CCD |
| TECNICO AMMINISTRATIVO | GESTIONE TECNICA | Qualitativo | Esecuzione dei lavori, installazione apparecchiature e adeguamento impianti per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Completamento dei lavori, installazione apparecchiature e adeguamento impianti indicati dalla Direzione Strategica Aziendale per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | % degli interventi completati sul totale di quelle disposte dalla Direzione Strategica Aziendale per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Entro il 31/12/2020 | Direzione Strategica Aziendale |
| TECNICO AMMINISTRATIVO | INGEGNERIA CLINICA | Qualitativo | Esecuzione degli acquisti per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Completamento degli acquisti indicati dalla Direzione Strategica Aziendale per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | % degli acquisti sul totale di quelle disposte dalla Direzione Strategica Aziendale per fronteggiare l'emergenza COVID-19 | Entro il 31/12/2020 | Direzione Strategica Aziendale |
| TECNICO AMMINISTRATIVO | SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI | Qualitativo | Implementazione e del gestionale del Pronto Soccorso ONESYS | Avvio sperimentazione del gestionale sullo stabilimento ospedaliero di Levanto | Operatività degli gestionale ONESYS nel Pronto Soccorso dello stabilimento ospedaliero di Levanto | Entro il 15/07/2020 | CCD |



3.3 Il processo di budget 2021 e i relativi obiettivi

La Direzione Strategica Aziendale ha predisposto un documento di indirizzo contenenti le linee generali sulle quali caratterizzare il processo di budget 2021.

In tali linee di indirizzo, si evidenzia come i Servizi Sanitari Regionali, nell'ultimo anno, si siano trovati ad operare in un contesto di difficoltà elevata e generalizzata, legata alla grave pandemia da SARS-CoV-2 tutt'ora in corso. Gli indirizzi per la definizione degli obiettivi di budget 2021 sono quindi necessariamente orientati da un lato ad affrontare l'emergenza, e dall'altro a mantenere le attività ordinarie, volte a soddisfare i bisogni assistenziali non legati all'emergenza e da ultimo, a pianificare azioni che consentano un ritorno graduale alla "normalità", senza dimenticare i nuovi bisogni a lungo termine generati dalla pandemia.

Inoltre, nella definizione della programmazione delle azioni per l'anno 2021, in coerenza con la pianificazione di medio-lungo termine di cui al piano della performance 2020-2022, si è tenuto conto della necessità di garantire l'erogazione di cure appropriate, efficaci, efficienti, sicure e di qualità in un contesto di risorse limitate, nonché dell'esigenza di realizzare un ammodernamento dei servizi.

La Direzione ha elaborato per l'anno 2021 un piano di azioni prioritarie articolato nei seguenti ambiti:

- **gestione dell'emergenza COVID** in base alle esigenze del territorio ed in rapporto agli indirizzi nazionali e regionali;
- **ottimizzazione della gestione dei posti letto aziendali** anche in risposta all'emergenza sanitaria in corso;
- **prosecuzione del processo di miglioramento della sostenibilità economica** già iniziato negli anni scorsi (contenimento dei costi, mantenendo adeguato livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni);
- **riorganizzazione della attività chirurgica** con creazione di percorsi per livello di complessità, e mitigazione degli effetti della pandemia;
- **miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriale** con priorità U, B, D (attività prenotata CUP);
- **aggiornamenti in ambito di tecnologie, qualità e accreditamento;**
- **riorganizzazione e ripresa dell'attività di Screening** con attuazione di strategie strutturate e pianificate.
- **miglioramento della qualità delle prestazioni**, in termini di appropriatezza e della performance di produzione;
- **benessere organizzativo:** promozione di interventi volti a migliorare l'ambiente di lavoro.

Per la definizione degli obiettivi all'interno di queste linee di indirizzo si è fatto ricorso a una analisi di tipo multidimensionale, basata su tre dimensioni:

- **efficacia** intesa come adeguatezza del servizio erogato rispetto agli outcome di salute e alle aspettative degli utenti (interni ed esterni). Gli indicatori di efficacia, infatti misurano la capacità di dare risposte positive ai bisogni espressi dagli stakeholders. Il fine è quello di migliorare i processi interni verso tali prospettive;
- **efficienza** intesa come capacità di utilizzare le risorse in modo sostenibile e tempestivo nel processo di produzione ed erogazione dei servizi, cioè la capacità di produrre beni e servizi, ottimizzando il tempo e le risorse impiegati. Gli indicatori relativi a questo ambito consentono di misurare le prestazioni erogate e le risorse utilizzate;
- **impatto**, dimensione che misura l'effetto generato dai servizi sui destinatari nel medio e lungo termine nell'ottica di creare "valore pubblico".



Ne deriva che gli obiettivi strategici corrispondenti alle linee di indirizzo ed alle tre dimensioni di analisi possono essere raggruppate nelle seguenti aree strategiche:

- **appropriatezza e efficienza Area Ospedaliera:** gli obiettivi tendono a migliorare gli indici di produzione, qualità ed appropriatezza delle prestazioni legate e non all'emergenza sanitaria a vantaggio dell'assistito;
- **appropriatezza e efficienza Area Territoriale:** gli obiettivi sono volti a migliorare l'offerta dei servizi territoriali assicurando l'integrazione ospedale/ territorio anche al fine di favorire la deospedalizzazione;
- **appropriatezza e efficienza Area Amministrativa/Staff:** gli obiettivi intendono revisionare processi e percorsi per una migliore efficacia dei servizi amministrativi e di staff a supporto dei servizi sanitari e per un più razionale utilizzo delle risorse disponibili;
- **screening:** gli obiettivi pianificano interventi strutturali per migliorare e riprendere l'estensione degli screening mammografico, della cervice uterina e del colon retto;
- **esiti:** gli obiettivi tendono a migliorare la performance degli indicatori del P.N.E.



Esempio di classificazione degli obiettivi secondo linee di indirizzo, dimensioni e area strategica

| AZIONE | LINEA INDIRIZZO | DIMENSIONE | AREA STRATEGICA |
|---|--|---------------------|--|
| Aumento % dimissioni ricovero ordinario nei giorni festivi | Ottimizzazione gestione posti letto | Efficienza | Area Ospedaliera |
| Elaborazione e implementazione Istruzione Operativa per WEEK SURGEY | Riorganizzazione attività chirurgica | Efficienza, Impatto | Area Ospedaliera |
| Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali | Miglioramento tempi di attesa attività ambulatoriale | Efficienza, Impatto | Area Ospedaliera e Territoriale |
| Indagine di clima Aziendale | Benessere organizzativo | Efficienza, Impatto | Area Territoriale, Ospedaliera, Amministrativa |
| Percorsi di presa in carico Dimissioni Difficili | Aggiornamento Procedure cliniche | Efficacia | Area Ospedale e Territoriale |

Sono di seguito riportate delle tabelle esemplificative degli obiettivi di budget 2021 assegnati:

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Chirurgia Multispecialistica

| Obiettivo 2021 | Risultato Atteso | Indicatore | Tempistica | Peso Ass.to Dirigenza | Peso Ass.to Comparto | Strutture Coinvolte | Responsabile Monitoraggio | Note |
|--|---|------------|------------|-----------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|------|
| Aumento % dimissioni ricovero ordinario nei giorni festivi | =>5 % rispetto anno precedente e giorni festivi | Flusso SDO | 31/12/2021 | 10 | 5 | | CCD | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|----|----|---|--|---|
| Elaborazione e attivazione Istruzione Operativa per procedure chirurgiche presso WEEK SURGERY e DAY SURGERY | Elaborazione Istruzione Operativa (Format Aziendale) e applicazioni della stessa | Consegna Istruzione Operativa approvata su formato Aziendale | 30/06/2021 Elaborazione Istruzione Operativa. 31/12/2021 Sua Applicazione | 15 | 0 | Istruzione Operativa condivisa all'interno del Dipartimento Chirurgico / S.C. Anestesia e Rianimazione /S.C. Ginecologia e Ostetricia, S.C. Direzione Medica di Presidio, s.c. Pianificazione e Qualità Accreditazione Formazione | CCD | |
| Riduzione Lista di Attesa Chirurgica | Riduzione lista attesa chirurgica di 2 liste con tempo >6 mesi | Report Giugno e Report Dicembre (Liste Pre-ricovero) | Report 30/06/2021. Report 31/12/2021 | 15 | 0 | | CCD | |
| Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriale facenti parte del elenco PNGLA con priorità U, B , D (attività prenotata CUP) | =100% Priorità U =>95% Priorità B =>85% Priorità D | Miglioramento/mantenimento tempi di attesa nell'arco temporale delle due rilevazioni "ex_ante" effettuate nel secondo semestre 2021 . Strumento di monitoraggio flusso " monitoraggio ex-ante tempi di attesa" | 31/12/2021 | 10 | 0 | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E CONV. | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E E CONV. | Partenza obiettivo dopo la conclusione e di B2021 (rivalutazione emergenza COVID_19) |
| Diffusione e condivisione andamento Budget 2021 di tutto il personale della Struttura | => 3 incontri durante l'anno 2021 | Inoltro verbali incontri Effettuati / report con le presenze | 31/12/2021 | 10 | 5 | | CCD | |
| Chiusura Scheda di Dimissione Ospedaliera entro la prima scadenza Regionale | 100% | Report totale dimessi/ totale schede chiuse | 31/12/2021 | 5 | 0 | S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | DMPO | |
| Revisione Documento Organizzativo della Struttura (Sistema Qualità) | Revisione Documento Organizzativo (Format Aziendale) | Pubblicazione Documento Organizzativo Sito Intranet Sistema Qualità) | 31/12/2021 | 10 | 10 | S.S. Accreditazione e Qualità | CCD | |
| Stesura Regolamento Sale Operatorie | Nuovo Regolamento Sale Operatorie | Consegna Regolamento Sale Operatorie | 31/12/2021 | 10 | | Regolamento condiviso all'interno del Dipartimento Chirurgico / S.C. Anestesia e Rianimazione /S.C. Ginecologia e Ostetricia, S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | CCD | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|----|-----------------------------|------------------------------|--|
| Pianificazione e Riduzione del Giorni di Ferie Pregresse all'anno 2020 | Riduzioni giornali di ferie pregresse del 5% | Report : N°Giorni Ferie accumulate/ N °Ferie erogate | 31/12/2021 | 5 | 5 | | S.C. Risorse Umane | |
| Indagine interna sul clima organizzativo - BENESSERE ORGANIZZATIVO. Somministrazione di un questionario, come strumento conoscitivo, per individuare e misurare numericamente, in modo attendibile e corretto, le criticità, i punti di forza, le aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi. | Compilazione del questionario informatizzato e anonimo da parte degli stakeholder | N. di stakeholder a cui viene somministrato il questionario ----- x 100 N. di stakeholder che compilano correttamente il questionario validato | <u>1° step</u> a maggio condivisione del progetto con il personale interessato <u>2° step</u> da giugno a ottobre somministrazione del questionario <u>3° step</u> da novembre a gennaio analisi dei questionari , elaborazione dei risultati e proposta di processi di miglioramento i mediante la stesura di una relazione conclusiva | 0 | 35 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |
| Adesione alla richiesta dell'Università di Genova su questionario "Studio di ricerca sulle aggressioni al personale infermieristico". Diffusione del link a tutti i coordinatori aziendali | Massima divulgazione e da parte dei coordinatori al personale coordinato ai fini di una elevata adesione | Numero di questionari compilati pari ad almeno 60% dei dipendenti coinvolti | <u>1° step</u> febbraio condivisione del progetto con i coordinatori interessati <u>2° step</u> somministrazione del questionario informatizzato e anonimo entro 30 aprile <u>3° step</u> monitoraggio dei questionari recapitati al richiedente (Uni Ge) in corso d'opera <u>4° step</u> entro il 30 novembre condivisione dei risultati | 0 | 35 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |
| Monitoraggio spesa Farmaci | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2021 | 5 | 0 | | CCD | |



DIPARTIMENTO MEDICO

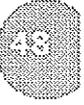
Medicina 1

| Obiettivo 2021 | Risultato Atteso | Indicatore | Tempistica | Peso Ass.to Dirigenza | Peso Ass.to Comparato | Strutture Coinvolte | Responsabile Monitoraggio | Note |
|---|---|---|------------|-----------------------|-----------------------|---|--|---|
| Aumento % dimissioni ricovero ordinario nei giorni festivi | =>5 % rispetto anno precedente giorni festivi | Flusso SDO | 31/12/2021 | 5 | 5 | | CCD | |
| Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriale facenti parte del elenco PNGLA con priorità U, B, D (attività prenotata CUP) | =100% Priorità U =>95% Priorità B =>85% Priorità D | Miglioramento/mantenimento tempi di attesa nell'arco temporale delle due rilevazioni "ex_ante" effettuate nel secondo semestre 2021. Strumento di monitoraggio flusso " monitoraggio ex-ante tempi di attesa" | 31/12/2021 | 10 | 0 | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E CONV. | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E CONV. | Partenza obiettivo dopo la conclusione di B2021 (rivalutazione emergenza COVID_19) |
| Diffusione e condivisione andamento Budget 2021 di tutto il personale della Struttura | => 3 incontri durante l'anno 2021 | Inoltro verbali incontri Effettuati / report con le presenze | 31/12/2021 | 10 | 5 | | | |
| Chiusura Scheda di Dimissione Ospedaliera entro la prima scadenza Regionale | 100% | Report totale dimessi/ totale schede chiuse | 31/12/2021 | 15 | 0 | S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | DMPO | |
| Revisione Documento Organizzativo della Struttura (Sistema Qualità) | Revisione Documento Organizzativo (Format Aziendale) | Pubblicazione Documento Organizzativo Sito Intranet Sistema Qualità) | 31/12/2021 | 20 | 10 | S.S. Accreditamento e Qualità | CCD | |
| Revisione Procedura : Percorsi di presa in carico per Dimissioni Difficili | Ottimizzazione la gestione posti letto e migliorare la presa in carico dell'assistito da parte del territorio | Consegna procedura revisionata | 31/12/2021 | 25 | 0 | Dipartimento Medico, S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, S.C. Distretto 17, S.C. Distretto 18, S.C. Distretto 19 | CCD | |
| Pianificazione e Riduzione dei Giorni di Ferie Pregresse all'anno 2020 | Riduzioni giorni di ferie pregresse del 5% | Report : N°Giorni Ferie accumulate/ N °Ferie erogate | 31/12/2021 | 5 | 5 | | S.C. Risorse Umane | |

Piano Performance 2020-2022

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
S.C. Pianificazione, Qualità e Accreditamento, Formazione

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--|----------|-----------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <p>Indagine interna sul clima organizzativo - BENESSERE ORGANIZZATIVO. Somministrazione di un questionario, come strumento conoscitivo, per individuare e misurare numericamente, in modo attendibile e corretto, le criticità, i punti di forza, le aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi.</p> | <p>Compilazione del questionario informatizzato e anonimo da parte degli stakeholder</p> | <p>N. di stakeholder a cui viene somministrato il questionario --- ----- x 100 N. di stakeholder che compilano correttamente il questionario validato</p> | <p>1° step a maggio condivisione del progetto con il personale interessato 2° step da giugno a ottobre somministrazione del questionario 3° step da novembre a gennaio analisi dei questionari, elaborazione dei risultati e proposta di processi di miglioramenti mediante la stesura di una relazione conclusiva</p> | <p>0</p> | <p>35</p> | <p>Tutto il Personale Comparto</p> | <p>S.C. Professione e Sanitarie</p> | |
| <p>Adesione alla richiesta dell'Università di Genova su questionario "Studio di ricerca sulle aggressioni al personale infermieristico". Diffusione del link a tutti i coordinatori aziendali</p> | <p>Massima divulgazione e da parte dei coordinatori al personale coordinato ai fini di una elevata adesione</p> | <p>Numero di questionari compilati pari ad almeno 60% dei dipendenti coinvolti</p> | <p>1° step febbraio condivisione del progetto con i coordinatori interessati 2° step somministrazione del questionario informatizzato e anonimo entro 30 aprile 3° step monitoraggio dei questionari recapitati al richiedente (Uni Ge) in corso d'opera 4° step entro il 30 novembre condivisione dei risultati</p> | <p>0</p> | <p>35</p> | <p>Tutto il Personale Comparto</p> | <p>S.C. Professione e Sanitarie</p> | |
| <p>Monitoraggio spesa Farmaci</p> | <p>Minore /uguale anno 2019</p> | <p>Report finale (OLIAM)</p> | <p>31/12/2021</p> | <p>5</p> | <p>0</p> | | <p>CCD</p> | |
| <p>Monitoraggio spesa Dispositivi Medici (Escluso dispositivi per CODIV 19)</p> | <p>Minore /uguale anno 2019</p> | <p>Report finale (OLIAM)</p> | <p>31/12/2021</p> | <p>5</p> | <p>5</p> | | <p>CCD</p> | |



DEA

Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

| Obiettivo 2021 | Risultato Atteso | Indicatore | Tempistica | Peso Ass.to Dirigenza | Peso Ass.to Comparto | Strutture Coinvolte | Responsabile Monitoraggio | Note |
|--|---|---|--|-----------------------|----------------------|---|------------------------------|------|
| Aumento % dimissioni ricovero ordinario nei giorni festivi | =>5 % rispetto anno precedente giorni festivi | Flusso SDO | 31/12/2021 | 5 | 5 | | CCD | |
| Chiusura Scheda di Dimissione Ospedaliera entro la prima scadenza Regionale | 100% | Report totale dimessi/ totale schede chiuse | 31/12/2021 | 5 | 0 | S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | DMPO | |
| Diffusione e condivisione andamento Budget 2021 di tutto il personale della Struttura | => 3 incontri durante l'anno 2021 | Inoltro verbali incontri Effettuati / report con le presenze | 31/12/2021 | 10 | 5 | | CCD | |
| Revisione Documento Organizzativo della Struttura (Sistema Qualità) | Revisione Documento Organizzativo (Format Aziendale) | Pubblicazione Documento Organizzativo Sito Intranet Sistema Qualità) | 31/12/2021 | 10 | 5 | S.S. Accreditemento e Qualità | CCD | |
| Indagine interna sul clima organizzativo - BENESSERE ORGANIZZATIVO. Somministrazione di un questionario, come strumento conoscitivo, per individuare e misurare numericamente, in modo attendibile e corretto, le criticità, i punti di forza, le aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi. | Compilazione del questionario informatizzato e anonimo da parte degli stakeholder | N. di stakeholder a cui viene somministrato il questionario ----- x 100 N. di stakeholder che compilano correttamente il questionario validato | 1° step a maggio condivisione del progetto con il personale interessato 2° step da giugno a ottobre somministrazione del questionario 3° step da novembre a gennaio analisi dei questionari , elaborazione dei risultati e proposta di processi di miglioramenti mediante la stesura di una relazione conclusiva | 0 | 30 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |
| Adesione alla richiesta dell'Università di Genova su questionario "Studio di ricerca sulle aggressioni al personale | Massima divulgazione e da parte coordinatori al personale coordinato | Numero di questionari compilati pari ad almeno 60% dei dipendenti coinvolti | 1° step febbraio condivisione del progetto con i coordinatori interessati 2° step | 0 | 35 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |



Piano Performance 2020-2022

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
S.C. Pianificazione, Qualità e Accreditemento, Formazione

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----|---|--|------------------------------------|--|
| infermieristico". Diffusione del link a tutti i coordinatori aziendali | ai fini di una elevata adesione | | somministrazione del questionario informatizzato e anonimo entro 30 aprile 3° step monitoraggio dei questionari recapitati al richiedente (Uni Ge) in corso d'opera 4° step entro il 30 novembre condivisione dei risultati | | | | | |
| Monitoraggio spesa Farmaci | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2021 | 5 | 0 | | CCD | |
| Monitoraggio spesa Dispositivi Medici (Escluso dispositivi per CODIV 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2021 | 5 | 5 | | CCD | |
| Applicazione della DRG N 941/2019 : Linee di indirizzo nazionale Triage | Applicazioni e Linee di indirizzo nazionale Triage | Gestionale SIO | 31/12/2021 | 15 | 5 | S.C. Pediatria , S.C. Pronto Soccorso Medicina D'urgenza; S.C. Sistemi Informativi Aziendali | CCD | |
| Applicazione della DRG N 941/2019 : Linee di indirizzo nazionale OBI | Applicazioni e Linee di indirizzo nazionale OBI | Gestionale SIO | 31/12/2021 | 20 | 0 | S.C. Pediatria , S.C. Pronto Soccorso Medicina D'urgenza; S.C. Sistemi Informativi Aziendali | CCD | |
| Partecipazione Corsi Formazione Progetto Informatizzazione NUOVO Gestionale PS | Avviamento e utilizzo nuovo Gestionale Ps | Report: Corsi Formazione/ N° Discenti | 31/12/2021 | 20 | 5 | S.C. Pediatria , S.C. Pronto Soccorso Medicina D'urgenza; S.C. Sistemi Informativi Aziendali | S.C. Sistemi Informativi Aziendali | |
| Pianificazione e Riduzione dei Giorni di Ferie Pregresse all'anno 2020 | Riduzioni giorni di ferie pregresse del 5% | Report : N°Giorni Ferie accumulate/ N °Ferie erogate | 31/12/2021 | 5 | 5 | | S.C. Risorse Umane | |
| Aumento % dimissioni ricovero ordinario nei giorni festivi | =>5 % rispetto anno precedente giorni festivi | Flusso SDO | 31/12/2021 | 15 | 5 | | CCD | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|----|----|--|--|---|
| Elaborazione Istruzione Operativa : percorso del Paziente che afferisce alla sindrome COVID e valutazione di processo | Creazione Percorso per la gestione del Paziente che presenta la sindrome COVID | Consegna Istruzione Operativa | 30/06/2021 | 15 | 5 | | CCD | |
| Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriale facenti parte del elenco PNGLA con priorità U, B, D (attività prenotata CUP) | =100% Priorità U =>95% Priorità B =>85% Priorità D | Miglioramento/mantenimento tempi di attesa nell'arco temporale delle due rilevazioni "ex_ante" effettuate nel secondo semestre 2021 . Strumento di monitoraggio flusso " monitoraggio ex-ante tempi di attesa" | 31/12/2021 | 15 | 0 | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E CONV. | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E CONV. | Partenza obiettivo dopo la conclusione di B2021 (rivalutazione emergenza COVID_19) |
| Diffusione e condivisione andamento Budget 2021 di tutto il personale della Struttura | => 3 incontri durante l'anno 2021 | Incontro verbali incontri Effettuati / report con le presenze | 31/12/2021 | 10 | 5 | | CCD | |
| Chiusura Scheda di Dimissione Ospedaliera entro la prima scadenza Regionale | 100% | Report totale dimessi/ totale schede chiuse | 31/12/2021 | 15 | 0 | S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | DMPO | |
| Revisione Documento Organizzativo della Struttura (Sistema Qualità) | Revisione Documento Organizzativo (Format Aziendale) | Pubblicazione Documento Organizzativo Sito Intranet Sistema Qualità) | 31/12/2021 | 15 | 5 | S.S. Accreditamento e Qualità | CCD | |
| Pianificazione e Riduzione dei Giorni di Ferie Pregresse all'anno 2020 | Riduzioni giorni di ferie pregresse del 5% | Report : N°Giorni Ferie accumulate/ N °Ferie erogate | 31/12/2021 | 5 | 5 | | S.C. Risorse Umane | |
| Indagine interna sul clima organizzativo - BENESSERE ORGANIZZATIVO. Somministrazione di un questionario, come strumento conoscitivo, per individuare e misurare numericamente, in modo attendibile e corretto, le criticità, i punti di forza, le aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi. | Compilazione del questionario informatizzato e anonimo da parte degli stakeholder | N. di stakeholder a cui viene somministrato il questionario ----- x 100 N. di stakeholder che compilano correttamente il questionario validato | 1° step a maggio condivisione del progetto con il personale interessato 2° step da giugno a ottobre somministrazione del questionario 3° step da novembre a gennaio analisi dei questionari , elaborazione dei risultati e proposta di processi di miglioramenti mediante la stesura di una relazione conclusiva | 0 | 35 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |



| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|----|-----------------------------|------------------------------|--|
| Adesione alla richiesta dell'Università di Genova su questionario "Studio di ricerca sulle aggressioni al personale infermieristico". Diffusione del link a tutti i coordinatori aziendali | Massima divulgazione da parte dei coordinatori al personale coordinato ai fini di una elevata adesione | Numero di questionari compilati pari ad almeno 60% dei dipendenti coinvolti | 1° step febbraio condivisione del progetto con i coordinatori interessati 2° step somministrazione del questionario informatizzato e anonimo entro 30 aprile 3° step monitoraggio dei questionari recapitati al richiedente (Uni Ge) in corso d'opera 4° step entro il 30 novembre condivisione dei risultati | 0 | 35 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |
| Monitoraggio spesa Farmaci | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2021 | 5 | 0 | | CCD | |
| Monitoraggio spesa Dispositivi Medici (Escluso dispositivi per CODIV 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2021 | 5 | 5 | | CCD | |



DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Distretto Sociosanitario n. 17

| Obiettivo 2021 | Risultato Atteso | Indicatore | Tempistica | Peso Ass.to Dirigenza | Peso Ass.to Comparto | Strutture Coinvolte | Responsabile Monitoraggio | Note |
|---|---|--|------------|-----------------------|----------------------|--|--|---|
| Monitoraggio spesa Farmaci | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2021 | 5 | 0 | | CCD | |
| Monitoraggio spesa Dispositivi Medici (Escluso dispositivi per CODIV 19) | Minore /uguale anno 2019 | Report finale (OLIAM) | 31/12/2021 | 5 | 5 | | CCD | Escluso Protesica |
| Miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriale facenti parte del elenco PNGLA con priorità U, B, D (attività prenotata CUP) | =100% Priorità U =>95% Priorità B =>85% Priorità D | Miglioramento/mantenimento tempi di attesa nell'arco temporale delle due rilevazioni "ex_ante" effettuate nel secondo semestre 2021. Strumento di monitoraggio flusso "monitoraggio ex-ante tempi di attesa" | 31/12/2021 | 15 | 0 | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E CONV. | SS GOVERNO CLINICO ATTIVITA' AMB AZIENDALE E CONV. | Partenza obiettivo dopo la conclusione di B2021 (rivalutazione emergenza COVID_19) |

Piano Performance 2020-2022

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
S.C. Pianificazione, Qualità e Accreditamento, Formazione

| | | | | | | | | |
|--|---|---|--|----|----|--|------------------------------|--|
| Diffusione e condivisione andamento Budget 2021 di tutto il personale della Struttura | => 3 incontri durante l'anno 2021 | Inoltro verbali incontri Effettuati / report con le presenze | 31/12/2021 | 10 | 5 | | CCD | |
| Revisione Documento Organizzativo della Struttura (Sistema Qualità) | Revisione Documento Organizzativo (Format Aziendale) | Pubblicazione Documento Organizzativo Sito Intranet Sistema Qualità) | 31/12/2021 | 5 | 5 | S.S. Accreditazione e Qualità | CCD | |
| Pianificazione e Riduzione dei Giorni di Ferie Pregresse all'anno 2020 | Riduzioni giorni di ferie pregresse del 5% | Report : N°Giorni Ferie accumulate/ N °Ferie erogate | 31/12/2021 | 5 | 5 | | S.C. Risorse Umane | |
| Revisione Procedura : Percorsi di presa in carico per Dimissioni Difficili | Ottimizzazione la gestione posti letto e migliorare la presa in carico dell'assistito da parte del territorio | Consegna procedura revisionata | 31/12/2021 | 20 | 5 | Dipartimento Medico, S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | CCD | |
| Aggiornamento sito Internet Aziendale prestazioni Offerte | Omogeneità dell'offerta all' interno dei Distretti 17_18_19 | Aggiornamento sito internet Aziendale | 31/12/2020 | 10 | 5 | S.C.Distretto 18, S.C. Distretto 19 | CCD | |
| Indagine interna sul clima organizzativo - BENESSERE ORGANIZZATIVO. Somministrazione di un questionario, come strumento conoscitivo, per individuare e misurare numericamente, in modo attendibile e corretto, le criticità, i punti di forza, le aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi. | Compilazione del questionario informatizzato e anonimo da parte degli stakeholder | N. di stakeholder a cui viene somministrato il questionario ----- x 100 N. di stakeholder che compilano correttamente il questionario validato | 1° step a maggio condivisione del progetto con il personale interessato 2° step da giugno a ottobre somministrazione del questionario 3° step da novembre a gennaio analisi dei questionari , elaborazione dei risultati e proposta di processi di miglioramenti mediante la stesura di una relazione conclusiva | 0 | 35 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |
| Adesione alla richiesta dell'Università di Genova su questionario "Studio di ricerca sulle aggressioni al personale infermieristico". Diffusione del link a | Massima divulgazione e da parte dei coordinatori al personale coordinato ai fini di una elevata | Numero di questionari compilati pari ad almeno 60% dei dipendenti coinvolti | 1° step febbraio condivisione del progetto con i coordinatori interessati 2° step somministrazione del | 0 | 35 | Tutto il Personale Comparto | S.C. Professione e Sanitarie | |



Piano Performance 2020-2022

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
S.C. Pianificazione, Qualità e Accredimento, Formazione

| | | | | | | | | |
|--|---|---|---|----|---|--|-----|--|
| tutti i coordinatori aziendali | adesione | | questionario informatizzato e anonimo entro 30 aprile 3° step monitoraggio dei questionari recapitati al richiedente (Uni Ge) in corso d'opera 4° step entro il 30 novembre condivisione dei risultati | | | | | |
| Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva territoriale | Monitorare la spesa la spesa Farmaceutica | N° 4 Report Trimestrale da inviare MMG/PLS . Almeno N 4 Istruttorie iperprescrittori | 31/12/2021 | 15 | 0 | S.C. Distretto 17, S.C. Distretto 19, S.C. Farmacia Territoriale | CCD | |
| Potenziamento della presa in carico domiciliare | Miglioramento del dato rispetto anno precedente | Rapporto tra n° prese in carico complessive e popolazione over 65 (flusso SIAD) | 31/12/2021 | 10 | 0 | Tutti i Distretti 17_18_19 | CCD | |



STAFF

Direzione Medica di Presidio

| Obiettivo 2021 | Risultato Atteso | Indicatore | Tempistica | Peso Ass.to Dirigenza | Peso Ass.to Comparto | Strutture Coinvolte | Responsabile Monitoraggio |
|--|--|--|------------|-----------------------|----------------------|---|---------------------------|
| Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriale facenti parte l'elenco PNGLA con priorità U, B, D (attività prenotata CUP) e Supporto alle strutture per riorganizzare le Agende Ambulatoriali | =100% Priorità U =>95% Priorità B =>85% Priorità D | Miglioramento/mantenimento tempi di attesa nell'arco temporale delle due rilevazioni "ex_ante" effettuate nel secondo semestre 2021 . Strumento di monitoraggio flusso " monitoraggio ex-ante tempi di attesa" | 31/12/2021 | 20 | 10 | TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO attività AMBULATORIALE PER ESTERNI | CCD |
| Monitoraggio Chiusura Scheda di Dimissione Ospedaliera entro la prima scadenza Regionale e azioni correttive | 100% | Report totale dimessi/ totale schede chiuse mensile | 31/12/2021 | 10 | 30 | TUTTE LE STRUTTURE CHE EROGANO attività DI RICOVERO | CCD |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|----|----|--|--------------------|
| Elaborazione e attivazione Istruzione Operativa per procedure chirurgiche a medio/bassa complessità presso WEEK SURGERY E DAY SURGERY | Elaborazione Istruzione Operativa (Format Aziendale) e applicazione della stessa | Consegna Istruzione Operativa approvata su formato Aziendale | 30/06/2021 Elaborazione Istruzione Operativa. 31/12/2021 Sua Applicazione | 10 | 10 | Istruzione Operativa condivisa all'interno del Dipartimento Chirurgico / S.C. Anestesia e Rianimazione/S.C. Ginecologia e Ostetricia, S.C. Pianificazione e Qualità Accrediatamento , Formazione | CCD |
| Pianificazione e Riduzione dei Giorni di Ferie Pregresse all'anno 2020 | Riduzioni giorni di ferie pregresse del 5% | Report : N°Giorni Ferie accumulate/ N °Ferie erogate | 31/12/2021 | 5 | 5 | | S.C. Risorse Umane |
| Stesura Regolamento Sale Operatorie | Nuovo Regolamento Sale Operatorie | Consegna Regolamento Sale Operatorie | 31/12/2021 | 10 | 5 | Regolamento condiviso all'interno del Dipartimento Chirurgico / S.C. Anestesia e Rianimazione/S.C. Ginecologia e Ostetricia | CCD |
| Revisione Documento Organizzativo della Struttura (Sistema Qualità) | Revisione Documento Organizzativo (Format Aziendale) | Pubblicazione Documento Organizzativo Sito Intranet (Sistema Qualità) | 31/12/2021 | 10 | 15 | S.S. Accrediatamento e Qualità | CCD |
| Diffusione e condivisione andamento Budget 2021 di tutto il personale della Struttura | => 3 incontri durante l'anno 2021 | Inoltro verbali incontri Effettuati / report con le presenze | 31/12/2021 | 10 | 15 | | |
| Revisione Procedura : Percorsi di presa in carico per Dimissioni Difficili | Ottimizzazione la gestione posti letto e migliorare la presa in carico dell'assistito da parte del territorio | Consegna procedura revisionata | 31/12/2021 | 15 | 10 | Dipartimento Medico , S.C.Distetto 17, S.C.Distetto 18, S.C.Distetto 19 | CCD |
| Monitoraggio andamento spesa farmaceutica ospedaliera | Monitorare la spesa la spesa Farmaceutica | N° 3 Report Trimestrale andamento spesa farmaceutica ospedaliera (elaborazione entro 30 gg dalla conclusione di ogni trimestre) Almeno 3 Incontri con i Responsabili dei Dipartimenti /Strutture che hanno evidenziato incremento di spesa. | 31/12/2021 | 10 | 0 | S.C. Farmacia Territoriale | CCD |



DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO

Gestione Tecnica

| Tipo obiettivo | Obiettivo | Struttura Coinvolta | Risultato Atteso | Indicatore | Tempistica | Peso Ass.to Dirigenza | Peso Ass.to Comparato | Responsabile Monitoraggio | Note |
|----------------|---|--|---|--|--|-----------------------|-----------------------|--|------|
| Qualitativo | Comunicazione a tutto il personale della struttura degli obiettivi negoziati e verifica periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi e implementazioni e delle azioni correttive | | Comunicazione a tutto il personale della struttura degli obiettivi negoziati e verifica periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi e implementazione delle azioni correttive | N. 3 verbali datati e firmati da tutto il personale: n. 1 di prescrizione schede di budget, n. 2 relativo al monitoraggio degli obiettivi e relative azioni correttive, n. 3 relativo al monitoraggio degli obiettivi di budget e relative azioni correttive | n. 1 verbale entro 15 giorni dalla firma del budget; n. 2 entro 6 mesi dalla firma del budget; n. 3 entro 10 mesi dalla firma del budget | 5 | 5 | CCD | |
| Qualitativo | Supporto tecnico alla procedura di costruzione del nuovo stabilimento ospedaliero del Felettino | | Affidamento incarico di espletamento gara stazione appaltante | Delibera di affidamento incarico di espletamento gara stazione appaltante | Entro il 30/06/2021 | 8 | 8 | Direzione Strategica Aziendale | |
| Qualitativo | Effettuare ordini NSO secondo le linee guida del MEF 21 gennaio 2021 | | Ordini NSO secondo le linee guida del MEF 21 gennaio 2021 | Effettuazione di tutti gli ordini contratti legali secondo l'NSO | Entro il 31/12/21 | 8 | 8 | SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie - CCD | |
| Qualitativo | Report sulle spese per interventi COVID-19 da rendicontare alla Regione e trasmettere per conoscenza alla SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'anno 2020 | SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie | Report sulle spese per interventi COVID-19 da rendicontare alla Regione e trasmettere per conoscenza alla SC Gestione Risorse Economiche | Report sulle spese per interventi COVID-19 da rendicontare alla Regione e trasmettere per conoscenza alla SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'anno 2020 | Entro il 30/06/2021 | 9 | 9 | SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e CCD | |

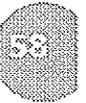
Piano Performance 2020-2022

S.C. Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
S.C. Pianificazione, Qualità e Accreditamento, Formazione

| | | | | | | | | | | |
|-------------|---|--|---|---|---------------------|----|----|--|--|--|
| | | | he e Finanziarie dell'anno 2020 | | | | | | | |
| Qualitativo | Report sulle spese per interventi COVID-19 da rendicontare alla Regione e trasmettere per conoscenza alla SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'anno 2020 | SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie | Report sulle spese per interventi COVID-19 da rendicontare alla Regione e trasmettere per conoscenza alla SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'anno 2020 | Report sulle spese per interventi COVID-19 da rendicontare alla Regione e trasmettere per conoscenza alla SC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'anno 2020 | Entro il 31/12/2021 | 10 | 10 | SC Gestione e Risorse Economiche e Finanziarie e CCD | | |
| Qualitativo | Sistemazione area esterna S.Bartolomeo | | Sistemazione area esterna S.Bartolomeo | Completa Sistemazione area esterna S.Bartolomeo | Entro il 31/12/2021 | 15 | 15 | Direzione Strategica Aziendale | | |
| Qualitativo | Chiusura del cantiere di Levanto | | Chiusura del cantiere di Levanto | Avvenuta chiusura del cantiere di Levanto | Entro il 31/12/2021 | 15 | 15 | Direzione Strategica Aziendale | | |
| Qualitativo | Chiusura lavori c/o totem incassi ticket c/o S.Andrea | | Chiusura lavori c/o totem incassi ticket c/o S.Andrea | Avvenuta chiusura lavori c/o totem incassi ticket c/o S.Andrea | Entro il 31/12/2021 | 10 | 10 | Direzione Strategica Aziendale | | |
| Qualitativo | Recupero ferie arretrate anno/anni precedenti | | Avvenuto recupero ferie arretrate anno/anni precedenti | Azzeramento ferie arretrate del personale afferente alla struttura | Entro il 31/12/2021 | 5 | 5 | CCD | | |



| | | | | | | | | | | |
|-------------|---|--|---|---|---------------------|---|---|------|--|--|
| Qualitativo | Invarianza delle risorse umane presente in organico salvo diversa disposizione della Direzione Strategica Aziendale | | Invarianza delle risorse umane presente in organico salvo diversa disposizione della Direzione Strategica Aziendale | risorse umane afferente alla struttura 2020/risorse umane afferente alla struttura 2021 (eccetto diverse disposizioni della Direzione Strategica Aziendale) | Entro il 31/12/2021 | 5 | 5 | CCD | | |
| Qualitativo | Attuazione sugli adempimenti degli obblighi trasparenza (pubblicazioni)al legato al Piano triennale della corruzione e della trasparenza 2020-2023 | | Corretto adempimento degli obblighi trasparenza sulla base delle indicazioni RPCT | Relazione completa sugli adempimenti degli obblighi della trasparenza | Entro il 31/12/2021 | 5 | 5 | RPCT | | |
| Qualitativo | Applicazione misure prevenzione e anticorruzione sia generali che specifiche come da registro rischi allegato al Piano triennale della corruzione e della trasparenza 2020-2023 | | Corretta applicazione delle misure di prevenzione della corruzione e anticorruzione | Relazione annuale sull'anticorruzione | Entro il 31/12/2021 | 5 | 5 | RPCT | | |



3.4 Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Gli obiettivi della performance organizzativa sono declinati negli obiettivi individuali da attribuire ai dirigenti titolari di incarico, ai dirigenti amministrativi e al personale del comparto che ha funzioni di coordinamento o organizzative completando quindi la fase programmatica del ciclo di gestione della performance.

Negli Accordi Integrativi Aziendali vigenti per le dirigenze dei diversi ruoli e per il comparto sono definite le quote di valutazione del diverso personale e precisamente quanto incide il risultato di budget: performance organizzativa e quanto incide la performance individuale di ogni risorsa umana.

All'interno della performance individuale è altresì stabilito quanto pesano gli obiettivi individuali (per il personale ai quali sono assegnati) e quanto pesano le valutazioni dei comportamenti organizzativi e professionali (competenze) sulla base di apposite schede di valutazione differenziate per incarico e profilo professionale sia per la dirigenza sia per il comparto.

Sono previste delle valutazioni intermedie in interazione con il valutato prima di arrivare al giudizio finale ed è previsto un comitato al quale il dipendente può ricorrere nel caso non ritenga corretta la sua valutazione.

Tale sistema vale sia per la distribuzione della retribuzione di risultato e del fondo di produttività sia costituisce uno degli elementi di valutazione ai fini dell'attribuzione e valutazione degli incarichi.



Il Dipartimento della Funzione Pubblica ha emanato le “Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale” n. 5 del dicembre 2019 che sono in linea con il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance che è stato implementato dall’Azienda.

In tali linee guida si suggeriscono anche metodi di valutazione che non fanno parte attualmente del sistema aziendale che potrebbero però essere implementati: a) la valutazione dal basso (nella quale i collaboratori esprimono un giudizio sul proprio superiore), b) la valutazione tra pari (nella quale sono coinvolti i colleghi, soprattutto quelli con i quali si ha un rapporto più costante e rilevante); c) la valutazione degli stakeholder esterni (per esempio, da parte degli utenti di un servizio erogato dall’ufficio o di un campione di cittadini opportunamente individuato o da altri portatori di interessi).

Tali sistemi sono già stati oggetto di valutazione e potrebbero essere opportunamente inseriti come sviluppo dei modi di valutazione esistenti.

Precisamente si tratterebbe di implementare una valutazione a 360° che prevede l’utilizzo combinato di tutte le tipologie di valutazione.

4. Il Programma Regionale Restart Sanità

4.1 Risposta al fabbisogno sanitario: domanda, criticità e principali azioni nel breve-medio periodo (2021/2022)

La Regione Liguria con deliberazione n. 717 del 6 agosto 2021 ha approvato il programma di “Risposta al fabbisogno sanitario aggiuntivo: domanda, criticità e principali azioni nel breve-medio periodo (2021/2022)” finalizzato a recuperare la mancata produzione sanitaria in seguito all’impatto prodotto dalla pandemia SARS-Cov2 e a sviluppare l’offerta al fine di contenere la mobilità passiva.

Le aziende e enti sanitari regionali sono chiamati a pianificare e programmare le proprie attività sanitarie e sociosanitarie in un’ottica di medio termine sulla base degli indirizzi del sopra citato piano regionale.

In estrema sintesi, sono previsti:

1. interventi normativi relativi al nuovo regolamento sulla libera professione sulla base delle linee guida regionali;
2. interventi regolatori sull’attività chirurgica a bassa complessità quali la revisione del manuale autorizzazione day surgery per attività presso strutture territoriali.

Le aree prioritarie di intervento dovranno essere le seguenti:

- a) Ortopedia, con particolare riferimento all’attività chirurgica protesica e interventi maggiori;
- b) Area Cardiovascolare con particolare riferimento all’attività cardiocirurgica, all’angiografia e alla chirurgia vascolare;
- c) Oncologia, con indirizzo specifico al potenziamento dell’attività di screening;
- d) Urologia e Ginecologia;
- e) Otorinolaringoiatria;
- f) Oculistica ambulatoriale con particolare riferimento agli interventi sul cristallino e alle Iniezioni intravitreali;
- g) Neuroriabilitazione;
- h) Specialistica Ambulatoriale.

L’Azienda sta programmando le attività relative al Piano di Restart.