

DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE F.F.

Delibera n. **518** del **4 LUG. 2019**

Il Direttore Generale F.F., Dott. Riccardo ZANELLA

Su proposta dei Direttori delle Strutture Complesse
Governo e Rischio Clinico, Programmazione Sanitaria e Controllo di Gestione
Pianificazione e Qualità, Accreditemento e Formazione

adotta la seguente deliberazione:

Oggetto: Piano Performance 2017-2019 – aggiornamento annuale 2019.

Oneri derivanti dall'adozione del provvedimento: nessuno.

Di cui a carico del corrente esercizio: nessuno.

Aut. _____ C.E. _____

- Dato atto che l'art. 10 del Decreto Legislativo n. 150 del 2009 come modificato e integrato dal Decreto Legislativo n. 74 del 2017 prevede che al fine di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigano il Piano della Performance e la Relazione sulla Performance;
- Preso atto che con deliberazione del Direttore Generale n. 419 del 25 maggio 2018 ad oggetto "Piano Performance 2017-2019 – aggiornamento annuale 2018" si è provveduto ad aggiornare il Piano Triennale della Performance sulla base dei cambiamenti organizzativi implementati e degli indirizzi regionali e obiettivi aziendali dell'anno 2018;
- Considerato che occorre procedere all'aggiornamento annuale relativo al 2019 tenendo conto dei seguenti atti e provvedimenti:
 - Linee guida per il Sistema di Valutazione della Performance del Dipartimento della Funzione Pubblica emanate a partire dal dicembre 2017;
 - deliberazioni della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) adottate a partire dal 2010 e indirizzi dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) che ha dato istruzioni operative per la predisposizione del documento programmatico che dà avvio al ciclo della gestione della performance;
 - 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;
 - la deliberazione di Giunta regionale n. 7 dell'11/01/2019 con la quale sono stati dati gli indirizzi operativi alle Aziende Sociosanitarie Ligure sulla base delle indicazioni dell'Agenzia Sanitaria Ligure (A.Li.Sa.) e la deliberazione di Giunta Regionale n. 22 del 18/01/2019 che ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali che sono stati declinati negli obiettivi di budget del 2019 (performance organizzativa) e costituiranno riferimenti determinanti degli obiettivi individuali da attribuire ai dirigenti e al personale del comparto titolari di incarichi di organizzazione o di funzione (performance individuale);
 - 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.), e ristruttura l'organizzazione aziendale e le relative funzioni con rilevanti cambiamenti nelle configurazioni dipartimentali;
 - 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";
 - la deliberazione del Direttore Generale n. 668 del 16/8/2018 "Preso 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";
 - 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)";

- 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";
 - 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";
 - 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";
- Considerato che le suddette disposizioni regionali e aziendali hanno comportato un processo di ristrutturazione organizzativa che ha determinato un allungamento dei tempi della programmazione annuale che ha influito sullo svolgimento delle diverse fasi del processo di budget dell'anno corrente;
 - Valutato che la suddetta nuova configurazione organizzativa deve essere completata con l'approvazione del nuovo funzionigramma;
 - Valutato che la programmazione annuale, il processo di budget costituiscono la parte fondamentale dell'aggiornamento annuale del Piano della Performance;
 - Dato atto che l'Organismo Indipendente di Valutazione nella seduta del 29 aprile c.a. ha verificato che il controllo di gestione sta svolgendo in modo efficace il processo di budget rispettando le disposizioni vigenti in materia.

Tanto premesso

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

In virtù dei poteri di cui alle deliberazioni del Direttore Generale n. 517 del 19/6/2018 e n. 424 del 3/6/2019;

Sentito il parere conforme del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di considerare la premessa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il "Piano della Performance 2017-2019 Aggiornamento annuale 2019" allegato n. 1 quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di pubblicare il suddetto piano sul sito ASL n. 5 nella sezione "Amministrazione Trasparente";
4. di dare atto che tale provvedimento non comporta alcuna spesa a carico del bilancio;

5. di pubblicare il presente provvedimento sul sito istituzionale aziendale, ai fini della massima trasparenza ed accessibilità totale, ai sensi della vigente normativa, e di pubblicarlo altresì all'Albo Pretorio informatico di questo Ente, ai sensi dell'art. 32 della Legge 69/2009.

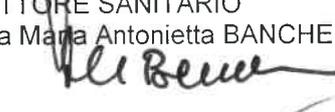
I PROPONENTI
Il Direttore della Struttura Complessa
Governare e Rischio Clinico, Programmazione
Sanitaria e Controllo di Gestione
(Dott. Ermanno PASERO)

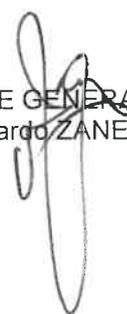
PER LA REGISTRAZIONE CONTABILE
Il Direttore della Struttura Complessa
Gestione delle Risorse
Economiche e Finanziarie
(Dott. Fabio CARGIOLLI)

Il Direttore facente funzioni
della Struttura Complessa
Pianificazione e Qualità, Accreditemento e
Formazione
(Dott.ssa Maria Antonietta BANCHERO)


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Riccardo ZANELLA)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott.ssa Maria Antonietta BANCHERO)


IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
(Dott.ssa Maria Alessandra MASSEI)


IL DIRETTORE GENERALE F.F.
(Dott. Riccardo ZANELLA)

Estensore del provvedimento: Dott. Carlo Oliva

Delibera n. _____ del _____ composta di n. 4 pagine e n. 1 allegato.

518

4 LUG. 2019



Sistema Sanitario Regione Liguria
Azienda Socio-sanitaria Ligure 5
LA SPEZIA



PIANO PERFORMANCE

2017 – 2019

Aggiornamento annuale 2019

INDICE

1. Il Piano della Performance.....	3
1.1 Riferimenti normativi del Piano	4
1.2 Il ciclo di gestione della performance	5
2. L’Azienda Sociosanitaria Locale ASL5	6
3. Analisi del contesto esterno ed interno	14
3.1 Il contesto esterno	14
3.1.1. Il nuovo contesto regionale: PSSR 2017 -2019.....	15
3.2 Il contesto interno.....	16
3.2.1 Il Nuovo modello organizzativo.....	20
3.2.2. Le strutture e i professionisti convenzionati.....	22
3.3 Stakeholder.....	23
4. Aree e obiettivi strategici.....	24
4.1 Indirizzi Strategici.....	24
4.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi: il processo di budget	25
4.3 I principali obiettivi di budget 2019	26
5. Il Coordinamento con il PTPCT 2017-2019.....	32
6. Il sistema di valutazione della performance individuale.....	32
7. Correlazione con il sistema di valutazione della performance individuale.....	33



1. 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.

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 del sito istituzionale aziendale denominata "Amministrazione Trasparente".

1.1 Riferimenti normativi del Piano

Il presente piano, modificato per l'aggiornamento annuale, 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.

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 n. 6 del 15 gennaio 2018 che da indirizzi operativi alle aziende e enti sanitari per le attività sanitarie e sociosanitarie per l'anno 2018 che sono declinati negli obiettivi di budget del 2018 (performance organizzativa) e negli obiettivi individuali da attribuire ai dirigenti e funzionari del comparto titolari di incarichi professionali e gestionali;
3. 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.
4. 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";
5. n. 668 del 16/8/2018 "Presenza 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."
6. 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)";
7. 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.
8. 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"
9. 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".

1.2 Il ciclo di gestione della performance

Il Piano avvia Il ciclo di gestione della performance articolato, attraverso il processo del budget annuale, nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di controllo interni e di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

2. L'Azienda Sociosanitaria Locale ASL5

L'Azienda Sociosanitaria Locale n. 5 spezzino 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

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

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, Ortonovo, 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, Ortonovo, 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 ad 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 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.

La riforma sanitaria ligure con la legge regionale n. 27/2016 ha assegnato alle ASL 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 e Amministrativo, 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.

La mission aziendale è quindi incentrata sulla promozione della tutela dei cittadini e sull'integrazione della risposta assistenziale sanitaria e socio sanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali, espresse dagli Enti territoriali.

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 Medico del Presidio Ospedaliero, dai Direttori di Distretto, dal Responsabile dell'area infermieristica e da un rappresentante dei medici di medicina generale (MMG).

Il nuovo organigramma è il seguente:



Afferenza funzionale

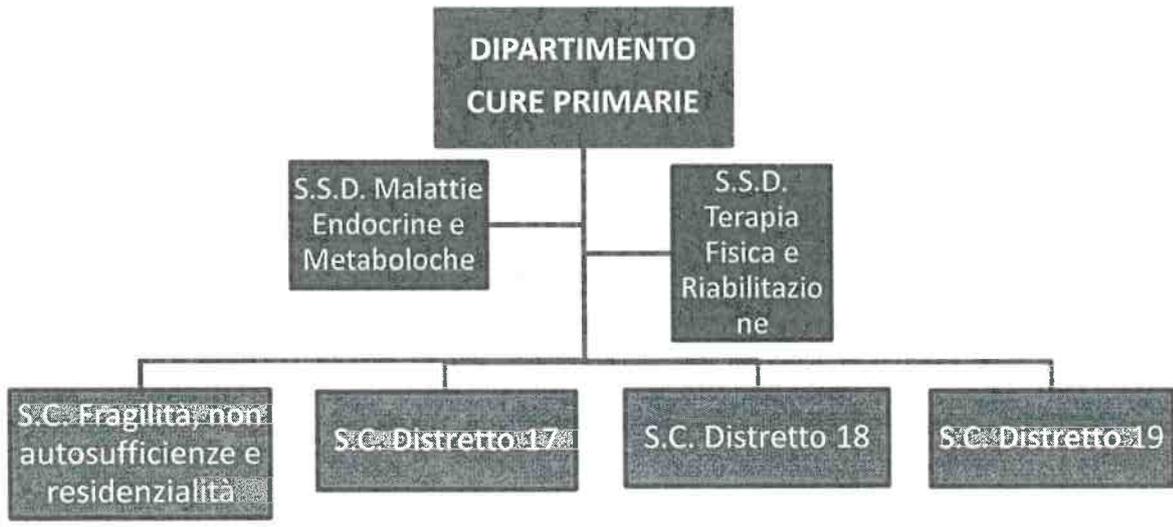
La S.C. Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura - inserita nel Dipartimento Salute Mentale - dipende funzionalmente dal Direttore Sanitario
 la S.S.D. Cure Palliative e Hospice - inserita nel Dipartimento Oncologico - dipende funzionalmente dal Direttore Sociosanitario
 la S.S.D. Consultori - inserita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

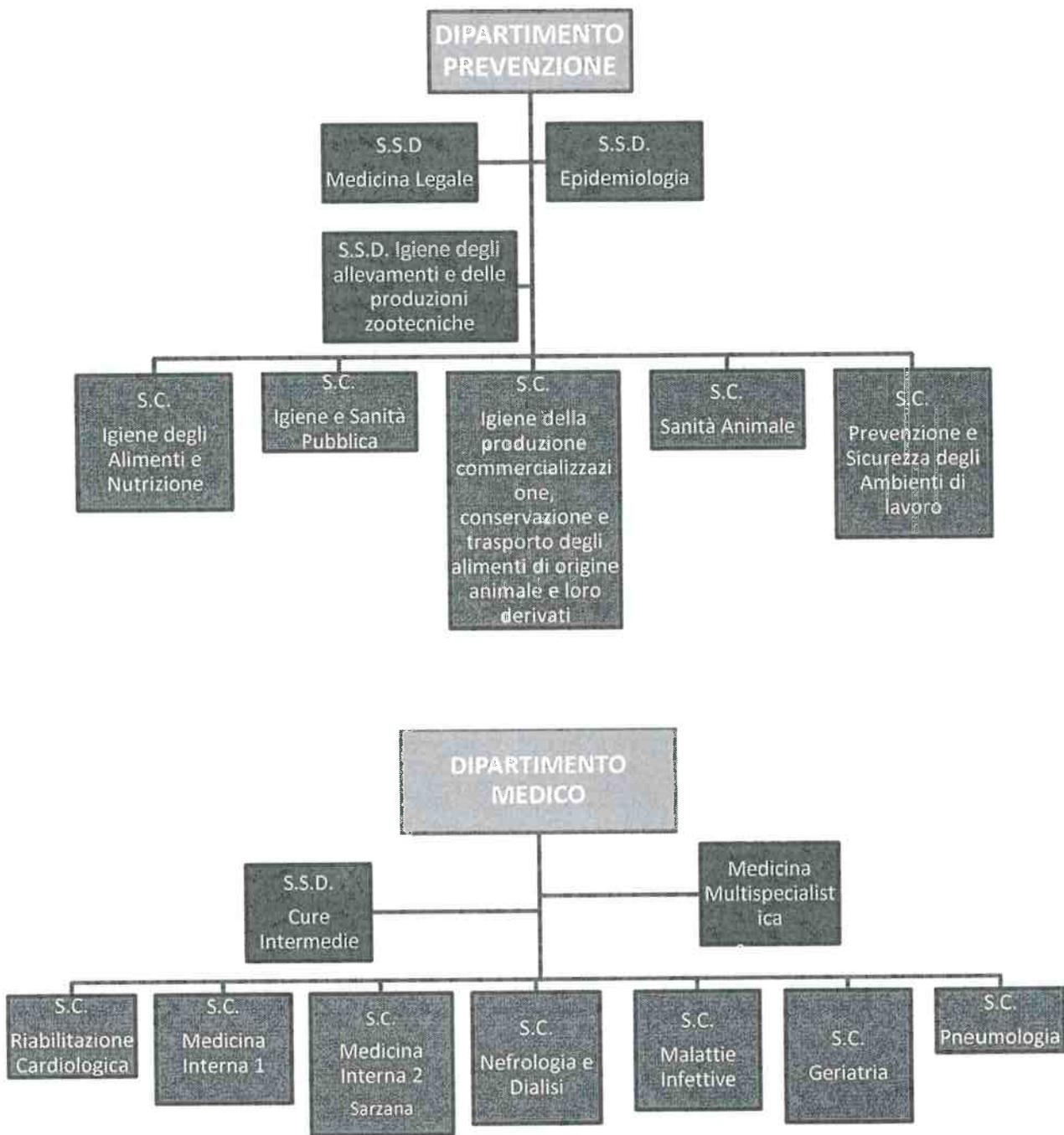


Afferenza funzionale
 La Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, la S.C. Professioni Sanitarie e la S.C. Governo e rischio clinico, programmazione sanitaria e controllo di gestione dipendono funzionalmente dal Direttore Sanitario
 La S.C. Servizio Prevenzione Interna e Medicina Preventiva dipende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



*La S.C. Prevenzione, Trasparenza, Anticorruzione cessa il 30.6.2019









Alcune strutture complesse di nuova istituzione saranno attive con la nomina di Direttori a seguito dell'espletamento delle procedure selettive.

3. Analisi del contesto esterno ed interno

L'analisi del contesto è il processo per determinare 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.

3.1 Il contesto esterno

L'Azienda Sociosanitaria Locale 5 opera su 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 219.909 residenti, distribuiti in 29 comuni e 3 distretti socio sanitari.

La distribuzione per età della popolazione residente è la seguente:

	Popolazione	Percentuale sul totale
Residenti 0 – 14 anni	24.987	11.4
Residenti 15- 64 anni	134.263	61
Residenti ≥ 65 anni	60.659	27.6
Totale Residenti	219.909	100

Fonte: Istat- Popolazione residente al 1° gennaio 2018 - <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 2018 erano presenti 60.659 persone con 65 anni e più, pari al 27,6% 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 253.2; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi erano ben 253 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. L'indagine PASSI d'Argento nel periodo 2016-17 ha permesso di individuare tre sottogruppi di persone con 65 anni e oltre. La valutazione si è basata su caratteristiche come l'autonomia nelle attività di base o in quelle strumentali della vita quotidiana (ADL Activities of Daily Living e IADL Instrumental Activities of Daily Living), la presenza di malattie croniche e di altri fattori di rischio. Si è stimato che:

Piano Performance 2017-2019 – Aggiornamento 2019

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

- Circa 3 anziani su 4, pari a oltre 44.500 persone, sono in buona salute o a basso rischio di fragilità e disabilità;
- oltre 7.500 persone presentano invece segni di fragilità e sono a rischio di scivolare nella disabilità;
- altrettante 7.500 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 2016-17. ASL 5 Spezzino In fase di pubblicazione

Un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino è la presenza straniera: al 1° gennaio 2018 risultavano 19.776 residenti stranieri pari al 9% 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 2018 - <http://www.demo.istat.it>).

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

Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la nostra provincia erano pari a 14.416 persone il 1° gennaio 2018, di questi 5.212 titolari di permesso con scadenza e i rimanenti 9.204 titolari di permesso a lunga scadenza (ultimo dato ufficiale Fonte: ISTAT - Cittadini non comunitari regolarmente presenti in Italia <http://dati.istat.it/Index.aspx>).

3.1.1. Il nuovo contesto regionale: PSSR 2017 -2019

La delibera della Giunta Regionale n. 7 del gennaio 2017 precisa come il processo di riforma del Servizio Sanitario Ligure ha in oggi punti fermi nella legge regionale n. 17 del 29/7/2016 "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio sanitaria", nella Legge regionale n. 27 del 18 /11/ 2016 "Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e nella Legge Regionale 29 luglio 2016 n. 17 (Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria) della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio sanitaria".

La prima ha attribuito all'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) funzioni di programmazione operativa e di governo delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale nonché la responsabilità della gestione sanitaria accentrata (GSA) prevista dal D.Lgs. 23.11.2011 n. 118; la seconda ha rimodulato la mission delle ex Aziende Sanitarie Locali prospettando una maggiore integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza socio-sanitaria.

In questo contesto le Aziende socio-sanitarie (AA.SS.LL.) hanno rivisto, alla luce dei nuovi criteri, la propria organizzazione rispetto a una "mission" aziendale incentrata sulla promozione della tutela degli assistiti e sull'integrazione della risposta assistenziale sanitaria e sociosanitaria, in stretta sinergia con le politiche sociali espresse dagli Enti territoriali.

Con deliberazione n° 1 del 12/01/2017 A.Li.Sa, proprio in considerazione delle nuove competenze assegnate dalle citate leggi regionali ha definito gli "Indirizzi Operativi per le Attività Sanitarie e Sociosanitarie per l'anno 2017".

Il Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2017-2019, è stato approvato con deliberazioni della Giunta Regionale n. 21 del 5 dicembre 2017 e n. 6 del 15/1/2018, A.Li.Sa. ha dato gli indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie aziendali alle Aziende Sanitarie Locali per l'anno 2018. I principali obiettivi sono stati: il rafforzamento delle attività dei DIAR (Dipartimenti Interaziendali Regionali) e l'implementazione del nuovo sistema autorizzativo e di accreditamento delle strutture sociosanitarie, il miglioramento del governo della spesa farmaceutica, delle tecnologie sanitarie, dei flussi informativi e delle risorse umane.

Ogni Azienda ha inoltre elaborato il proprio Processo Organizzativo Aziendale – POA che ha considerato: un modello assistenziale in cui insiste la rete clinica e la triplice unitarietà di presa in carico, di progetto assistenziale e di governance sul territorio; la ridefinizione degli assetti organizzativi aziendali per assicurare l'integrazione e il raccordo delle competenze e professionalità mediche e sanitarie.

Per l'anno 2019, ALISA ha fornito gli indirizzi operativi alle Aziende con deliberazione di Giunta regionale n. 7 dell'11/01/2019 e con la deliberazione di Giunta Regionale n. 22 del 18/01/2019 ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sociosanitarie liguri che sono stati declinati negli obiettivi di budget assegnati alle diverse strutture come illustrato nel paragrafo 4.2 "Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi: il processo di budget".

3.2 Il contesto interno

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
- 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 domiciliarità 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.

I posti letto al 31.12.2018 gestiti direttamente sono pari a 437 ordinari di cui 8 a pagamento. I posti letto DH sono 43 e i DS sono 14 così suddivisi:

Presidio Ospedaliero Levante Ligure

Stabilimento S. Andrea La Spezia		Dicembre 2018			
Unita operativa		p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
0909	SC CHIRURGIA GENERALE	15	3	1	
1401	SC CHIRURGIA VASCOLARE	6		1	
2401	SC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	15		2	
2605	SC MEDICINA GENERALE	43		1	
2901	SC NEFROLOGIA	8		1	
3101	SSD NIDO	14			
3201	SC NEUROLOGIA	30		1	
3501	SC ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA			2	
3603	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	33			1
3701	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	15		2	
3801	SC OTORINOLARINGOIATRIA	6	2		
3901	SC PEDIATRIA	6			
3902	PEDIATRIA INFETTIVI	3			
4001	SC PSICHIATRIA	21		1	
4903	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10			
5001	SC UNITA' CORONARICA	11			2
5101	SC MEDICINA D'URGENZA	10			
5604	SC TERAPIA FISICA E RIABILITAZIONE	3			
5605	RIABILITAZIONE ORTOPEDICA	3			
5606	RIABILITAZIONE PSICHIATRICA			2	
5801	SC GASTROENTEROLOGIA				1
6403	SC ONCOLOGIA	6		16	
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6			
TOTALE		264	5	30	4

Stabilimento S. Nicolò Levanto		Dicembre 2018			
Unita operativa		p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
6003	SSD CURE INTERMEDIE	14			
TOTALE		14			

Stabilimento S. Bartolomeo Sarzana		Dicembre 2018			
Unita operativa		p.letto degenza ordinaria	di cui a pagamento	p.letto day-hospital	p.letto day-surgery
0801	SC CARDIOLOGIA CLINICA	12		1	
0905	SC CHIRURGIA GENERALE	2	2		2
1201	SSD CHIRURGIA PLASTICA	2			1
1402	CHIRURGIA VASCOLARE				1
2102	SC GERIATRIA	24			
2604	SC MEDICINA GENERALE	46		5	
3402	SC OCULISTICA	1			2
3604	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12			3
4304	SC UROLOGIA	9	1		1
4904	TERAPIA INTENSIVA	3			
5603	CARDIOLOGIA RIABILITATIVA	6		2	
6405	SC ONCOLOGIA			3	
6801	SC PNEUMOLOGIA	20		1	
	CENTRO ANTALGICO			1	
	MULTISPECIALISTICA MEDIA INTENSITA'	14			
TOTALE		151	3	13	10

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					12			3	
Altro tipo di struttura territoriale	15			11					

3.2.1. Il nuovo Modello organizzativo

La riforma sanitaria ligure con la Legge regionale n. 27 del 2016 ha assegnato alle ASL 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 socio sanitarie;
- 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 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 e Amministrativo, al fine di superare l'attuale inadeguatezza e frammentazione della risposta socio sanitaria;
- l'istituzione di Dipartimenti interaziendali, al fine di favorire modalità di integrazione organizzativa e di contenimento dei costi.

L'ASL 5, 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
- 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

Il modello organizzativo aziendale, adottato come ordinario per la gestione operativa, è quello per Dipartimenti che permette anche un ambito privilegiato di Governo Clinico. Il Dipartimento è infatti l'articolazione organizzativa ideale in ambito sanitario per il conseguimento di obiettivi organizzativi (come coordinamento delle attività di assistenza sanitaria, ma non solo), degli obiettivi strategici (come il potenziamento della risposta alle sollecitazioni di servizio – tipicamente il miglioramento delle liste di attesa), degli obiettivi clinici (come il miglioramento della qualità dell'assistenza) e degli obiettivi economici (quali ad esempio il budget).

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.

Le tipologie di dipartimento possono essere:

- strutturale : dove si realizza la gestione integrata di attività assistenziali e di servizio;
- funzionale: con limitata integrazione operativa e gestionale, ma con un ruolo di indirizzo e di governo culturale e tecnico di alcuni settori sanitari.

La Direzione di Dipartimento è affidata su base fiduciaria dal Direttore Generale ad uno dei Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento, tenendo conto degli obiettivi assegnati al Dipartimento stesso, nonché dell'esperienza professionale, organizzativa e gestionale e della capacità di leadership dei candidati al ruolo.

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).

In questo quadro le linee di sviluppo previste per l'ASL 5 Spezzino 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 socio-sanitaria ad ogni singolo utente. Per far ciò si rende necessario un coordinamento che vede la regia nel nuovo ruolo del direttore socio-sanitario, vero motore del continuum di cura ed assistenza.

3.2.2 Le Strutture e professionisti convenzionati

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 .

Tabella 1

07000 Alma Mater La Spezia		Dicembre 2018			
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

Tabella 2

11400 Don Gnocchi		Dicembre 2018			
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

Piano Performance 2017-2019 – Aggiornamento 2019

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

Tabella 5 – Strutture convenzionate prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali

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						1	
Struttura residenziale					4	2	19	6	
Struttura semiresidenziale					1	1	2	7	1

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

Tabella 6- Assistenza semiresidenziale e residenziale

Tipo di struttura	Posti letto Assistenza agli anziani	Posti letto Assistenza ai disabili fisici	Posti letto Assistenza ai minori ¹
Struttura residenziale	700*	119	9
Struttura semi-residenziale	37	85	4

*Comprese le RSA gestione diretta n. 60.

Relativamente alla medicina generale, l'azienda opera mediante 172 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 187.851 (numero di assistiti da anagrafe sanitaria), e 22 pediatri di libera scelta che assistono complessivamente una popolazione pari a 21.842 unità.

3.3 Stakeholder

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

¹ Per le strutture in cui sono inseriti i minori non viene fatta una convenzione, bensì un atto deliberativo aziendale in cui si autorizza l'inserimento, poiché sono uno o pochi utenti per ciascuna struttura.

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

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.

4. Aree ed obiettivi strategici :

4.1 Indirizzi strategici

La strategia aziendale dell'ASL 5 Spezzino è in linea con la strategia regionale che ha delineato i seguenti principi contenuti nell'allegato alla deliberazione di giunta Regionale (DGR) n. 7 del 2017:

- Suddivisione dell'Azienda in un'area territoriale e in una ospedaliera.

Nell'area territoriale è individuata la sede di riferimento e di confronto con gli Enti locali, al fine di superare carenze di coordinamento e integrazione delle attività e delle prestazioni sanitarie con l'offerta assistenziale dei Comuni.

- collaborazione e raccordo con l'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) nel monitoraggio dei bisogni territoriali e della corrispondenza dell'offerta agli stessi nonché degli accordi contrattuali;
- introduzione della figura del Direttore Sociosanitario che affianca nella direzione aziendale i direttori sanitario e amministrativo, al fine di superare l'attuale inadeguatezza e frammentazione della risposta socio sanitaria;
- l'istituzione di Dipartimenti interaziendali (DIAR) al fine di favorire modalità di integrazione organizzativa e di contenimento dei costi;
- focus sulla presa in carico del paziente cronico.

In questo quadro istituzionale si esplicita la strategia aziendale dell'ASL 5 che mira a superare le performance attuali offerte ai cittadini attraverso:

- la modifica dei dipartimenti aziendali con azioni di efficacia, qualità e centralità del paziente;
- l'integrazione sovra aziendale con i dipartimenti interaziendali preparando al contempo la ASL 5 ad un'ulteriore crescita dell'offerta tecnica;
- una riorganizzazione che con una migliore offerta tecnica ed un coordinamento tra le specialità, unita ad una crescita dell'offerta dei servizi assistenziali, consenta l'individuazione in loco dei servizi assistenziali cui abbisogna il cittadino diminuendo la mobilità passiva;
- una riorganizzazione del Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) con potenziamento delle performance del Pronto Soccorso per dare risposte rapide ai bisogni di emergenza urgenza;
- il miglioramento delle prestazioni del Pronto Soccorso;
- l'integrazione ospedale territorio per mantenere la presa in carico dei pazienti;
- una intesa con i medici di medicina generale (MMG) per potenziare l'offerta territoriale ed il suo coordinamento tra i servizi, così da migliorare la presa in carico degli assistiti;
- l'integrazione sociosanitaria anche con l'inserimento di una figura apicale di direzione;
- il governo della mobilità passiva con incremento delle performance tecnico-sanitarie e di governo della specialistica ambulatoriale;
- il miglioramento della rete di offerta per diminuire la mobilità passiva, anche con azioni di ottimizzazione delle liste di attesa, anche con la collaborazione delle strutture private accreditate, inserite nel territorio di competenza.

4.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi: il processo di budget

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 2019 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 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.

4.2 I principali obiettivi di budget 2019

Per l'anno 2019, ALISA ha fornito gli indirizzi operativi alle Aziende con deliberazione di Giunta regionale n. 7 dell'11/01/2019 e con la deliberazione di Giunta Regionale n. 22 del 18/01/2019 ha assegnato gli obiettivi ai Direttori Generali della Aziende Sociosanitarie liguri.

Gli indirizzi regionali del 2019 sono stati declinati negli obiettivi di budget delle strutture aziendali secondo quanto sotto esposto:

Piano Performance 2017-2019 – Aggiornamento 2019

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

- l'aumento del 2% della produzione e la diminuzione dei costi del 3% sui farmaci e del 5% sui beni sanitari sono stati attribuiti a tutti i Dipartimenti Aziendali salvo quelli nei quali si era già verificata un'opera di razionalizzazione che ha comportato una significativa contrazione dei relativi costi.
- gli obiettivi di qualità sono stati determinati dai suddetti indirizzi regionali e in parte da indirizzi aziendali che sono stati definiti attraverso un confronto con i Direttori e Responsabili di struttura e loro diretti collaboratori (posizioni organizzative, coordinatori sanitari).

Nello specifico, si indicano tali obiettivi strutturati per Staff e Dipartimento:

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

- monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e proposta alla Direzione Aziendale di azioni correttive per il rispetto dei tempi di attesa;
- revisione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali: vertigine, sincope e anemia e loro attivazione;
- assegnazione ai coordinatori sanitari della razionalizzazione degli ordini di farmaci e dispositivi medici;
- verifica delle prescrizioni dei farmaci tramite le apposite Commissioni aziendali e produzione di relazioni trimestrali per l'appropriatezza prescrittiva;
- elaborazione di una procedura per l'uso di farmaci H nelle strutture residenziali e nell'assistenza domiciliare;
- certificazione di qualità con predisposizione del piano e sua attivazione per l'estensione della certificazione al Dipartimento Oncologico;
- implementazione percorso di accreditamento delle cure domiciliari;
- aggiornamento annuale del piano della performance 2017-2019;
- revisione del gestionale delle prestazioni intermedie;
- sorveglianza del rischio di esposizione da legionella;
- potenziamento delle attività di prevenzione degli infortuni da movimentazione di pazienti e dei carichi;
- progetto per il completamento delle cartelle ambulatoriali informatizzate: neuropsichiatria infantile, consultori, carcere e disabili;
- attivazione progetto braccialetto identificativo medicina nucleare;
- completamento del progetto referto informatizzato per ambulatori.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

- incremento dell'attività erogata (aumento interventi intestino e retto per la Chirurgia generale ad alta complessità, incremento attività per utenti con fragilità per l'odontoiatria, aumento attività di chirurgia ambulatoriale per l'oftalmologia, incremento interventi di protesi d'anca e ginocchio per l'Ortopedia, incremento degli interventi su rene e vie urinarie per la Urologia, incremento interventi di chirurgia toracica per la nuova struttura);
- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di riduzione delle liste di attesa.

DIPARTIMENTO MEDICO

- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di riduzione delle liste di attesa;
- diminuzione della degenza media;

- diminuzione dei ricoveri inappropriati;
- riduzione delle anomalie segnalate nei flussi regionali (dialisi).

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di riduzione delle liste di attesa;
- implementazione della modalità di presa in carico dei pazienti con diagnosi sospetta o accertata dei tumori maligni della mammella (oncologia, radioterapia) in collaborazione con radiologia e chirurgia plastica;
- analisi, controllo e risoluzione delle criticità nella fase di accettazione del pap-test di screening (anatomia patologica);
- elaborazione progetto standardizzazione referto (anatomia patologica);
- predisposizione piano e attività per certificazione ISO 9001:2015 del dipartimento oncologico.

DIPARTIMENTO DEA

- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di liste di attesa;
- incremento dell'attività erogata (interventi emodinamica per cardiologia, sclerosi multipla e malattie degenerative per neurologia);
- audit clinici (su nuova STU – scheda terapia unica – per anestesia e rianimazione, su complicità nell' ERCP prospettico per gastroenterologia);
- definizione dei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti affetti da malattie neurodegenerative , in particolare parkinson e parkinsonismi (neurologia);
- riduzione delle anomalie segnalate nei flussi regionali (flusso Pronto Soccorso);
- potenziamento dei piani per incrementare la risposta ai quadri della domanda in ambito emergenza-urgenza e di sovraffollamento in Pronto Soccorso (emergenza caldo, freddo o altri eventi epidemiologicamente rilevanti) e per il servizio 112;
- aumento dei codici verdi vs codici bianchi in dimissione dai pronti soccorsi;
- progettazione e organizzazione di momenti formativi ad hoc sulla presa in carico del minore all'accesso al Pronto Soccorso, in collaborazione con la Pediatria;
- revisione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e loro attivazione: vertigine, sincope, anemia (in collaborazione con Medicine e Direzione Medica Presidio Ospedaliero);
- appropriatezza codifica ICD9-CM dei casi di violenza (Pronto Soccorso);
- rispetto della normativa O.B.I. – Osservazione Breve Intensiva – e della relativa durata temporale (Pronto Soccorso).

DIPARTIMENTO MATERNO – INFANTILE:

- riduzione parti cesarei (Ginecologia e Ostetricia);
- incremento dell'attività erogata: interventi sulle patologie tumorali (Ginecologia e Ostetricia);
- miglioramento della gestione della presa in carico integrata del percorso nascita mediante le attività erogate (Ginecologia e Ostetricia, Pediatria, Neonatologia, Consultori);
- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di riduzione delle liste di attesa (Ginecologia e Ostetricia);
- interventi di promozione della salute in ambito scolastico (Ginecologia e Ostetricia, in collaborazione con Consultori, SerT, Epidemiologia, Malattie infettive);
- implementazione di protocolli operativi per garantire la continuità di presa in carico sociosanitaria con altri servizi (Consultori) in collaborazione con la Neuropsichiatria Infantile

- revisione del documento organizzativo e istruzioni operative con la nuova organizzazione del POA (Consultori).

DIPARTIMENTO SERVIZI

- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di liste di attesa (SIMT; Radiologia; Neuroradiologia; Senologia diagnostica; Medicina Nucleare; Laboratorio Tossicologia);
- controllo appropriatezza richiesta esami da parte degli ambulatori ospedalieri (Patologia Clinica);
- mantenimento della certificazione ISO 9001:2015;
- incremento delle prestazioni prenotabili tramite CUP (Radiologia; Neuroradiologia; Senologia diagnostica; Medicina Nucleare; Laboratorio tossicologia);
- attivazione progetto braccialetto identificativo, in collaborazione con SIA Sistema Informativo Aziendale (Medicina Nucleare);
- integrazione del gestionale del Servizio con il gestionale prestazioni intermedie di reparto (Patologia Clinica, Radiologia, Neuroradiologia, Senologia Diagnostica, Medicina Nucleare)
- titolazione preparati galenici olio di cannabis (Laboratorio Tossicologia);
- implementazione della modalità di presa in carico dei pazienti con diagnosi sospetta o accertata dei tumori maligni della mammella (senologia diagnostica) in collaborazione con oncologia, radioterapia e chirurgia plastica.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

- elaborazione di linee di indirizzo e protocolli operativi contenenti criteri di valutazione diagnostica per fasce di età (Assistenza Psichiatrica, Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC));
- potenziamento dei programmi di riabilitazione con elaborazione di percorsi socio-riabilitativi Distretti Sociosanitari (DSS);
- riduzione delle anomalie segnalate dalla regione e appropriatezza codifica diagnosi psichiatriche e di dipendenze (flussi SISM e SIND);
- Interventi di promozione della salute in ambito scolastico (SerT – servizio dipendenze con Epidemiologia);
- promozione campagne di formazione/comunicazione attraverso l'utilizzo di media tradizionali e nuovi media (SerT);
- ampliamento e razionalizzazione dell'offerta e diversificazione delle strutture con particolare riferimento alla residenzialità leggera e social housing (Strutture Residenziali e Semiresidenziali);
- definizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed educativo (PDTAE) per i disturbi dello spettro autistico (NPI- neuropsichiatria infantile);
- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di riduzione delle liste di attesa (NPI, SPDC);
- implementazione di protocolli operativi per garantire la continuità di presa in carico sociosanitaria con altri servizi (NPI).

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

- incremento delle prestazioni prenotabili attraverso CUP – Centro Unico Prenotazioni (Distretti Sociosanitari);
- riorganizzazione Cure domiciliari per ottemperare alla nuova normativa regionale (Distretti Sociosanitari);

OK

* obiettivi EDEB
* Azione operativa Assicurazione

- percorso di Accreditamento cure domiciliari: predisposizioni piano attività per predisporre l'accREDITamento (in collaborazione con la Qualità e AccREDITamento e l'Igiene e Pubblica);
- potenziamento della performance di tutte le prestazioni in termini di liste di attesa (Distretti sociosanitari; Malattie Endocrine e metaboliche; Terapia fisica e Riabilitazione);
- elaborazione Percorso diabete con pacchetto di esami da effettuare in giornata e relativo PAI – piano di assistenza individualizzato – per paziente diabetico;
- elaborazione percorso endocrinologia (in collaborazione con medici di medicina generale);
- elaborazione progetto formativo: sicurezza della terapia diabetologica presso le Degenze Chirurgiche;
- elaborazione percorso per soddisfare i bisogni dei pazienti dimessi a domicilio (strutture residenziali);
- appropriatezza applicazione del PAI nelle strutture convenzionate accreditate (strutture residenziali);
- elaborazione percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti affetti da patologie neurodegenerative, in particolare Parkinson e Parkinsonismi, in collaborazione con Neurologia;
- riduzione delle anomalie segnalate nei flussi regionali (flusso assistenza domiciliare; Distretti sociosanitari; Terapia fisica e Riabilitazione – Cure palliative e Hospice);
- elaborazione istruzione operativa Triage presa in carico pazienti Cure domiciliari (Terapia fisica e Riabilitazione, Distretti sociosanitari).

30

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

- coperture vaccinali (pneumococco, herpes zooster, HPV nei maschi, meningotetavalente);
- rilevazione PASSI e PASSI D'ARGENTO e OKKIO ALLA SALUTE;
- interventi di promozione della salute in ambito scolastico;
- contenimento/rispetto tempi di attesa per prima convocazione visita invalidi civili, ciechi civili, accertamento handicap, pazienti oncologici;
- formazione del personale sul Risk management;
- rispetto degli indicatori PRISA;
- controlli anagrafe zootecniche;
- profilassi zoonosi e altre malattie degli animali da reddito;
- controllo delle colonie feline censite dai comuni e sterilizzazione fino a completa esecuzione
- piano mirato di prevenzione (PMI) stress (PSAL)
- piano mirato (PMI) prevenzione attrezzature (PSAL)
- interventi regionali e locali di assistenza/informazione (PSAL)

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

- completamento della nuova mappatura dei processi ad alto rischio di corruzione;
- potenziamento della supervisione e controllo dei contratti di servizio;
- analisi dei pensionamenti, su base triennale, con indicazione degli aventi i requisiti per il pensionamento strutturato per profili professionali e per strutture di appartenenza
- piano annuale delle assunzioni, in linea con il fabbisogno triennale di personale, con indicazione delle priorità entro il 30/4/19;
- ricollocazione corretta del personale nei gestionali in base ai nuovi centri di costo entro 31/12/2019;

- attività di recupero dei ticket sanitari non riscossi, per utenti morosi, per prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- predisposizione della nuova regolamentazione per il recupero dei crediti;
- adeguamento agli obblighi del Codice di Amministrazione Digitale (formazione e gestione di documenti e avvio sistema di conservazione dei documenti digitali);
- convenzione con il Centro per l'impiego per le assunzioni delle categorie protette;
- procedura di gara per la concessione di servizi di gestione della Residenza Sanitaria Assistenziale adiacente all'ospedale S.Bartolomeo di Sarzana per la realizzazione degli interventi edilizi di completamento;
- aggiudicazione lavori centro autismo di Castelnuovo Magra;
- aggiornamento inventario di tutte le attrezzature in noleggio/service che non sono di proprietà dell'azienda;

Altri obiettivi aziendali dell'area qualità-processi-innovazione attribuiti trasversalmente alle strutture coinvolte in tali attività sono:

- implementazione della cartella infermieristica per le strutture di degenza (scheda/lettera di dimissione e di trasferimento infermieristica per dimissioni/trasferimenti in altre strutture; utilizzo cartella infermieristica nel ricovero diurno in oncologia);
- utilizzo di componenti della cartella clinica informatizzata per le strutture di degenza (anamnesi-esame obiettivo-lettera di dimissione- ricognizione e riconciliazione terapia farmacologica);
- condivisione di procedure e istruzioni operative (medicazioni infermieristiche in area chirurgica, lesioni da pressione in terapia intensiva);
- monitoraggio lesioni da pressione di nuova insorgenza durante la degenza (dipartimento medico);
- revisione cartella riabilitativa e suo utilizzo (terapia fisica e riabilitazione, NPI);

5. Il Coordinamento con il PTPCT 2017 – 2019

Al fine di garantire la integrazione tra il Budget e gli altri strumenti programmatori aziendali ed in particolare il Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), i principali obiettivi, indicatori e target espressi nell'ambito di tale programmazione costituiscono elementi in ingresso del processo di Budget, ai fini della declinazione degli obiettivi di performance organizzativa ed individuale .

6. Il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale

Il ciclo della performance delineato dall'Azienda fa riferimento ad un modello integrato, nel quale performance organizzativa e performance individuale rappresentano le due dimensioni.

Di conseguenza è attivo un processo di definizione di obiettivi individuali integrati con gli obiettivi definiti nel processo di budget, in modo da realizzare un processo a cascata dagli obiettivi strategici a quelli individuali.

Gli obiettivi individuali sono definiti sia per la Dirigenza: Direttori di Struttura Complessa, Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale, Titolari di incarichi di Alta Professionalità sia per il personale del

Comparto: titolari di coordinamento o di posizione organizzativa mentre per tutto il personale si applica una scheda di valutazione sulle competenze e sui comportamenti organizzativi.

In particolare, sono stati siglati per il 2018 e per il 2019 i seguenti contratti integrativi aziendali:

- “Modifica di verbale di accordo di contrattazione decentrata integrativa fra l’Azienda, la RSU e le Organizzazioni Sindacali del Comparto sottoscritto in data 10 gennaio 2017 – Criteri di selezione per la progressione economica orizzontale e utilizzo risorse sul fondo ex art. 9 CCNL 31 luglio 2009” (pre-accordo 26/2/2018 e accordo con parere favorevole collegio sindacale);
- Accordo sui “Criteri generali ai fini della valutazione individuale del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa” per gli anni 2018 e 2019.

7. Correlazione con il sistema di valutazione della performance individuale

La attuazione di un sistema di gestione per obiettivi, sia organizzativi che individuali, coerenti è presupposto per l’avvio di un efficace sistema di gestione della performance e la ricerca di integrazione tra il sistema di gestione per obiettivi ed i processi della pianificazione strategica, programmazione/budgeting, ed il sistema di valutazione individuale è condizione necessaria per lo sviluppo del ciclo della performance .

Il sistema di valutazione della performance individuale è basato sugli obiettivi derivanti dal budget, sulla assegnazione di specifici obiettivi individuali e su una scheda di valutazione sulle competenze organizzative e professionali.

Il sistema di valutazione della performance individuale è così correlato al Piano sia mediante la misurazione e valutazione della performance relativa al raggiungimento degli obiettivi di Budget, che costituiscono la applicazione operativa degli obiettivi strategici individuati dal Piano, sia mediante la valutazione di obiettivi individuali o di gruppo, definiti nell’ambito di un processo a cascata, che permette di mantenere la correlazione tra i diversi obiettivi e tra gli stessi ed il quadro strategico aziendale unitario di riferimento.

Per il 2019, è stata predisposta la bozza del contratto integrativo aziendale proposta alle Organizzazioni Sindacali e alla Rappresentanza Sindacale Unitaria.

Tali contratti integrerebbero la disciplina della performance organizzativa e individuale e prevedrebbero le quote di valutazione di ciascuna:

Il sistema di valutazione individuale del personale dipendente della dirigenza (e il contratto proposto al comparto) si articola nel seguente modo:

- 1) La valutazione annuale sulla performance organizzativa della struttura complessa e/o semplice dipartimentale alla quale il dipendente è assegnato pesa per il 70% sulla distribuzione del fondo di produttività collettiva;
- 2) La valutazione annuale sulla performance individuale pesa per il restante 30% del fondo di produttività collettiva ed è sua volta distinta in:
 - a) Obiettivo/i individuale annuale/i con un peso del 40% per i Dirigenti, le Posizioni Organizzative (P.O.) e i Coordinatori;

b) Competenze organizzative e professionali con un peso del 60% per i Dirigenti, le P.O e i Coordinatori, del 100% per il restante personale.

La performance individuale è distinta in:

a) Obiettivo/i individuale/i annuale/i con un peso del 50% solo per Direttori S.C/S.S.D, Dirigenti di S.S, Dirigenti amministrativi, Dirigenti del ruolo professioni sanitarie titolari di incarichi di alta specializzazione (CX)

b) Competenze manageriali e professionali con un peso del 50% per le figure di cui sopra e del 100% per i restanti profili.

8. La trasparenza del ciclo della performance

Sul sito internet aziendale, <http://www.asl5.liguria.it/>, al link “amministrazione trasparente > performance”, in ottemperanza a quanto disposto dal D.lgs 150/2009 e s.m.i., sono pubblicati:

le Delibere relative al ciclo della performance;
il Piano della Performance triennale ed i suoi aggiornamenti annuali;
la Relazione sulla Performance, annuale;
il Riepilogo risultati di Budget, annuale.

Inoltre per garantire la trasparenza al sistema l’Azienda diffonde le informazioni all'interno con il rafforzamento dell’utilizzo dell’apposita sezione informativa intranet già a disposizione da tempo per tutti i dipendenti.