



Sistema Sanitario Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria Ligure 5
LA SPEZIA

All.1
Al PIAO
2023-2025

PIANO PERFORMANCE

2023 – 2025

ANNUALITA' 2023

Piano Performance 2023-2025. Aggiornamento 19/01/2023
Approvato da OIV nella seduta del 19/01/2023

Elaborazione a cura di CCD – Staff Direzione Strategica

Con la collaborazione di Dipartimento di Prevenzione - SSD Epidemiologia (paragrafo 2.1)

Sommario

Introduzione: il Piano della Performance	4
1 L'Azienda Sociosanitaria ASL5: contesto interno e esterno	5
2 Principali attività dell'Azienda Sociosanitaria ligure 5	10
2.1 Assistenza ospedaliera: ricoveri	10
2.2 Assistenza ospedaliera: funzionamento sala operatoria	14
2.3 Assistenza ospedaliera: sistema emergenza	15
2.4 Sistema distrettuale: specialistica ambulatoriale	16
2.5 Assistenza distrettuale: assistenza domiciliare, cure palliative, hospice.....	18
2.6 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	19
3 Sistema esterni di valutazione della performance: Bersaglio MES e PNE	23
3.1 Sistema valutazione della performance del Laboratorio Sant'Anna MeS	23
3.2 Programma nazionale esiti (PNE).....	25
4 L'organizzazione.....	27
5 La pianificazione e programmazione regionale	29
5.1 Pianificazione triennale	29
5.2 La programmazione regionale	30
6 Processo di gestione del ciclo della performance.....	33
6.1 Performance organizzativa.....	33
6.2 Obiettivi strategici per il Budget 2023	34
6.3 Performance individuale.....	35

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 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 è oggetto di aggiornamento annuale e di approvazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

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.

Il presente nuovo piano triennale 2023-2025 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.

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 Sociosanitari
- 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
- "San Nicolò" di Levante, Via N.S. della Guardia - Levante (SP) Tel. 0187 5331.

A proposito dello Stabilimento di Levante è necessario precisare che nel corso del 2022 il reparto di cure intermedie di Levante è stato convertito in Ospedale di Comunità, pertanto allo stato attuale presso lo stabilimento di Levante non ci sono posti letto ospedalieri, mentre permane il punto di primo intervento.

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)

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

- Distretto sociosanitario 17 "Riviera e Val di Vara" comprendente i Comuni di: Levante, 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 Ligure 5 opera su un territorio che comprende 29 comuni e 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 Chiavari). Nella tabella che segue sono sintetizzati i principali indicatori territoriali e demografici di ASL 5 (o della provincia spezzina se non disponibili per ASL).



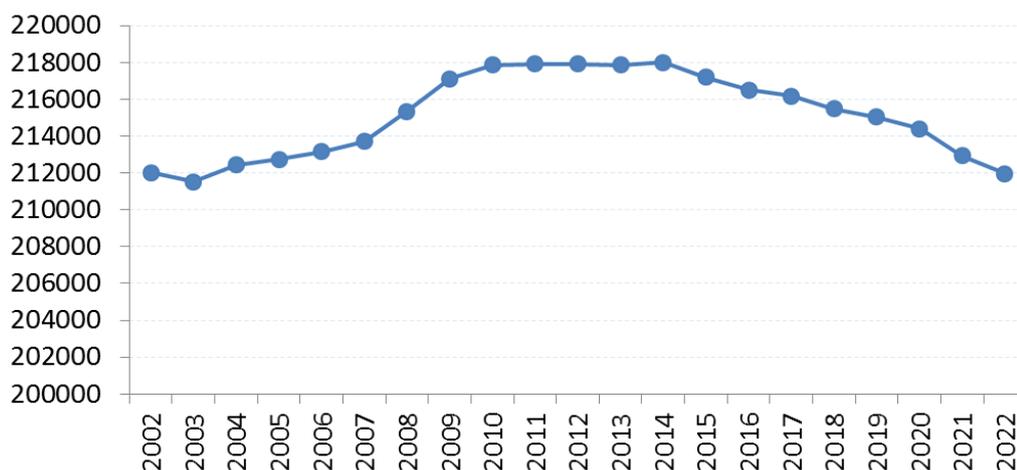
Territorio e Demografia di ASL 5 (1° gennaio 2022, fonte ISTAT)

	N°
Superficie (Km ²)	666,54
Comuni	29
Densità abitativa (abitanti/ Km ²)	318,02
Popolazione residente	211.976
Percentuale residenti 0-14 anni	11,1%
Percentuale residenti 15-64 anni	61,4%
Percentuale residenti ≥65anni	27,5%
Percentuale stranieri residenti	9,9%
Indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100)	247,9
Indice di dipendenza strutturale (rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e ≥65 anni) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)	63,0
Tasso di natalità (per 1000 abitanti) *	5,9‰
Tasso di mortalità (per 1000 abitanti) *	14,5‰
Saldo naturale (per 1000 abitanti) *	-8,6‰
Saldo migratorio (per 1000 abitanti) *	4,6‰
Tasso di crescita totale (per 1000 abitanti) *	-4‰
Numero medio di figli per donna *	1,21

* Indicatore riferito alla provincia della Spezia anno 2021

La popolazione residente al 1° gennaio 2022 era costituita da 211.976 persone, e i principali indicatori di struttura e dinamica demografica indicano una chiara tendenza al decremento naturale, non compensato dal saldo migratorio.

Analizzando l'andamento temporale dell'ammontare della popolazione residente negli ultimi 20 anni, si nota una diminuzione costante e contenuta dal 2014 al 2020 e un declino più marcato nel biennio 2021-22. E' ragionevole ascrivere la più recente e repentina flessione all'impatto della pandemia da SARS-Cov2.



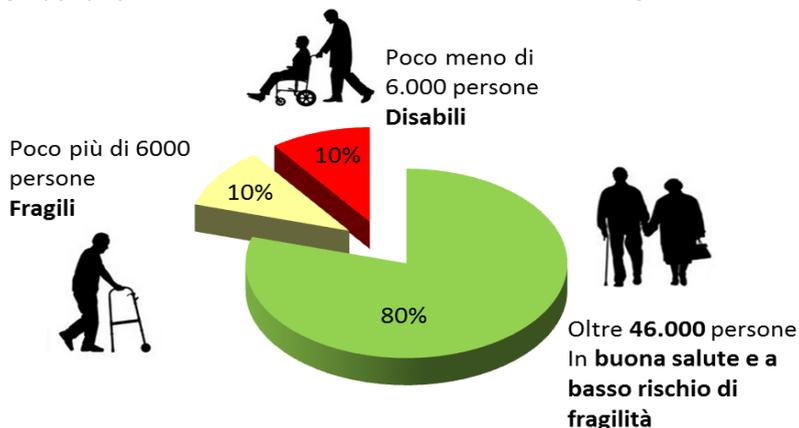
Sotto il profilo demografico, il tratto saliente della popolazione di ASL 5 è rappresentato dalla cospicua presenza di anziani: al 1° gennaio 2022 risultavano residenti 58.377 persone con 65 anni e più, pari al 27,5% della popolazione, mentre l'indice di invecchiamento, indicatore che rapporta l'ammontare degli over 64enni a quello dei giovani sotto i 15 anni era pari a circa 248; ciò significa che ogni 100 giovani fino a 14 anni vi erano ben 248 anziani.

E' noto come la popolazione ultrasessantatreenne non sia un gruppo omogeneo per stato di salute e bisogni socio-assistenziali, ed è perciò importante distinguere sottoinsiemi di persone 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), la sorveglianza di popolazione PASSI d'Argento ha permesso di distinguere tre gruppi di persone over 64enni con caratteristiche e bisogni molto diversi tra loro e di stimare il loro ammontare (vedi figura seguente):

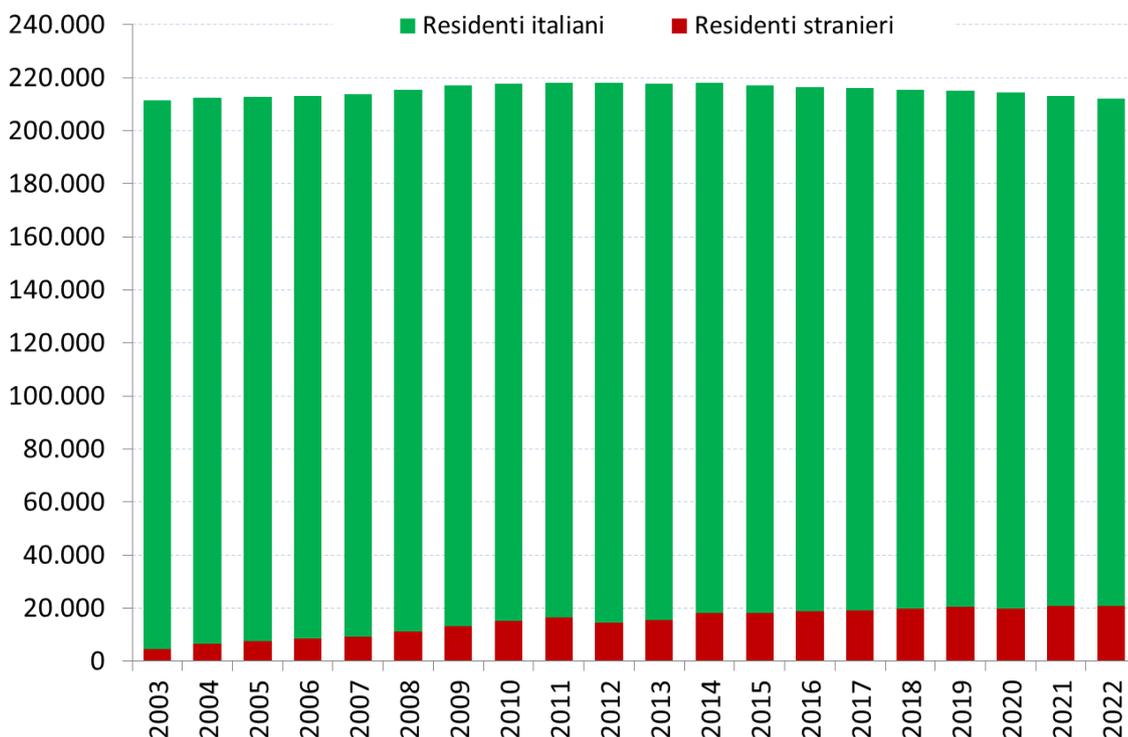
- Circa 4 anziani su 5, pari a oltre 46.666 persone, sono in buona salute o a basso rischio di fragilità e disabilità;
- Poco più di 6.000 persone presentano invece segni di fragilità (*Non autonomi in almeno 2 IADL ma ancora autonomi in tutte le ADL*) e sono a rischio di scivolare nella disabilità;
- Poco meno del 6.000 sono invece persone non autosufficienti (*Non autonomi in almeno 1 ADL*) e con varie tipologie di disabilità.

Stima sottogruppi popolazione anziana ASL 5 - Fonte: Passi d'Argento 2020-21

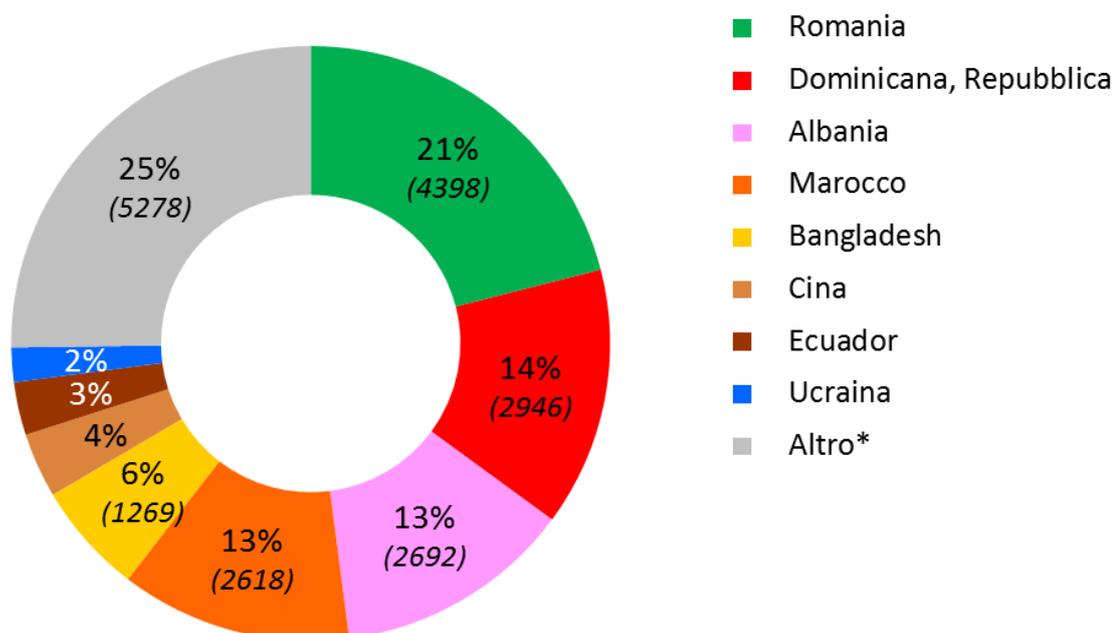


Come si evince dal grafico seguente, un altro dato che sta assumendo sempre maggiore importanza nel profilo demografico spezzino è la presenza straniera: al 1° gennaio 2022 risultavano 20.807 stranieri residenti, pari a poco meno del 10% della popolazione totale, un ammontare e una percentuale in costante aumento negli ultimi 20 anni (dalle 4554 unità del 2003, si è arrivati ai 20.807 del 2022, con un incremento medio annuo dell'8% circa).

Andamento popolazione italiana e straniera in ASL 5 - Fonte: ISTAT



Per quanto riguarda i paesi di provenienza, 8 Paesi danno conto di poco meno del 75% delle presenze: la Romania si colloca al primo posto (21% circa degli stranieri residenti), seguita da Repubblica Dominicana, Albania, Marocco, Bangladesh, Cina, Ecuador e Ucraina.



Agli stranieri residenti vanno poi aggiunti i cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno che, per la provincia spezzina erano pari a 15.381 persone al 1° gennaio 2022 (dato più recente disponibile). Di queste persone, 4.716 erano titolari di permesso con scadenza e i rimanenti 10.665 titolari di permesso a lunga scadenza. Per quanto riguarda il Paese di provenienza la Repubblica Dominicana è quello più rappresentato (circa il 19% dei permessi rilasciati) seguito da Albania e Marocco (17%), Bangladesh (9%), Cina (5%) ed Ecuador (4%). Seguono poi Ucraina (3% circa) e Tunisia (2%)

Permessi di soggiorno - ASL 5 1° gennaio 2022

Paese	N.	%
Repubblica Dominicana	2.909	18,9%
Albania	2.620	17,0%
Marocco	2.596	16,9%
Bangladesh	1.412	9,2%
Cina	796	5,2%
Ecuador	613	4,0%
Ucraina	414	2,7%
Tunisia	376	2,4%
Altro (somma dei permessi di soggiorno con cittadinanza di frequenza < 2%)	3.645	23,7%
Totale	15.381	

Fonte: ISTAT

Il profilo demografico dei tre distretti sociosanitari di ASL 5 è sintetizzato nella tabella che segue, ed evidenzia che nel Distretto 18 La Spezia e Golfo risiede circa la metà della popolazione di ASL 5, mentre il Distretto 17 Val di Vara e Riviera, pur essendo quello col maggior numero di comuni, è anche quello meno popolato, in termini assoluti e per densità abitativa. Gli indicatori demografici mostrano anche che il Distretto 19 Val di Magra è quello mediamente meno anziano rispetto agli altri due.

La quota di stranieri residenti mostra una certa variabilità distrettuale, col distretto 18 che detiene il primato sia come ammontare che percentualmente.

Dati demografici per Distretto Sociosanitario

	Distretto 17 Val di Vara e Riviera	Distretto 18 La Spezia e Golfo	Distretto 19 Val di Magra
Superficie (Km ²)	465,15	75,07	126,32
Comuni	19	3	7
Densità abitativa (abitanti/ Km ²)	80,43	1.398,76	550,70
Popolazione residente	37.410	104.999	69.567
% residenti 0-14 anni	10,6%	11,2%	11,2%
% residenti 15-64 anni	59,8%	61,3%	62,3%
% residenti ≥65anni	29,5%	27,5%	26,5%
% Stranieri residenti	6,3%	12,9%	7,0%
Indice di vecchiaia*	277,6%	245,0%	237,2%

2 Principali attività dell’Azienda Sociosanitaria figure 5

Di seguito verranno rappresentate le principali attività dell’Azienda sociosanitaria ligure in riferimento al 2022 e agli anni precedenti. Le aree prese in considerazione sono quelle più rilevanti e per i quali è disponibile un trend storico.

2.1 Assistenza ospedaliera: ricoveri

I posti letto ospedalieri direttamente gestiti dal Presidio Ospedaliero dell’Asl 5 al 01/12/2022 sono 437 unità a cui si aggiungono 152 posti letto convenzionati.

Nel 2022 si registra una riduzione temporanea di 39 posti letto ordinari da imputare a:

- al progetto “Gaslini Diffuso”¹ che prevede il passaggio dei reparti di Pediatria e Neonatologia all’Istituto Gaslini (23 ordinari + 1 dh);
- alla conversione dei posti letto di Cure intermedie di Levanto in Ospedale di Comunità. (16 p.l.);

a cui si deve aggiungere l’apertura di 9 posti letto per avere un quadro preciso.

Si rimanda alle seguenti tabelle per sintesi e dettaglio:

Posti Letto al 01/12/2022 Presidio Ospedaliero del Levante Ligure

Anno	Posti Letto		
	Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery
2022	386	35	16
2021	416	38	16
2019	444	36	20

Fonte: Flusso Posti Letto

Di seguito si riporta il dettaglio dei Posti Letto per gli Stabilimenti Sant’Andrea e San Bartolomeo con il dettaglio della disciplina aggiornato a dicembre 2022, ricavati dal debito informativo regionale, flusso PL.

¹ Il progetto “Gaslini Diffuso” è un progetto approvato in STEM entro il 30/11/2021; previsto in legge regionale 22/2022 ed entrato in vigore dal 01/01/2022 ai sensi dell’art. 27 bis della L.R. 41/2006 e ss.mm.ii. Il progetto prende avvio operativo dal 01/07/2022 e ha come scopo l’estensione degli standard qualitativi di assistenza garantita dall’Istituto Gaslini su tutto il territorio ligure.

Posti Letto al 01/12/2022 per reparto – Stabilimento Sant'Andrea

Cod. disciplina	Stabilimento Sant'Andrea Struttura	Posti letto		
		Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery
09	SC CHIRURGIA GENERALE AD ALTA COMPLESSITA'	16		1
12	CHIRURGIA PLASTICA	1		1
13	SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	3		
14	SC CHIRURGIA VASCOLARE	7		1
24	SC MALATTIE INFETTIVE	0	1	
24	MALATTIE INFETTIVE COVID	0	0	
26	SC MEDICINA INTERNA I	41	1	
29	SC NEFROLOGIA E DIALISI	8	1	
31	SSD NEONATOLOGIA			
32	SC NEUROLOGIA	12	1	
35	SC ODONTOIATRIA			2
36	SC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36		
37	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA (OSTETRICIA)	15	1	1
37	GINECOLOGIA	4		1
38	SC OTORINOLARINGOIATRIA	5		1
40	SC SPDC	21	1	
49	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10		
49	UTI SP COVID	1		
50	SC CARDIOLOGIA UTIC	7		1
51	SC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	10		
56	RIABILITAZIONE PSICHIATRICA		2	
56	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	1		
58	SC GASTROENTEROLOGIA			1
61	SC MEDICINA NUCLEARE	1	1	
64	SC ONCOLOGIA	8	16	
43	SC UROLOGIA	4		
94	TERAPIA SUBINTENSIVA COVID SP	1		
08	CARDIOLOGIA	3		
	Totale	215	25	10

Fonte: Flusso Posti Letto

Posti Letto al 01/12/2022 per reparto – Stabilimento San Bartolomeo

Cod. Disciplina	Stabilimento San Bartolomeo Sarzana Struttura	Posti Letto		
		Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery
08	SC CARDIOLOGIA	12	1	
09	SSD CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA	4		1
12	SSD CHIRURGIA PLASTICA	0		1
13	SSD CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	0		
14	CHIRURGIA VASCOLARE			1
21	SC GERIATRIA	16		
21	GERIATRIA COVID	8		
26	SC MEDICINA INTERNA II	26	1	
26	'MEDICINA INTERNA II COVID	20		
26	SSD MEDICINA MULTISPECIALISTICA	24		
34	SC OFTALMOLOGIA	1		1
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4		1
43	SC UROLOGIA	8		1
49	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	0		
49	UTI SZ COVID	0		
56	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	6	2	
60	CURE INTERMEDIE	0		
64	ONCOLOGIA		1	
68	SC PNEUMOLOGIA	20	1	
68	PNEUMOLOGIA COVID	0		
26	MEDICINA COVID (EX CARDIOLOGIA)	0		
26	MEDICINA MULTISPECIALISTICA COVID	0		
94	TERAPIA SUBINTENSIVA COVID	0		
96	TERAPIA DEL DOLORE		1	
24	MALATTIE INFETTIVE COVID	22	1	
24	MALATTIE INFETTIVE	0	2	
	Totale	171	10	6

Fonte: Flusso Posti Letto

L'anno 2022 è caratterizzato dalla ripresa dell'attività ospedaliera dopo la pandemia Covid-19. Si ricorda che anche nel 2021 le sale operatorie per l'attività programmata sono state chiuse, fatta eccezione per gli ultimi mesi dell'anno, che grazie al Progetto Restart, sono stati caratterizzati per una significativa ripresa dell'attività chirurgica.

Nel 2022 l'attività di ricovero è stata caratterizzata dalla ripresa dell'attività dell'area medica e ad una sovrapposibilità con la produzione del 2019. Il dato presentato in tabella riferito all'anno 2022 per i DH è sottostimato in quanto si tratta di una proiezione a partire dai primi 9 mesi (Fonte DWh Regione Liguria). In ambito chirurgico per i ricoveri ordinari si registra ancora un gap del 23% rispetto al 2019. La riduzione della casistica chirurgica diurna è riconducibile anche ad una ricerca di appropriatezza almeno per alcuni Mdc (Major Diagnostic Category) (come ad esempio l' Mdc 03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA).

Trend Ricoveri ASL5 per regime (ordinario, diurno) e tipo DRG (Chirurgico, medico)

Regime Ricovero	Anno Tipo Drg	Ricoveri			Trend	
		2019	2021	2022 (proiezione)	Δ2022 v 2019	Δ2022 v 2021
Ricoveri ordinari	DRG	6.475	4.832	4.955	-23%	3%
Ricoveri diurni	CHIRURGICI	2.107	1.626	1.324	-37%	-19%
Ricoveri ordinari	DRG	12.140	9.773	11.307	-7%	16%
Ricoveri diurni	MEDICI	2.237	2.507	2.225*dato sottostimato	-1%	-11%
	Totale	22.959	18.738	19.811	-14%	6%

Fonte: Datawarehouse Regionale

Di seguito si riporta anche un dettaglio del trend dei ricoveri per Mdc.

Trend Ricoveri ASL5 per MDC Major Diagnostic Category

Anno	Ricoveri			Trend		
	MDC	2019	2021	2022 (proiezione)	Δ2022 v 2019	Δ2022 v 2021
01 - MALATT. DEL SISTEMA NERVOSO		1.351	1.023	1.151	-15%	12%
02 - MALATT. DELL'OCCHIO		445	458	405	-9%	-11%
03 - MALATT. ORECCHIO/NASO/GOLA		1.009	693	365	-64%	-47%
04 - MALATT. APPARATO RESPIRAT.		3.155	3.053	3.087	-2%	1%
05 - MALATT.APPARATO CARDIOCIRC.		3.214	2.469	2.823	-12%	14%
06 - MALATT. APPARATO DIGERENTE		1.809	1.292	1.597	-12%	24%
07 - MALATT. EPATOBIL./PANCREAS		1.044	823	969	-7%	18%
08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT.		2.369	1.621	1.699	-28%	5%
09 - MAL.PELLE/SOTTOCUT/MAMMELLA		691	565	471	-32%	-17%
10 - MAL. ENDOCR/METABOL/NUTRIZ		327	175	185	-43%	6%
11 - MALATT. RENE/VIE URINARIE		1.691	1.242	1.528	-10%	23%
12 - MALATT. RIPRODUTT. MASCHILE		365	325	345	-5%	6%
13 - MALATT. RIPRODUTT. FEMMIN.		525	310	299	-43%	-4%
14 - GRAVIDANZA, PARTO, PUERPERIO		1.428	1.286	1.179	-17%	-8%
15 - MALATT. PERIODO NEONATALE		176	169	149	-15%	-12%
16 - MAL. SANGUE/EMATOPOIE/IMMUN		304	211	172	-43%	-18%
17 - MAL. MIELOPROLIF/NEOPLASIE		1.181	1.036	831	-30%	-20%
18 - MAL. INFETTIVE/PARASSITARIE		863	1.056	1.595	85%	51%
19 - MALATT. MENTALI		558	453	491	-12%	8%
20 - MALATT. ALCOOL/FARMACI		124	129	128	3%	-1%
21 - TRAUM/AVVELEN/INTOSS FARMAC		127	114	139	9%	22%
22 - USTIONI		1	1	1	33%	33%
23 - FATTORI INFLUENZANTI SALUTE		121	155	137	13%	-11%
24 - TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICAT.		48	35	39	-19%	10%
25 - INFEZIONI DA H.I.V.		5	4	7	33%	67%
NA -				1	\	\
PR - PRE-MDC		28	40	19	-33%	-53%
Totale		22.959	18.738	19.811	-14%	6%

Fonte: Datawarehouse Regionale

A completamento della breve analisi sul funzionamento dell'assistenza ospedaliera, si riporta il confronto con le altre aziende liguri con i dati relativi al peso medio e alla degenza media. Dalla tabella si evince che degenza media e peso medio nel 2022 sono abbastanza sovrapponibili al 2019 sia per la parte medica che per quella chirurgica e che la degenza media trimmata a sinistra si conferma tra le più basse della Liguria (8 per i Drg chirurgici, 7,9 per i Drg medici).

Peso medio e degenza media ricoveri ordinari per acuti aziende liguri

Tipo Drg	Anno	2019		2022	
	Tipo Azienda	PM X Acuti	DM Trim Sx	PM X Acuti	DM Trim Sx
DRG CHIRURGICI	01 AZIENDA USL 1	1,7	8,2	1,6	8,2
	02 AZIENDA USL 2	1,8	9,0	1,9	9,9
	03 AZIENDA USL 3	1,7	8,4	1,7	8,1
	04 AZIENDA USL 4	1,6	7,9	1,6	7,7
	05 AZIENDA USL 5	1,7	7,5	1,8	8,0
	07 IRCCS	2,2	10,6	2,3	10,9
	08 ENTI OSPEDALIERI	1,8	8,6	1,7	8,3
	DRG MEDICI	01 AZIENDA USL 1	0,9	7,9	1,0
02 AZIENDA USL 2		0,9	7,8	1,0	9,5
03 AZIENDA USL 3		0,9	10,2	1,0	11,1
04 AZIENDA USL 4		1,0	7,9	1,0	7,7
05 AZIENDA USL 5		1,0	7,6	1,1	7,9
07 IRCCS		1,0	9,4	0,9	9,0
08 ENTI OSPEDALIERI		0,9	8,8	0,9	9,0

Fonte: Datawarehouse Regionale

Per quanto riguarda l'attività erogata da strutture private accreditate, nel corso dell'anno 2022 si è riscontrato un incremento dei ricoveri rispetto all'anno 2021 presso Alma Mater e Don Gnocchi. La casistica dell'Alma Mater è principalmente afferente all'Mdc 08 - MAL. MUSCOLOSCHEL./CONNETT..

Trend Ricoveri Strutture Private Accreditate

Anno Azienda	Ricoveri			Trend	
	2019	2021	2022 (proiezione)	△2022 v 2019	△2022 v 2021
070016 - ALMA MATER	1.065	984	1.173	10%	19%
070020 - DON GNOCCHI	897	598	708	-21%	18%
Totale	1.962	1.582	1.881	-4%	19%

Fonte: Datawarehouse Regionale

2.2 Assistenza ospedaliera: funzionamento sala operatoria

In ogni organizzazione ospedaliera l'utilizzo della sala operatoria è oggetto di analisi ed approfondimento. L'utilizzo della stessa in modo efficiente è un obiettivo imprescindibile. A tal proposito si rende necessario un approfondimento dei principali indicatori di utilizzo della sala operatoria.

La percentuale di sedute con inizio intervento (taglio chirurgico) entro le 8:30 è il 59%, il 1° paziente mediamente entra in sala alle 08:22 e il turn over (media tempo che intercorre tra l'uscita del paziente precedente e l'entrata del paziente successivo) è 24 minuti.

Di seguito si riportano i dati per reparto ospedaliero e si evidenzia come questi indicatori saranno oggetto di monitoraggio nell'ambito del Budget.

Indicatori di utilizzo della sala operatoria dal 12/9/2022 al 23/11/2022

Reparto	% Interventi in 1° fascia (taglio entro 08:30)	media entrata in sala	turn over
S. S. D. CHIRURGIA PLASTICA	86%	8:13	0:24
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SPEZIA	52%	8:23	0:38
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SARZANA	22%	8:32	0:42
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA	34%	8:32	0:27
S.C. CHIRURGIA GENERALE 1	70%	8:18	0:37
S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	61%	8:13	0:29
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE - SPEZIA	28%	8:25	0:46
S.C. CHIRURGIA VASCOLARE - SARZANA	67%	8:16	0:18
S.S.D. CHIRURGIA MULTISPECIALISTICA	74%	8:14	0:19
S.C. UROLOGIA	27%	8:37	0:29
S.C. OFTALMOLOGIA	93%	8:10	0:13
S.S.D. CHIRURGIA TORACICA E TIROIDE	50%	8:48	0:40
TOTALE	59%	8:22	0:24

2.3 Assistenza ospedaliera: sistema emergenza

Il Sistema dell'emergenza (Pronto Soccorso) dell'Asl 5 ha processato 73.402 accessi nei 12 mesi del 2022, il 55% di casi sono gestiti dal PS di La Spezia, il 35% dal PS di Sarzana. Si veda tabella successiva.

Accessi Pronto Soccorso ASL5 - 12 mesi 2022

PRONTO SOCCORSO DI ACCETTAZIONE	N° Accessi
PS - LA SPEZIA	40.440
PS - LEVANTO	3.213
PS - SARZANA	25.339
PS PEDIATRICO	4.410
Totale Accessi	73.402

Fonte: Flusso PS

Nel corso del 2022 è opportuno ricordare l'implementazione dei Fast track secondo indicazioni di Alisa relativamente a "Gestione dei percorsi (con particolare riferimento al sovrappollamento del PS)"².

Viene gestito con modalità Fast track circa in media il 3% degli accessi del PS di Sarzana e il 4-5% degli accessi del PS di La Spezia.

La tabella successiva riporta la sintesi mensile da giugno a dicembre 2022. Dall'analisi è stato escluso il Fast track pediatrico.

Dettaglio utilizzo fast track per PS da giugno a dicembre 2022

PS di Dimissione	6	7	8	9	10	11	12
PS Sarzana							
Dimissioni Fast Track	182	162	213	172	188	171	191
Peso dimissioni Fast Track Sarzana	3%	2%	3%	3%	3%	3%	3%
PS La Spezia							
Dimissioni Fast Track Spezia	308	252	276	191	223	278	220
Peso dimissioni Fast Track Spezia	4%	4%	4%	3%	4%	5%	4%

Fonte: Flusso PS

Di seguito si riporta il dettaglio dell'utilizzo dei fast track per singolo mese e per singolo fast track.

Dettaglio utilizzo singolo fast track da giugno a dicembre 2022

Fast track di dimissione	6	7	8	9	10	11	12
COVID - SZ		1					
FAST TRACK OFTALMICO - SZ	130	110	173	146	152	143	142
FAST TRACK ORL - SP	30	35	39	20	18	24	24
FAST TRACK ORL - SZ	2	1				1	1
FAST TRACK ORL PEDIATRICO - SP	1	1	5	2	4	11	1
FAST TRACK ORTOPEDICO - SP	97	52	74	45	52	88	54
FAST TRACK ORTOPEDICO - SZ	52	51	40	26	36	28	49
FAST TRACK ORTOPEDICO PED. SP	13	12	20	28	52	27	17
FAST TRACK OSTETRICO - SP	181	165	163	126	153	166	142
FAST TRACK PEDEIATRICO - SP	293	331	229	174	261	275	435
Totale dimissioni	6.878	7.126	7.282	5.865	6.243	5.968	6.018

Fonte: Flusso PS

² Un servizio che si basa sul principio del trattamento rapido presso un'area dedicata, secondo criteri predefiniti, di pazienti identificati come portatori di patologie a basso rischio e/o a bassa gravità, generalmente a bassa complessità assistenziale e comunque di chiara competenza monospecialistica.

Per quanto riguarda i tempi di processo di PS si riporta un confronto con le altre realtà liguri. A supporto del confronto si evidenzia che in termini di volumi il PS di Asl 5 ha lo stesso numero di accessi del PS dell'Asl 1. La tabella successiva rileva come il PS di La Spezia abbia dei tempi di processo (tempo medio visita triage – chiusura cartella PS) molto efficienti rispetto agli altri contesti liguri per tutti i codici colore.

Tempo medio processo in PS (trriage – chiusura cartella medico) per Aziende liguri per codice colore

	Anno	2022 - 10 mesi				
	Priorità al triage	1 - ROSSO-EMERGENZA	2 - ARANCIONE-URGENZA	3 - AZZURRO-URGENZA DIFFERIBILE	4 - VERDE-URGENZA MINORE	5 - BIANCO-NON URGENZA
Tempo Medio Triage Dim	070001 - AUSL 001	12:51:01	9:51:47	8:40:49	4:59:27	3:45:03
	070002 - AUSL 002	6:02:56	6:45:00	5:09:14	2:31:04	1:44:00
	070003 - AUSL 003	12:45:48	11:09:55	7:43:57	2:59:12	2:39:55
	070004 - AUSL 004	10:35:39	11:08:18	10:19:25	4:21:03	2:15:48
	070005 - AUSL 005	5:14:20	5:39:13	4:23:05	2:44:17	1:46:35
	070010 - IST. GASLINI	3:49:28	5:43:46	4:24:14	2:31:34	1:45:55
	070011 - OSP. EVANGELICO	7:09:25	7:58:16	5:59:12	3:26:06	3:23:25
	070012 - E.O. GALLIERA	12:42:31	12:14:06	8:47:28	4:15:40	2:02:52
	070901 - S.MARTINO-IST	11:52:10	13:41:58	11:11:52	3:39:25	2:14:40

Fonte: DWH Regione Liguria

2.4 Sistema distrettuale: specialistica ambulatoriale

Nonostante le difficoltà di ripresa in seguito al periodo pandemico la specialistica ambulatoriale nel 2022 ha subito una ripresa rispetto al 2021 (+9% in termini di prestazioni) seppur rimanendo al di sotto degli standard del 2019. La seguente tabella riporta il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai presidi di ASL5, sia ospedalieri che territoriali che privati accreditati.

Da tener presente che questa analisi comprende l'attività del laboratorio analisi.

Trend prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate (strutture ospedaliere, territoriali e private accreditate)

Anno	Prestazioni			Trend	
	2019	2021	2022 (proiezione)	Δ2022 v 2019	Δ2022 v 2021
Ambulatori del Presidio Ospedaliero	784.244	754.200	804.184	3%	7%
Ambulatori Territoriali	1.870.422	1.547.693	1.737.113	-7%	12%
Strutture private accreditate	153.604	160.653	151.703	-1%	-6%
Totale	2.808.270	2.462.546	2.692.999	-4%	9%

Fonte: Fonte DWH prestazioni erogate con canale di accesso: ricetta SSN e accesso diretto

Analizzando nel dettaglio le prestazioni, rispetto all'anno 2019, ASL5 risulta essere, in termini di valore assoluto, in perdita su diverse prestazioni, fra cui Visite (-51.316 prestazioni corrispondenti a -21% rispetto al 2019), Riabilitazione fisica (-16.939 prestazioni corrispondenti a -11% rispetto al 2019), Esami cardiologici (-15.784 prestazioni corrispondenti a -41% rispetto al 2019), Ecografie (10.019 prestazioni corrispondenti a -20%).

Risulta evidente come l'area della specialistica ambulatoriale esprima una rilevante sofferenza in termini di offerta.

La tabella sottostante riporta nel dettaglio le prestazioni erogate, per classe.

Trend prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate (strutture ospedaliere, territoriali e private accreditate) per classe prestazione

Codice classe regionale	Prestazioni			Trend	
	2019	2021	2022 (proiezione)	Δ 2022 v 2019	Δ 2022 v 2021
*-NON SIGNIFICATIVO	4		1	-70%	
0101-VISITA GENERALE E SPEC.	246.224	182.276	194.908	-21%	7%
0201-LABORATORIO: PRELIEVI	186.773	135.894	152.536	-18%	12%
0202-LABORATORIO: CHIMICA CLINICA	1.284.631	1.218.658	1.360.627	6%	12%
0203-LABORATORIO: MICROBIOLOGIA	78.165	60.286	63.901	-18%	6%
0204-LABORATORIO: TRASFUSIONALE	357.107	334.340	358.547	0%	7%
0205-ESAMI CITOLOGICI	25.376	21.950	22.574	-11%	3%
0206-BIOPSIE	10.975	8.957	9.362	-15%	5%
0301-RADIOLOGIA (TRAD, CONTRASTO, TOMOGRAFIA)	71.905	48.596	64.444	-10%	33%
0302-TAC	10.244	10.307	11.188	9%	9%
0303-RISONANZE MAGNETICHE	8.680	9.381	9.235	6%	-2%
0304-ECOGRAFIE	50.961	41.033	40.942	-20%	0%
0501-ESAMI CARDIOLOGICI	38.788	22.893	23.004	-41%	0%
0502-ESAMI NEUROLOGICI	12.148	7.520	10.315	-15%	37%
0503-ESAMI PNEUMOLOGICI	7.720	5.353	7.264	-6%	36%
0504-ESAMI OTORINOLARINGOIATRICI	8.369	8.468	7.520	-10%	-11%
0505-ESAMI OCULISTICI	6.097	4.032	3.888	-36%	-4%
0506-ESAMI UROLOGICI	2.125	1.626	2.063	-3%	27%
0508-TEST DERMATOLOGICI	1.306	860	847	-35%	-1%
0509-ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	5.568	4.376	4.393	-21%	0%
0601-RADIOTERAPIA	25.292	25.003	25.522	1%	2%
0602-MEDICINA NUCLEARE	4.018	3.648	3.700	-8%	1%
0603-TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	42.988	30.099	34.232	-20%	14%
0604-TRATTAMENTI TRASFUSIONALI	2.127	1.943	1.811	-15%	-7%
0605-TRATTAMENTI ANALGESICI	7.046	4.143	4.126	-41%	0%
0606-ESAMI E PROC. OSTETRICO-GINECOL.	1.285	1.250	1.294	1%	3%
0701-INTERVENTI CHIRURGICI	24.913	15.899	18.834	-24%	18%
0702-INTERVENTI OCULISTICI	3.834	4.369	4.043	5%	-7%
0703-INTERVENTI OTORINOLRANGOIATRICI	457	297	530	16%	79%
0704-INTERVENTI UROLOGICI	2.351	1.966	2.059	-12%	5%
0705-INTERVENTI ORTOPEDICI	21.882	16.858	18.500	-15%	10%
0707-ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	766	894	788	3%	-12%
0801-INTERVENTI ODONTOIATRIA: INTERVENTI	4.847	3.062	3.470	-28%	13%
0802-INTERVENTI ODONTOIATRIA: PROTESICA			1		
0803-INTERVENTI CHIR. MAXILLO FACCIALE	11	7	14	31%	106%
0901-RIABILITAZIONE FISICA	149.217	135.113	132.278	-11%	-2%
0902-TRATTAMENTI RIAB. CON STRUMENTI	35.619	27.816	26.480	-26%	-5%
0903-RIABILITAZIONE PSICOLOGICA	16.983	17.112	15.881	-6%	-7%
0904-ALTRI TRATTAMENTI RIABILITATIVI	13.872	17.186	15.924	15%	-7%
1001-DIALISI	25.440	19.825	23.501	-8%	19%
1002-PROCEDURE LEGATE ALLA DIALISI	12.156	9.250	12.451	2%	35%
Totale	2.808.270	2.462.546	2.692.999	-4%	9%

Fonte: Fonte DWH prestazioni erogate con canale di accesso: ricetta SSN e accesso diretto

2.5 Assistenza distrettuale: assistenza domiciliare, cure palliative, hospice

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare si riporta il dato delle prese in carico totali e in riferimento alla popolazione over 65, in valore assoluto e rispetto alla popolazione target. Si ricorda che la presa in carico domiciliare è un punto focale del PNRR (Si veda paragrafo 5.1) Di seguito il dettaglio per l'assistenza domiciliare e per le cure palliative. Per l'assistenza domiciliare si propone anche un dettaglio per distretto.

Prese in carico cure domiciliari : trend 2019- 2022

Cure domiciliari	2019	2021	2022
Prese in carico	262	3.078	3.474
Prese in carico (over 65)	55	361	485
Popolazione Istat over 65 (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	60.370	60.370	58.377
Rapporto PIC e popolazione over 65	0,34%	4,50%	5,12%

Fonte: Fonte SPD

Prese in carico cure domiciliari per distretto: trend 2019- 2022

		2019	2021	2022
Distretto 17	Pic over 65	23	446	476
	Popolazione target (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	11.419	11.419	11.042
	Rapporto PIC e popolazione over 65	0,2%	3,9%	4,3%
Distretto 18	Pic over 65	93	1.210	1.792
	Popolazione target (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	29.876	29.876	28.890
	Rapporto PIC e popolazione over 65	0,3%	4,1%	6,2%
Distretto 18	Pic over 65	91	1.061	1.206
	Popolazione target (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	19.075	19.075	18.445
	Rapporto PIC e popolazione over 65	0,5%	5,6%	6,5%

Prese in carico cure palliative : trend 2019- 2022

Cure Palliative	2019	2021	2022
Prese in carico	6	234	233
Prese in carico (over 65)	2	34	40
Popolazione Istat over 65 (per il 2019 si è utilizzata la popolazione 2021)	60.370	60.370	58.377
Rapporto PIC e popolazione over 65	0,01%	0,33%	0,33%

Fonte: Fonte SPD

Per quanto riguarda l'Hospice i 10 posti letto nel 2022 sono stati occupati all'86%, il 64% dei pazienti è stato inviato dall'Ospedale. La degenza media è di circa 20 giorni. Si veda tabella successiva

Attività dell'Hospice – anno 2021- 2022

S.S.D. CURE PALLIATIVE E HOSPICE	2021	2022
Posti Letto	10	10
Ricoveri	121	151
Giorni di degenza	2.564	3.137
Provenienza ospedale	81	97
% pazienti provenienti da ospedale	67%	64%
Provenienza domicilio	40	54
Degenza media in Hospice	21,19	20,77
Tasso Occupazione PL in Hospice	70,25%	85,95%
N. Pazienti in dimissione protetta	8	8
% Pazienti deceduti in Hospice	93,39%	94,70%

Fonte: Dati forniti da S.S.D. Cure Palliative e Hospice

2.6 Prevenzione collettiva e sanità pubblica

L'area della prevenzione ha garantito lo svolgimento delle attività istituzionali che in alcuni casi sono state interessate ad un graduale aumento.

Di seguito si fornisce una sintetica rappresentazione delle principali attività delle strutture dell'area della prevenzione, al fine di fornire un quadro generale sintetico e al tempo stesso analitico. I dati sono rappresentati per Struttura organizzativa di riferimento.

Principali attività S.C. Igiene e Sanità Pubblica confronto 2020-2021-2022

Denominazione attività	2020	2021	2022
Vaccini Eseguiti	12.523	11.556	13.269
Sopralluoghi effettuati	419	587	492
Visite mediche con certificazioni ³	215	255	200
Screening: convocazioni	40.664	57.919	138.250 di cui 81.657 mammo+ colon+ cervice 56.593 hcv
Screening: adesioni	14.762	20.499	31.663 di cui 26.149 mammo+ colon+ cervice 5.514 hcv

Principali attività S.C. Igiene della produzione commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati confronto 2020-2021-2022

Denominazione attività	2020	2021	2022
Ispezioni per la sicurezza Controlli, tramite ispezioni, negli ambienti di produzione, trasformazione, conservazione e distribuzione degli alimenti negli stabilimenti registrati	228	397	451
Ispezioni, negli ambienti di produzione, trasformazione, conservazione e distribuzione degli alimenti negli stabilimenti riconosciuti	285	331	146
Audit (verifica della conformità alla normativa del settore alimentare)	1	9	7
Categorizzazione, tramite ispezione, del rischio stabilimenti riconosciuti e registrati	513	709	485
Campionamenti alimenti (PRISA-PNAMR-UVAC-PNR)	118	154	151
Piano di sorveglianza della molluschicoltura- campioni molluschi bivalvi vivi e acqua di mare	759	760	788
Ispezione in stabilimenti di macellazione	53	57	54
Ispezione macellazione ad uso famiglia	100	79	60
Attività di controllo ufficiale commercio aree pubbliche	11	8	53
Gestione allerte alimentari	58	40	41

Principali attività S.C. Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro confronto 2020-2021-2022

Denominazione attività	2020	2021	2022
Inchieste per infortuni	74	52	62
Malattie professionali	2	4	10
Interventi di prevenzione: aziende controllate	214	184	194
---> Di cui Interventi ispettivi nel comparto edilizia	51	46	33
Sopralluoghi effettuati	376	282	243

³ Le certificazioni CUDE indicate sono quelle effettuate da medici della S.C. Igiene e Sanità Pubblica a supporto della S.C. Medicina Legale quindi potrebbero già essere computate nel dato della Medicina Legale.

Principali attività S.C. Igiene degli Alimenti e nutrizione confronto 2020-2021-2022

Denominazione attività	2020	2021	2022
Ispezioni per la sicurezza alimentare	157	139	145
Audit (verifica della conformità alla normativa del settore alimentare)	0	2	3
Campioni alimenti	111	123	123
Campioni acque ad uso potabile	803	785	728
Gestione allerte alimentari	17	24	30

Principali attività S.C. Sanità Animale confronto 2020-2021-2022

Denominazione attività	2020	2021	2022
Vigilanza su Anagrafi Zootecniche: allevamenti controllati	45	45	35
Piani di eradicazione di malattie animali da reddito: allevamenti controllati	389	440	285
Piani di eradicazione di malattie animali da reddito: campioni prelevati e prove effettuate	1.762	1.136	1.663
Piani di sorveglianza, monitoraggio, controlli di sanità pubblica per malattie infettive: campioni prelevati	540	492	544
Sospetti avvelenamenti e positività malattie infettive: casi gestiti	21	58	36
Osservazione sanitaria per prevenzione rabbia: animali controllati	60	106	101
Lotta al randagismo: inserimento microchip, rilascio rinnovo passaporti, rilascio certificati internazionali in animali d'affezione	279	397	368
Gestione delle anagrafi degli animali: operazioni svolte	6.703	5.654	6.318
Vigilanza veterinaria: numero di sopralluoghi eseguiti con certificazione/attestazione	198	169	141
Attività peculiari di ispezione con sopralluogo (esposti, sfratti, attività di supporto altri organi di controllo)	60	58	48
Sanzioni Irrogate	148	160	122

Principali attività S.S.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche confronto 2020-2021-2022

Denominazione attività	2020	2021	2022
Campionamenti (Piano Regionale Alimentazione Animale---Piano Regionale Residui) (N° campioni)	29	36	54
Piano regionale di farmacovigilanza			
Distribuzione (grossisti farmacie parafarmacie)	14	13	18
Ambulatori, cliniche, studi veterinari	8	17	13
impianti allevamenti animali NDPA e DPA	66	59	24
Benessere animale			
in allevamento	15	17	24
durante il trasporto	4	4	6
Piano Regionale Igiene Mangimi (Alimentazione animale)			
Imprese di cui all'art. 5 c.1 e 2 del Reg. CE 183/2005 50 37	37	50	31
Verifica procedura di smaltimento decesso animali da reddito	104	94	64
Registrazioni/omologazioni/autorizzazioni trasporto/certificati di idoneità conducente	17	34	24
Riproduzione animale			
Accertamento idoneità strutture	6	6	2
Accertamento idoneità sanitaria riproduttori maschi	7	3	4
Riconoscimento/variazioni/ispezioni impianti Reg. CE 1069/2009	3	6	6
Attivazione Sistema di allarme rapido (mangimi e farmaci)	6	4	0
Requisiti pacchetto igiene Prod. Primaria filiera latte (caseifici aziendali)	4	4	5
Relazioni di controllo ufficiale complessive	127	164	149

Principali attività S.S.D. Medicina Legale confronto 2020-2021-2022

Denominazione attività	2021	2022
Valutazioni fragilità ex art. 26, comma 2, del DL n. 18 del 17/03/020 e S.M.I.	94	11
Valutazioni gravi patologie	13	7
Visite Collegio Medico Legale ex L. 274 / 1991	4	14
Sopralluoghi medico-legali	23	67
Visite ex art. 8, comma 3 del D. Lgs. 81/2015	2	4
Valutazioni istanze gravidanza a rischio	934	884
Accertamenti per conto Uffici Giudiziari	18	3
Visite necroscopiche	427	428
Visite Invalidità Civile	4.816	6.637
L. 68 / 99	531	653
L. 104 / 92	3.943	5.514
Visite Sordità Civile	22	18
Visite Cecità Civile	83	148
Visite Commissione Medica Locale Patenti di Guida	2.321	2.220
Assistenza operazioni estumulazione straordinaria	2	9
Visite ambulatoriali idoneità varie	450	196

Principali attività S.S.D. Epidemiologia confronto 2020-2021-2022

2020	2021	2022	NOTE
<p>Sorveglianza Okkio alla salute</p> <p>La Regione Liguria, causa emergenza pandemica, non è stata nelle condizioni di elaborare e restituire i risultati dell'indagine 2019. Solo 6 regioni italiane hanno raggiunto l'obiettivo</p>	<p>Elaborazione e pubblicazione reportistica 2019: https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-report-regionali</p>	<p>Come da programmazione dell'ISS, la sorveglianza è stata pianificata nell'anno scolastico 2022-23, con avvio nel mese di Marzo 2023. Il campione non è ancora disponibile. Ad oggi sono stati nominati i referenti di ASL5 e controllate le attrezzature</p>	<p>La survey Okkio alla Salute è periodica</p> <p>(Nomina referenti: Nota Alisa n. 21606 del 2/11/2022)</p>
<p>Sorveglianza HBSC</p> <p>Contributo a elaborazione report regionale: https://www.epicentro.iss.it/hbsc/indagine-2018-liguria</p>	<p>Restituzione risultati scuole campionate in ASL 5 (401 alunni, 19 classi, 12 scuole secondarie I e II grado)</p>	<p>Sorveglianza realizzata in 36 classi sulle 36 campionate (18 Secondarie I grado e 18 Secondarie II grado)</p>	<p>La survey HBSC è periodica</p>
<p>Sorveglianza Passi</p> <p>244 interviste su 275 attese (88% dell'atteso)</p>	<p>192 su 275 attese (70% dell'atteso)</p>	<p>259 su 275 attese (94% dell'atteso)</p>	<p>La sorveglianza Passi e Passi d'Argento è in continuo. Lo stato di avanzamento a livello nazionale viene fissato al 28 febbraio di ciascun anno</p>
<p>Sorveglianza Passi d'Argento</p> <p>238 interviste su 240 attese (99.2% circa dell'atteso)</p>	<p>169 su 240 attese (77% dell'atteso)</p>	<p>228 su 240 attese (95% dell'atteso)</p>	
<p>Interventi Promozione della salute setting scolastico</p> <p>Tutti gli interventi programmati e iniziati sono stati interrotti a seguito delle misure restrittive e della chiusura delle scuole. Per ulteriori dettagli si rimanda a relazione Bilancio 2020</p>	<p>Tutti gli interventi programmati nell'Anno Scolastico 2021_22 sono slittati al 2022 causa protrarsi pandemia. Nel 2021 si è concentrata la formazione regionale degli operatori</p>	<p>-Costituzione Gruppo di Lavoro Aziendale sull'Educazione alla salute in ambito scolastico con coordinamento SSD Epidemiologia</p> <p>-Partecipazione operatori sanitari corsi di formazione regionali</p> <p>-Organizzazione e conduzione corsi rivolti ai docenti delle scuole di ASL 5: 7 corsi di formazione (per un totale di 72 docenti formati di 27 scuole - 94% degli Istituti comprensivi e 33% delle Scuole Sec. II grado)</p>	<p>Interventi scolastici e formazione operatori previsti dal PRP 2021-25 - DGR 1224/2021</p>
<p>Sorveglianza attiva Covid (rientri da estero)</p> <p>3698 utenti presi in carico (2375 con sorveglianza attiva con/senza tampone e 1323 con sola notifica e/o tampone)</p>	<p>3978 utenti presi in carico di cui 3419 utenti con sorveglianza attiva e tampone di fine quarantena</p>	<p>395 utenti presi in carico, con diverse modalità in base alla normativa cogente.</p>	
<p>Gestione esiti sierologici e antigenici da laboratori privati</p> <p>987 esiti antigenici e 494 esiti sierologici presi in carico per conferma con PCR</p>	<p>2696 TAR + 156 sierologici presi in carico</p>	<p>475 TAR</p>	<p>Nell'ambito dell'emergenza Covid, la SSD epidemiologia è stata incaricata della gestione TAR e sierologici.</p>
<p>Servizio di "Help Desk"</p>		<p>11 report inviati su 11 richieste.</p>	<p>Il servizio fornisce risposte a richieste dati da parte di: altre SC/SSD/SS Aziendali, Enti Pubblici (Regione/comuni)Comitati/Associazioni di cittadini</p>

3 Sistema esterni di valutazione della performance: Bersaglio MES e PNE

Per avere una visione di sintesi della performance dell'Asl 5 Spezzino è molto interessante vedere il posizionamento degli indicatori elaborati a livello nazionale con la logica del benchmarking. Ci si riferisce nello specifico a:

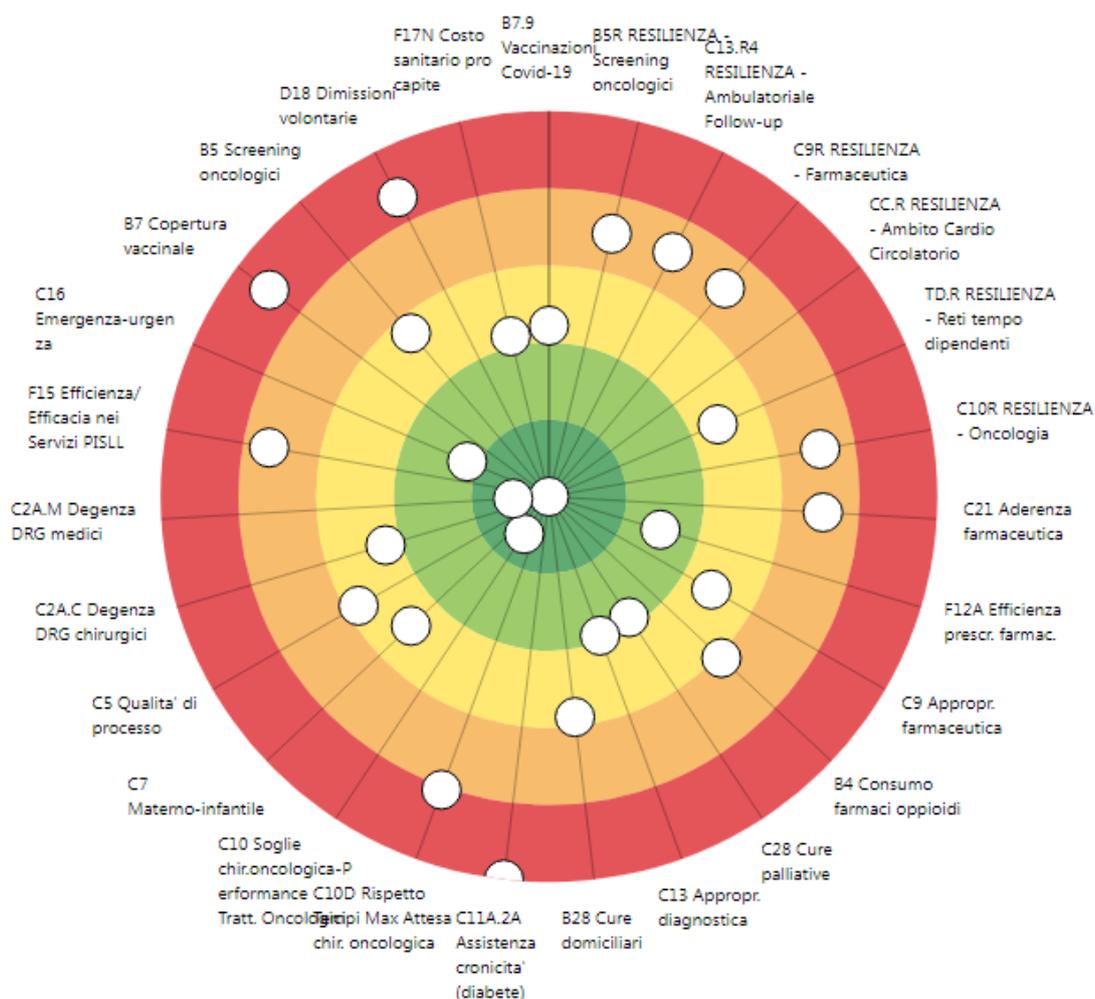
- Bersaglio Mes del Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con la Regione Toscana, che ha progettato e implementato il Sistema di Valutazione della Performance ad oggi attivo in tutte le Aziende Sanitarie della Toscana (c.d. Bersaglio MeS) ed esteso anche ad altre regioni tra cui la Liguria;
- Piano Nazionale Esiti, implementato da Agenas su tutti gli stabilimenti ospedalieri italiani, a partire dalla Banca dati SDO.

3.1 Sistema valutazione della performance del Laboratorio Sant'Anna MeS

Qui di seguito gli ultimi risultati disponibili, il Bersaglio 2021, non essendo ancora completata la valutazione della performance 2022.

Per un approfondimento si rimanda a <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

Bersaglio 2021 - AUSL 5 Spezzino



Le aree con maggiore criticità (fascia rossa) risultano essere:

- D18 dimissioni volontarie da ricovero ospedaliero.
- B7 copertura vaccinale: Questo indicatore è costituito da 7 sotto indicatori e considera sia le vaccinazioni antinfluenzali che le vaccinazioni pediatriche⁴.
- C10D Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore: Questo indicatore, definito secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa 2019-2021, misura la quota di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale ai 30 giorni per i seguenti interventi di chirurgia oncologica: mammella, prostata, colon, retto polmone, utero, melanoma, tiroide. Sono inclusi i ricoveri ordinari e day hospital. L'obiettivo si intende raggiunto con una quota pari o superiore al 90% delle prestazione erogate.

L'indicatore C11A.2 Assistenza cronicità (diabete) non è calcolato, ma valorizzato a zero.

Le aree critiche (fascia arancione – fatta eccezione per gli indicatori di resilienza che fanno riferimento al confronto con l'anno 2019) risultano essere:

- C21 - Aderenza farmaceutica: Questo indicatore è la sintesi di più indicatori tra cui: C9.2 Percentuale di abbandono delle statine - C9.9.1.1 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi) - C21.3.1 % di pazienti aderenti alla terapia con beta-bloccanti impostata in dimissione IMA - C21.3.2 % di pazienti aderenti alla terapia con ACE inibitori o Sartani impostata in dimissione IMA - C21.3.3 % di pazienti aderenti alla terapia contestuale di antiaggreganti e statine impostata in dimissione IMA . Rispetto a questo indicatore il posizionamento dell'Asl 5 è il migliore rispetto a tutta la Liguria, ovvero tutte le aziende liguri hanno un posizionamento peggiore dell'Asl 5.
- F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL: L'indicatore è strutturato in due macro-indicatori che analizzano fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro: la Copertura del territorio e l'Efficienza produttiva. Gli indicatori sulla Sicurezza sul lavoro sono in realtà indicatori già consolidati e condivisi a livello nazionale dai diversi gruppi di lavoro a cui hanno partecipato i tecnici della materia. La vigilanza in materia di sicurezza del lavoro e di tutela della salute in provincia di Bolzano è ripartita fra ASL (servizio ispettivo della Medicina del lavoro) e Provincia (Ispettorato del lavoro) in base a criteri differenti da quelli vigenti nel resto del territorio nazionale, per cui i dati sulle ispezioni di lavoro eseguite dall'Azienda sanitaria locale non sono esaustivi perché vi sono ulteriori procedimenti gestiti dall'Ispettorato del lavoro.

L'ASL 5 nel proprio Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance utilizza alcuni degli indicatori del sistema multidimensionale del Mes, insieme a quelli che scaturiscono da linee di indirizzo Nazionali e Regionali.

⁴ Due sotto-indicatori hanno per oggetto la vaccinazione antinfluenzale e monitorano la copertura rispetto ad essa della popolazione anziana (B7.2) e degli operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche (B7.4). Gli altri cinque sotto-indicatori monitorano la copertura di cinque vaccinazioni da svolgersi in età pediatrica. Si tratta del vaccino per morbillo, parotite e rosolia (B7.1), di quello anti-meningococcico (B7.5), di quello anti-pneumococcico (B7.6), di quello esavalente (B7.7) somministrati entro il 24° mese di vita del bambino e di quello contro il Papilloma virus (HPV) (B7.3), rivolto alle bambine dodicenni.

3.2 Programma nazionale esiti (PNE)

Il PNE è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. Le applicazioni su cui si concentra l'attività del PNE riguardano prevalentemente la valutazione comparativa tra soggetti erogatori (ospedali) e tra gruppi di popolazione (ASL di Residenza) e l'individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività. Gli indicatori utilizzati da PNE, sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti da processi, procedure, tempi. Si propone di seguito il treemap dei due stabilimenti ospedalieri che permettono di fornire una valutazione sintetica della singola struttura negli ambiti nosologici considerati. L'ambito che rileva maggiore criticità è quello ortopedico. Molto bassa la % dei femori operati entro le 48 ore.

Per un approfondimento si rimanda a <https://pne.agenas.it/>.

Ospedale Sant'Andrea La Spezia - (SP)

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area spe

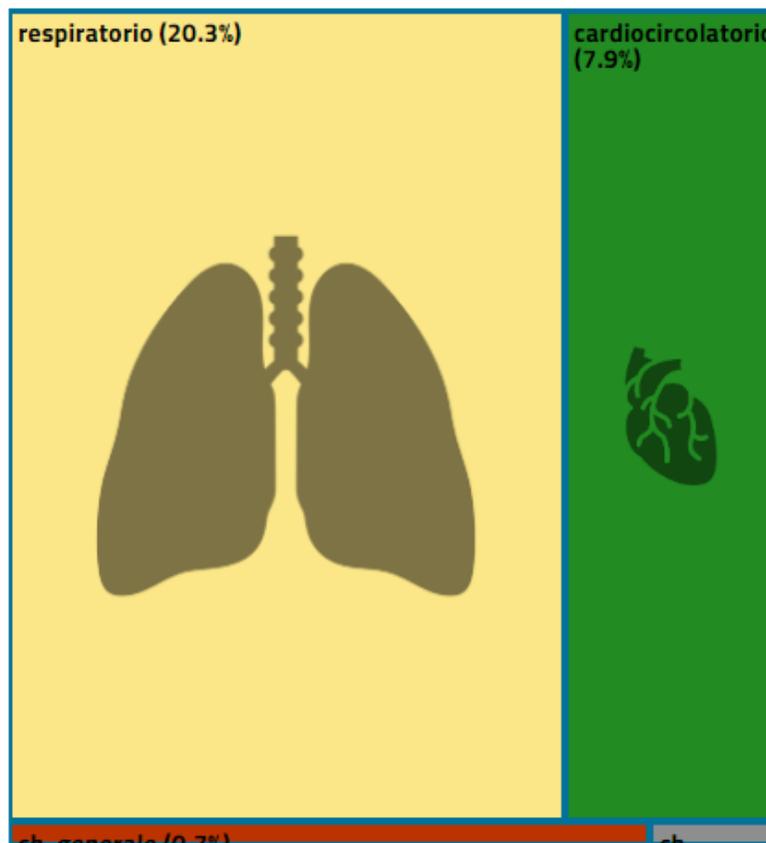


Ospedale San Bartolomeo - (SZ)

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto
 ■ Alto
 ■ Medio
 ■ Basso
 ■ Molto basso

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area spe



Fonte <https://pne.agenas.it/>.

4 L'organizzazione

Attualmente l'organizzazione aziendale sta subendo una riorganizzazione conseguente all'emanazione da parte della Regione della Dgr 1380-2022 "Approvazione delle Linee di indirizzo regionali sulla predisposizione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Socio Sanitarie e degli IRCCS del Sistema Sanitario Regionale."

Viene riportata di seguito una sintesi delle stesse, in quanto a livello aziendale è in corso una riflessione sulla futura evoluzione organizzativa.

In generale "Le indicazioni sono in linea con le disposizioni di cui al DM 70/2015, nonché con gli standard approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato Permanente per l'erogazione dei LEA in ordine ai criteri per la definizione di strutture organizzative semplici e complesse [...]. Le indicazioni sono formulate in coerenza con lo schema del Piano Sociosanitario Regionale 2023/2025 in fase di ultimazione, recependo le indicazioni del PNRR con l'emanato DM77/2022 che definisce e specifica i modelli e gli standard dell'offerta territoriale."

"I POA devono:

- prevedere un modello organizzativo Hub & Spoke;
- prevedere l'istituzione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione a supporto del sistema emergenza-urgenza all'interno del quale le strutture Pronto Soccorso (PS) e di Osservazione Breve Intensiva (OBI), rappresentano un punto cruciale del sistema sanitario, di cui va garantita la massima funzionalità;
- perseguire il potenziamento e nuovo modello dell'offerta residenziale mediante la ridefinizione e adeguamento delle attività di Cure Intermedie che risultano attualmente inserite nel contesto della disponibilità di posti letto ospedalieri ridefinendo anche la filiera territoriale;
- definire il modello territoriale regionale incentrato sui Distretti dei quali il documento espone le funzioni, le risorse, le responsabilità gerarchiche dirette sulle strutture territoriali che lo compongono, ovvero rapporti funzionali con le strutture non gerarchicamente riconducibili ai Distretti stessi."

Gli aspetti salienti delle Linee guida sono sintetizzabili nei seguenti punti, riportati per specifico paragrafo di riferimento:

- Paragrafo 3.1 Il dipartimento aziendale deve aggregare almeno 4 strutture complesse e può comprendere anche strutture semplici dipartimentali. In deroga a quanto sopra, le aziende, previa specifica richiesta motivata, possono essere autorizzate da Regione a costituire dipartimenti che aggregano 4 strutture organizzative di cui almeno 1 complessa.
- Paragrafi 3.2 e 3.3 definiscono e distinguono i Dipartimenti Interaziendali a rilevanza regionale (DIAR) e i Dipartimenti interaziendali finalizzati alla realizzazione di un coerente governo clinico in grado di favorire il coordinamento tra unità operative appartenenti ad Aziende diverse.
- Paragrafo 3.4 definisce i driver per l'individuazione e la graduazione delle strutture aziendali ovvero:
 - il posizionamento strategico e il grado di priorità delle attività proprie della struttura all'interno dell'Azienda;
 - il livello delle funzioni di supporto alla Direzione Aziendale e il coordinamento di processi di elevata complessità;
 - la rilevanza, l'intensità, la frequenza dei rapporti istituzionali con soggetti interni ed esterni all'azienda;
 - la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse necessarie alla gestione delle attività proprie della struttura;
 - il livello di autonomia e responsabilità necessari per assolvere le funzioni assegnate in modo appropriato, efficace ed efficiente.

In sintesi l'Asl 5 vengono riconosciute 30 strutture complesse ospedaliere e 24 strutture complesse non ospedaliere per un massimo di 54 a cui si aggiungono 70 tra SSD e SS.

In questo conteggio non devono essere considerati di Distretti Sociosanitari.

Il numero di strutture semplici totali deve rispettare lo standard di 1,31 strutture semplici per struttura complessa

- Paragrafo 3.4.1 definisce le Strutture Organizzative afferenti alla dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa

Di norma possono essere graduate come Strutture Complesse/Semplici Dipartimentali quelle deputate alle seguenti funzioni:

- Bilancio e contabilità
 - Risorse umane
 - Affari Generali e Legali
 - Programmazione e gestione degli acquisti, gestione magazzino ed economato
 - Controllo di Gestione
 - Patrimonio e gestione tecnica
 - Ingegneria Clinica
 - Sistemi informativi aziendali
- Paragrafo 3.4.2 definisce le Strutture di riferimento (HUB) ad alte specialità in particolare identifica:
 - Per quanto riguarda le attività indicate come alte specializzazioni, si identifica il ruolo di Hub regionale per il Policlinico San Martino per le seguenti specialità: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia maxillofaciale e Chirurgia plastica e Centro traumi alta spec. (CTS), attività di trapiantologia del fegato e del rene (in sinergia con il Gaslini), in campo onco-ematologico.
 - L'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure conferma il ruolo di Hub regionale per il trattamento della traumatologia vertebrale e in ambito riabilitativo.
 - Per l'Ospedale Galliera si conferma il ruolo di rilevanza Nazionale come sede dell'IBMDR per l'estero, nonché riferimento di area per il trattamento della patologia cronicodegenerativa della colonna vertebrale.
 - L'Istituto G. Gaslini conferma il ruolo di Hub regionale e riferimento Nazionale per lo studio ed il trattamento della patologia in età pediatrica, anche attraverso l'adozione di modelli organizzativi diffusi ("Gaslini diffuso").
 - Paragrafo 3.5.1 definisce il Dipartimento di Emergenza e Accettazione che deve ricomprendere: oltre alle Strutture complesse/semplifici dipartimentali di PS/PPI anche le Strutture di Anestesia e Rianimazione, la struttura 118 – emergenza territoriale e le strutture che garantiscono il trattamento delle patologie tempo-dipendenti.
 - Paragrafo 3.6 Potenziamento e nuovo modello dell'offerta residenziale stabilisce che il sistema di offerta assistenziale territoriale dovrà tendere ad un'organizzazione flessibile e modulare che garantisca una risposta così articolata:
 - (i) media complessità sanitaria territoriale (Cure intermedie territoriali);
 - (ii) media complessità assistenziale (gestione della post-acuzie RSA post-acuti);
 - (iii) medio-bassa complessità assistenziale (Ospedali di Comunità)
 - (iv) bassa complessità (RSA mantenimento, RP, semiresidenzialità e domiciliarità).
 - Paragrafo 3.7.1 definisce che Il Distretto, per la sua valenza strategica, afferisce direttamente dalla Direzione Generale. Il Distretto ha responsabilità gerarchiche dirette in ordine alla organizzazione sulle strutture territoriali che lo compongono, ovvero rapporti funzionali con le strutture non gerarchicamente riconducibili allo stesso. Il modello organizzativo ligure prevede di attribuire al

distretto la responsabilità organizzative-gestionali sulle funzioni svolte da: - Ospedale di comunità, - Casa della comunità, Centrale Operative Territoriale, Cure Primarie (MMG/PLS) per la parte di attività previste dagli accordi contrattuali in linea con quanto previsto nel PSSR, Cure domiciliari (ADI), Punto unico di accesso, Assistenza sociale afferente al Distretto, Servizi per l'assistenza infermieristica, Punto prelievo.

Le strutture (SC/SSD) che svolgono funzioni sovra distrettuali organizzative ed erogative che comprendono l'assistenza primaria (MMG +PLS), la residenzialità anziani e disabili, la medicina convenzionata (Sumai), la medicina penitenziaria, la farmaceutica territoriale, Cure palliative-Hospice, l'Assistenza Consultoriale, servizio di continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale afferiscono alla Direzione sociosanitaria in rapporto funzionale con il Distretto. Il Direttore di Distretto è membro effettivo del Collegio di Direzione Aziendale.

5 La pianificazione e programmazione regionale

5.1 Pianificazione triennale

In merito alla Pianificazione triennale l'Azienda declina le proprie linee strategiche a partire dalle Indicazioni Ministeriali e Regionali. A livello Nazionale il riferimento normativo più recente ed incisivo è il D.M. MEF 06.08.2021 "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e s.m.i."

La missione 6, dedicata alla Sanità, si articola in due componenti:

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Case della Comunità e presa in carico della persona;

Casa come primo luogo di cura e telemedicina:

Casa come primo luogo di cura (ADI);

Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);

Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.

Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario

Aggiornamento tecnologico e digitale;

Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Nel dettaglio la Missione M6 C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" prevede il rafforzamento dei servizi domiciliari, in termini sia di risorse umane che tecnologiche di telemedicina, con l'obiettivo della Presa in Carico domiciliare entro la metà del 2026 del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni non autosufficienti o con patologie croniche.

La regione Liguria ha adottato con DGR 705/2020, il Piano di potenziamento dell'Assistenza Territoriale della Regione Liguria prevedendo:

- Implementare l'assistenza domiciliare per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, potenziando anche il servizio di assistenza infermieristica sul territorio;
- Garantire una più ampia funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale
- Favorire l'integrazione sociosanitaria e la valutazione multidimensionale dei bisogni complessi dei pazienti potenziando anche il servizio di assistenza sociale sul territorio;
- Garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, avvalendosi di una centrale regionale con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza anche mediante strumenti informativi e di telemedicina;

- Sviluppare la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità;
- Adottare strumenti per la valutazione multidimensionale dei bisogni al fine di facilitare il raccordo tra tutti i servizi e la continuità ospedale territorio.

5.2 La programmazione regionale

Ai fini del Piano della Performance, in mancanza di indicazioni programmatiche di più ampio respiro, si fa riferimento alla programmazione regionale relativa all'anno 2022, ovvero ai seguenti atti programmatici:

1. AGGIORNAMENTO PIANO DI PREPAREDNESS Vedi Nota di A.Li.Sa. (09.12.2021) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI AD AZIENDE/ENTI SSR 2022, in cui vengono posti obiettivi qualitativi quali divisi per livello di assistenza:

Area della prevenzione:

- Potenziamento Dipartimenti di Prevenzione
- Coperture vaccinali
- Sanità animale e controllo degli alimenti
- Attività di screening cervice uterina, mammella colon retto

Prevenzione: Indicatori NSG Decreto interministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" Art.3, comma 1

Area ospedaliera

- Appropriata erogazione delle cure
- Gestione percorsi (con particolare riferimento al sovraffollamento del PS)
- Governo liste d'attesa
- Incremento produzione (Restart 2022)

Assistenza Ospedaliera: vari indicatori tra cui: rispetto Degenza media, peso % parti cesarei, % drg fuori soglia, gestione di percorsi con particolare riferimento ai percorsi di fast track; applicazione linee guida per il sovraffollamento in PS etc.

Area territoriale

- PNRR
- Residenzialità
- Governo liste d'attesa

Assistenza distrettuale: i tempi di attesa ambulatoriali, la pianificazione dei piani territoriali previsti dal PNRR 2021, l'implementazione del percorso di presa in carico a livello territoriale successivo alla dimissione dal Pronto Soccorso o dalla struttura ospedaliera.

2. Dgr 147 del 04/03/2022 "Assegnazione e definizione dei budget per l'esercizio 2022: formalizzazione del percorso e degli esiti del negoziato con Aziende, IRCCS ed Enti del S.S.R.", in cui sono individuati obiettivi sui costi indicazioni sulle risorse assegnate, nonché Volumi di attività per le prestazioni di diagnostica per immagini - radiologia e medicina nucleare – e Specialistica Ambulatoriale – Oculistica.
3. Dgr 856/2022 del 02/09/2022 "Obiettivi per l'anno 2022 ai Direttori generali delle Aziende sociosanitarie liguri, di A.Li.Sa., dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, nonché all'IRCCS Gaslini ed agli Enti Ospedalieri Galliera ed Evangelico – revoca DGR 829 del 25/08/2022 e nuova assegnazione obiettivi".

Per un approfondimento sul punto 3 si riportano le slide presentate nel Collegio di Direzione allargato in data 09/11/2022, con il monitoraggio relativo ai primi 9 mesi.



Incontro con Collegio di direzione allargato ai direttori di struttura e incarichi di funzione

La Spezia 09/11/2022

Monitoraggio Obiettivi DG 2022



Rispetto dei tempi di pagamento Responsabile monitoraggio dott. Ricciardi

Obiettivi 2022	Indicatore
1 Rispetto dei tempi di pagamento ai sensi della L. n. 145/2018, art.1, c. 865	Giorni di ritardo rispetto a quanto previsto dalla normativa

Raggiungimento obiettivo 100%

Coperture vaccinali Responsabile monitoraggio dott.ssa Ceccarini/dott.ssa Torracca

Obiettivi 2022	Target 2022
2 Copertura vaccinale a 24 mesi: a) nei bambini per ciclobase (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) b) nei bambini per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) c) anti-pneumococcica d) anti-meningococcica C	95%

Raggiungimento obiettivo 65,5

Coperture vaccinali (nr. 3) Responsabile monitoraggio dott.ssa Torracca

Obiettivi 2022	Target 2022
3 Copertura vaccinale anti-HPV	95%

Raggiungimento obiettivo
Copertura 2022 37%
Copertura 2021 52%

Screening (nr. 4) Responsabile monitoraggio dott. Camellini e dott.ssa Pensa

Obiettivi 2022	Target 2022
4 Screening colon retto	% adesione alla colonscopia dopo esito positivo : 85% % di soggetti che hanno effettuato colonscopia entro 30 gg 50%

Raggiungimento obiettivo
Adesione: 84%
Entro 30 giorni: 52,8%

Monitoraggio Obiettivi DG 2022

Sistema di sorveglianza "PASSI" (nr. 5) Responsabile monitoraggio dott.ssa Baldi

	Obiettivi 2022	Indicatore
5	Sistema di sorveglianza PASSI	275 anno per ASL per ottenere campione di rappresentatività aziendale

Raggiungimento obiettivo 100%

Potenziamento assistenza domiciliare (nr. 6) Responsabile monitoraggio dott.ssa Leboffe

	Obiettivi 2022	Target 2022
6	Potenziamento della presa in carico domiciliare (cure domiciliari e palliative) Rapporto tra numero prese in carico complessive e popolazione over 65	Raggiungimento nel 2026 del target del 10% previsto dal PNRR: Asl 5 +1% dell'indicatore rispetto al dato 2021

Raggiungimento obiettivo
2022 5,17%
2021 4,8%

Farmaceutica (nr. 11 e 12) Responsabile monitoraggio dott. Sarteschi

	Obiettivi 2022	Target 2022
11	Consolidare la qualità dei dati dei consumi dei farmaci trasmessi per garantire gli adempimenti LEA A) LEA C14-C15 B) LEA C6	
12	Implementazione utilizzo farmaci biosimilari	DDD biosimilare a monitoraggio / DDD totali della molecola a monitoraggio =1

Raggiungimento obiettivo 100%

Monitoraggio Obiettivi DG 2022

Appropriatezza ospedaliera e recupero tempi d'attesa Responsabile Dott. Colotto/CCD/Alisa

	Obiettivi 2022	Target
7	Riduzione dei parti cesarei nei limiti delle %Lea	<15% per ospedali con numero parti <1000
8	Riduzione dei ricoveri fuori soglia	Mantenimento del dato 2021 +/- 5%
9	Riduzione della degenza media area medica standardizzata per drg	decremento del 5% per Asl5 rispetto al dato 2019

Raggiungimento obiettivo
20,95% su 6 mesi 2022
22,65% anno 2021
Dati elaborati da Alisa

Raggiungimento obiettivo
2,14% su 6 mesi 2022
1,48% anno 2021
Dati elaborati da Alisa

Raggiungimento obiettivo
9,19 su 6 mesi 2022
10,3 anno 2021
9,6 anno 2019
Dati elaborati da Alisa

Appropriatezza ospedaliera e recupero tempi d'attesa Responsabile Dott. Colotto/CCD/Alisa

	Obiettivi 2022	Target
10	Miglioramento tempi di attesa per prestazioni di specialistica PNGLA critiche (Classe di priorità B e D)	Target (calcolati sui dati 2022 rispetto ai dati 2021): 1. garantire per il 90% delle prestazioni almeno un IP pari al 60% (classe di priorità B e D) miglioramento del 15% del IP per le prestazioni con IP compreso tra 60% e 75% (classe di priorità B e D) 3. per le visite specialistiche garantire per almeno 10 delle 14 prestazioni un IP \geq del 90% (classe di priorità D) 2. potrà comunque essere valutata la possibilità di assegnare una quota di raggiungimento dell'obiettivo anche nel caso di miglioramento dell'indicatore

Raggiungimento obiettivo
54% GIUGNO 2022
51,5% DICEMBRE 2021



6 Processo di gestione del ciclo della performance

Il Piano della Performance è definito ad inizio anno ed eventualmente aggiornato ogni qual volta si hanno delle modifiche significative in corso di anno e/o modifiche alle linee di indirizzo regionali e aziendali.

Il Processo di Misurazione e Valutazione della Performance, che prende avvio proprio dal Piano delle Performance, si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione di obiettivi, indicatori e valori attesi: traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi tramite la stesura delle Schede Budget
- Collegamento fra obiettivi ed allocazione risorse
- Monitoraggio in corso di esercizio ed eventuale attivazione di interventi correttivi
- Misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale
- Utilizzo dei sistemi premianti
- Rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance.

La performance azienda è concettualmente distinta in performance organizzativa e performance individuale.

6.1 Performance organizzativa

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

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 dalla Regione Liguria.

Il sistema di budget lo strumento fondamentale che permette di calare gli indirizzi strategici con un meccanismo a cascata, dalla Direzione Generale alla singola struttura, articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale in un percorso condiviso.

Il programma operativo annuale esplicita dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, azioni, indicatori e target) che caratterizzano le priorità dell'Azienda su cui si baserà poi la misurazione, il monitoraggio e la valutazione dei risultati, in coerenza con le linee strategiche individuate a livello nazionale e regionale.

6.2 Obiettivi strategici per il Budget 2023

La Direzione Strategica Aziendale ha predisposto un documento di indirizzo contenenti le linee generali sulle quali caratterizzare il processo di budget 2023, a cui si rimanda per un approfondimento.

Di seguito vengono sintetizzati i macro obiettivi strategici su cui questa direzione vuole basare il proprio operato.

Sintesi linee di indirizzo strategico per l'anno 2023 in linea generale sono riconducibili alle seguenti macro aree:

- Mantenimento/incremento dell'attività
- riduzione dei costi
- miglioramento dell'organizzazione, attraverso efficientamento dei processi e sperimentazione di modelli organizzativi innovativi

Area assistenza ospedaliera

1. Mantenimento produzione ospedaliera generale con miglioramento della performance di specifici settori:
 - a. Aumento attività chirurgica
 - b. Produzione in coerenza con standard *Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70*⁵ anche attraverso progetti condivisi con altri contesti (es: chirurgia senologica)
2. Efficientamento del processo produttivo ospedaliero:
 - a. Ottimizzazione della degenza media in relazione alla complessità della casistica
 - b. Efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie
3. Efficientamento dell'area di emergenza
 - a. Efficientamento della rete di offerta
 - b. Gestione dei percorsi (con particolare riferimento al sovrappollamento del PS): Implementazione fast track e implementazione dimissioni presso ambulatori territoriali
 - c. Miglioramento processo di dimissione dei pazienti
4. Razionalizzazione dei costi attraverso l'appropriatezza nell'utilizzo dei fattori produttivi con particolare rilevanza ai dispositivi medici, dei trasporti, etc

Area assistenza distrettuale

1. Recupero attività specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle prestazioni oggetto di monitoraggio ministeriale PNGLA
2. Avvio della Centrale Operativa Territoriale nei Distretti Aziendali e implementazione presa in carico territoriale, con particolare riferimento a:
 - a. creazione di percorsi condivisi ospedale-territorio per le principali patologie croniche (scompenso cardiaco, BPCO, diabete, demenze) e per le situazioni di maggiore fragilità;
 - b. implementazione della presa in carico dell'assistenza domiciliare per tendere allo standard da PNRR (Presa in Carico domiciliare entro la metà del 2026 del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni non autosufficienti o con patologie croniche);

⁵ Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

3. Promozione e sviluppo della rete di comunità: Promozione del Partenariato ad oggi composto da 56 soggetti (ASL5, Questura, Comuni, 7 AFT, Ordine degli Infermieri, Centri Medici, Gestori sociosanitari, Croci, Pubbliche Assistenze, Enti di Formazione, Associazioni, Caritas...)
4. Razionalizzazione dei costi attraverso efficientamento dei processi a partire dall'assistenza protesica

Area prevenzione

1. Mantenimento standard richiesti da griglia LEA
2. Mantenimento standard nazionali sugli screening/vaccinazioni

Area amministrativa / supporto

1. Disegno della mappa della responsabilizzazione economica dei vari settori
2. Riorganizzazione aziendale: studio e implementazione del POA

Area organizzazione

Sperimentazione modelli organizzativi innovativi (PAD, Infermiere di comunità, Primary care)

6.3 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.

Si riporta di seguito la sintesi degli accordi aziendali. Si rimanda agli specifici accordi per un approfondimento su questo tema.

Comparto

Accordo di contrattazione decentrata integrativa fra Azienda, RSU e Organizzazioni Sindacali del Comparto: "criteri per l'attribuzione dei primi correlati alla performance e criteri per la definizione delle procedure delle progressioni economiche" del 27/11/2019

Le risorse destinate a premiare la performance organizzativa e quella individuale vengono quantificate annualmente

La ripartizione della quota di Fondo di cui all'art. 81 destinata a premiare la performance collettiva ed individuale è così stabilita:

A Produttività collettiva e individuale : 95%

B Progetti speciali: 5%

Il Sistema di valutazione del personale dipendente del comparto è così articolato:

1. la valutazione annuale sulla performance organizzativa della struttura complessa o semplice dipartimentale alla quale il dipendente è assegnato pesa per il 70% sulla distribuzione del fondo premialità e fasce;
2. la valutazione annuale sulla performance individuale pesa per il restante 30% del fondo premialità e fasce ed è a sua volta distinta in:
 - a) Obiettivo /i individuale/i annuale/i con peso del 50% per i titolari di incarichi di funzione
 - b) Competenze organizzative e professionali con un peso del 50% per i titolari di incarichi di funzione, e del 100% per il restante personale.

Dirigenza

Verbale di sui “Criteri generali ai fini della valutazione individuale del personale della Dirigenza Medica e Veterinaria, Sanitaria, delle Professioni sanitarie, Professionale, Tecnica e Amministrativa “del 12/09/2018

1. La valutazione annuale sulla performance organizzativa della struttura compressa e/o semplice dipartimentale alla quale il dipendente è assegnato pesa per il 70% sulla distribuzione della retribuzione di risultato.
2. La valutazione annuale sulla performance individuale che pesa per il restante 30% del fondo sulla retribuzione di risultato

Quest'ultima a sua volta viene distinta in:

- a) Obiettivo /i individuale/i annuale/i con peso del 50% solo per i Direttori SC/SSD, Dirigenti di S.S., Dirigenti Amministrativi, Dirigenti del ruolo professioni sanitari 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% dei restanti profili.