



Azienda Sociosanitaria Ligure n. 4

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE  
2024/2026**

**VP02 – GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE**



**P07 – PERFORMANCE E BUDGET**

## Sommario

<b>Premesse .....</b>	<b>3</b>
<b>Obiettivi del piano e attori del processo.....</b>	<b>4</b>
<b>Prima fase di definizione dei Budget, responsabilità e tempistiche .....</b>	<b>6</b>
<b>Il format della scheda di budget .....</b>	<b>7</b>
<b>Obiettivi/indicatori legati all'efficienza .....</b>	<b>9</b>
<b>Obiettivi/indicatori legati all'efficacia .....</b>	<b>10</b>
<b>Seconda fase di monitoraggio e valutazione del Budget, responsabilità e tempistiche .....</b>	<b>13</b>
<b>Revisione secondo l'approccio di Lean Management del percorso di budget, della struttura della scheda di budget e delle modalità organizzative.....</b>	<b>14</b>

## Premesse

Il Processo di Budget è un percorso attraverso il quale la direzione orienta, misura e valuta la performance organizzativa e, assieme ad altri strumenti di valutazione, la performance individuale del personale dipendente.

L'ASL4, per guidare la propria gestione, si dota di un sistema multilivello di condivisione delle strategie che permette di diffondere a tutto il personale dipendente, con modalità diverse, le linee di sviluppo pluriennali e gli obiettivi annuali individuati dalla Direzione Strategica, così da coordinare l'attività nella ricerca del miglioramento continuo nel rispondere ai bisogni di salute in un'ottica di sicurezza, qualità, efficienza, efficacia ed economicità e di valorizzazione del capitale umano. Il Processo di Budget rappresenta lo strumento principale di tale sistema di diffusione:

- a livello aziendale il Processo di Budget permette la traduzione delle strategie pluriennali definite dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, nonché quelle definite aziendalmente, in obiettivi annuali e l'allocazione delle risorse disponibili, in un contesto caratterizzato da una domanda di prestazioni in crescita ed in evoluzione a fronte di un livello di risorse disponibili stabili o in riduzione;
- a livello di singola articolazione aziendale il Processo di Budget è un momento di esplicitazione degli obiettivi in coerenza con le strategie aziendali, e di responsabilizzazione sui livelli di attività qualitativi/quantitativi in coerenza con le risorse assegnate.

## Obiettivi del piano e attori del processo

Il presente documento si pone lo scopo di delineare, per l'esercizio 2024, i criteri di definizione degli obiettivi aziendali e le modalità per declinare tali obiettivi ai diversi livelli dell'organizzazione aziendale (Distretti, Dipartimenti, SC-SSD, dirigenza e comparto), le responsabilità, modalità e tempistiche di proposta, discussione e sottoscrizione, monitoraggio e aggiornamento, valutazione degli obiettivi di Budget.

La volontà è, in linea con il piano strategico di sviluppo aziendale e nelle more dell'adozione del nuovo Piano Organizzativo Aziendale, quella di far evolvere il percorso di Budget, in un sistema più tempestivo di declinazione delle linee di indirizzo regionali e aziendali, nonché di dare maggiore rilievo al percorso di efficientamento delle attività, necessario in un sistema a risorse di capitale umano e strumentale "definito" e con una domanda di salute in crescita.

Il presente documento si applica a tutte le articolazioni aziendali in cui è organizzata l'ASL4. In particolare vengono individuati all'interno dell'organizzazione aziendale i seguenti attori coinvolti nel Processo di Budget:

- Direzione Strategica (supportata dal Collegio di Direzione);
- Comitato di Budget (supportato dai responsabili del monitoraggio degli obiettivi);
- Responsabili dei Centri di Responsabilità (CDR) e i Direttori di Dipartimento;
- Centro Direzionale di Controllo;
- OIV.

Comitato di Budget: si tratta di un gruppo multidisciplinare individuato dalla Direzione Strategica, costituito da professionalità che partecipano attivamente, ciascuno per il proprio ruolo, al Processo di Budget. In genere può essere composto da uno o tutti i Direttori di Direzione Strategica, da alcuni dei responsabili delle strutture di Staff della Direzione con particolare conoscenza trasversale dell'organizzazione aziendale. Il Comitato supporta la Direzione Strategica, in particolare nella fase di monitoraggio degli andamenti rispetto agli obiettivi attesi.

Centro di Responsabilità (CDR): è il livello organizzativo delle articolazioni aziendali cui vengono assegnati gli obiettivi di budget; sono in genere individuabili in quanto hanno la gestione di risorse umane, produttive, economiche e/o tecnologiche definite. Nello specifico vengono di norma individuati come Centri di Responsabilità in ASL4:

- Strutture Complesse afferenti ai Dipartimenti;
- Strutture Semplici a valenza Dipartimentale afferenti ai Dipartimenti;
- Strutture di Staff delle Direzioni, siano esse Strutture Complesse o Semplici/Semplici Dipartimentali non afferenti a Strutture Complesse;

le Strutture Semplici afferenti a Strutture Complesse non sono invece, di norma, considerate CDR autonomi e quindi assegnatarie di uno specifico budget. In coerenza con l'evoluzione dell'organizzazione, che sta orientando sempre di più la gestione delle attività per processi

trasversali a più UUOO/Dipartimenti/Direzioni, la Direzione Strategica potrà individuare ulteriori CDR con modalità che derogano da quanto visto sopra.

Al fine di rendere coerente il processo di budget con eventuali modifiche dell'organizzazione aziendale, la lista dei CDR viene definita a inizio processo, ma potrebbe subire modifiche anche in corso d'anno. Per ogni CDR possono essere individuati uno o più livelli di centri di costo / centri di ricavo che permettono la rilevazione delle attività e delle risorse con maggiore dettaglio rispetto al livello di contrattazione di budget.

OIV (Organismo Indipendente di Valutazione): è l'organismo costituito da componenti esterni all'azienda, secondo i criteri previsti dalla normativa nazionale e regionale; a esso sono affidati, all'interno del Processo di Budget, i seguenti compiti:

- Verifica dell'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'ente di appartenenza, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- Verifica del rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale;
- Valutazione della correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance.

## **Prima fase di definizione dei Budget, responsabilità e tempistiche**

Dato atto dell'inevitabile disallineamento temporale che intercorre tra la disponibilità di dati di chiusura d'esercizio (relativamente sia ai costi che ai volumi di attività erogati) nonché alle indicazioni per la definizione del bilancio di previsione, oltre che alla individuazione degli obiettivi di valutazione delle Aziende da parte di Regione Liguria, la Direzione ha ritenuto necessario, in una prima fase di definizione del budget, anticipare (basandosi su stime legate agli andamenti storici) gli obiettivi e i vincoli per l'anno, così da permettere la definizione di un primo nucleo di obiettivi, che potranno avere un orizzonte effettivo di 12 mesi per essere perseguiti e raggiunti. In particolare il processo di definizione degli obiettivi per l'ANNO N deve vedere queste fasi:

- settembre – dicembre ANNO N-1 (Centro Direzionale di Controllo – Gestione Risorse Umane): raccolta ed armonizzazione dei dati storici (volumi di produzione, costi ed FTE del personale dipendente e non, costi diretti di beni e servizi);
  - ottobre-dicembre ANNO N-1 / gennaio ANNO N (Direzione Strategica – Bilancio e Contabilità – Centro Direzionale di Controllo): stima degli obiettivi di volume e dei limiti di spesa aziendali, in base ad andamenti storici – stima della % di copertura dei costi indiretti e generali;
  - ottobre-dicembre ANNO N-1 / febbraio ANNO N (Centro Direzionale di Controllo, Comitato di Budget): in base ai dati storici di erogazione/costo/efficienza, definizione di una scheda di budget legata ai principali obiettivi individuati a livello strategico; (Direzione Strategica): valutazione dei limiti di spesa in coerenza con gli obiettivi di produzione, definizione delle azioni eventualmente necessarie per rendere coerenti volumi di attività previsti, capitale umano e costi di produzione;
  - gennaio-febbraio ANNO N (Centro Direzionale di Controllo): predisposizione delle schede di budget secondo le indicazioni della Direzione Strategica; (Direzione Strategica): valutazione della proposta di schede di budget
  - gennaio – aprile ANNO N: integrazione della scheda di budget definite nella prima fase con obiettivi di tipo quali/quantitativo discendenti dagli obiettivi aziendali assegnati da Regione, dall'andamento di indicatori PNE/MES di performance/outcome, discendenti da obiettivi di qualità e governo clinico, obiettivi legati a processi di innovazione e riorganizzazione, ecc.
- Entro febbraio assegnazione degli obiettivi economici alle strutture aziendali (Strutture complesse e strutture semplici dipartimentali); entro aprile valutazione condivisa della parte non economica delle schede, con eventuali modifiche e sottoscrizione.

## Il format della scheda di budget

Di seguito il format generale delle schede di budget della Dirigenza Sanitaria e del Comparto Sanitario

DIRIGENZA SANITARIA						
			Dott.	PUNTEGGIO assegnato dopo la contrattazione		
Sigla Indicatori	Descrizione indicatori	OBIETTIVO 2024	NOTE INTEGRATIVE	Responsabile	Dirigenza	
<b>Prospettiva Finanziaria: AREA DELL'EFFICIENZA (OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVITA')</b>						
VPR	Vincolo di Produzione Ricoveri (VPR): è dato dal tariffato complessivo dei pazienti dimessi, in regime ordinario e DH.	XXX		15,0	15,0	
VPS	Vincolo di Produzione Specialistica (VPS): è dato dal tariffato complessivo delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per Esterni erogate dalla struttura	XXX		5,0	5,0	
VPR+VPS	Totale tariffato	XXX				
CMU	Costo Medio Unitario (CMU): Rappresenta il Costo dei beni sanitari (Gruppo 120) per ogni 100 Euro di tariffato complessivo (Ricoveri e Specialistica).	XXX		5,0	5,0	
VS	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la spesa massima sostenibile per i Beni Sanitari (Gruppo 120). Spesa calcolata come consumato di Sala operatoria e ordinato sui CdC degenziali e ambulatoriali.	XXX		10,0	10,0	
VPST MDC	Vincolo di Produzione Strategico Ricovero e Cura (VPST MDC): dato dal tariffato della produzione incrementale di MDC apparato digerente	XXX		5,0	5,0	
VSA	Vincolo Spesa Aggiuntivo relativo alla produzione strategica VPST MDC e VPST AMB	XXX		5,0	5,0	
TOTALE parziale				45,0	45,0	
<b>Processo Interno: OBIETTIVI STRATEGICI</b>						
OS2	Obiettivi legati all'implementazione di politiche di sviluppo aziendali - su definizione della Direzione Strategica	XXX		5,0	5,0	
TOTALE parziale				5,0	5,0	
<b>Processo Interno: OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO</b>						
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			15,0	15,0	
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			5,0	5,0	
TOTALE parziale				20,0	20,0	
<b>Prospettiva del paziente: AREA DELL'EQUITA' E TRASPARENZA (OBIETTIVI DI TUTELA)</b>						
TDA	Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali			15,0	15,0	
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			5,0	5,0	
TOTALE parziale				20,0	20,0	
<b>Innovazione e apprendimento: AREA DELL'INNOVAZIONE E FORMAZIONE</b>						
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.			10,0	10,0	
TOTALE parziale				10,0	10,0	
				<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>AREA DI SBARRAMENTO PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DEL BUDGET</b>						
Cod.	INDICATORE	VALUTAZIONE PER NON RAGGIUNGIMENTO	REFERENTE			
1A	Mantenimento Certificazione e Accreditamento Regionale attraverso il rispetto di tutti i seguenti punti: 1. Elaborazione, revisione e pubblicazione sul portale del dipendente (cartella condivisa ASL4 Certificata ISO) dei documenti previsti dalla Norma ISO e dal Manuale Regionale di Accreditamento. 2. Invio annuale delle check per le raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure e del Carmina regionale di singola struttura.	Non si accede alla valutazione di Budget (punteggio complessivo = 0).	SS Qualità, accreditamento e risk management			
1B	Mantenimento Certificazione e Accreditamento Regionale attraverso il rispetto di tutti i seguenti punti: 3. Partecipazione del Direttore di struttura e del Coordinatore delle Professioni Sanitarie (titolare di posizione organizzativa per le strutture tecnico/amministrative) agli audit interni, Safety Walk Round e FMEA se programmati all'interno della struttura di appartenenza.	Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 5 punti dal risultato finale.	SS Qualità, accreditamento e risk management			
18	Condivisione degli obiettivi previsti nella scheda Budget con tutto il personale dirigente.	Caricamento della scheda Budget sul Portale del Dipendente - Procedure Sistema Qualità entro 30 giorni dalla discussione e verifica delle visualizzazione da parte del personale afferente alla struttura Non si accede alla valutazione di Budget	CCD / SS Qualità, accreditamento e risk management			
20	Adempimenti anticorruzione.	Rispetto degli obblighi di pubblicazione e programmazione delle misure di prevenzione corruzione e trasparenza. Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 5 punti dal risultato finale	Affari Generali e Legali			
<b>TOTALE</b>				<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	

SCHEDA COMPARTO SANITARIO						
			Dott.		PUNTEGGIO assegnato	
Indicatori						
sigla	Descrizione indicatori	OBIETTIVO 2023		NOTE INTEGRATIVE		Caposala Comparto
<b>Prospettiva Finanziaria: AREA DELL'EFFICIENZA (OBIETTIVI ECONOMICI E ATTIVITA')</b>						
VS1	Vincolo di Spesa (VS): riguarda la gestione della scorta aggiuntiva settimanale di farmaci e materiale sanitario presso il reparto (Beni Sanitari del Gruppo 120).				20,0	20,0
TOTALE parziale					20,0	20,0
<b>Processo Interno: OBIETTIVI GOVERNO CLINICO</b>						
PIO	Indicatore Prevenzione Infezioni Ospedaliere.				20,0	20,0
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.				20,0	20,0
TOTALE parziale					40,0	40,0
<b>BUDGET DELL'INNOVAZIONE E INFORMATIVO - Referenti: Direzione Professioni Sanitarie - D.I.T. - U.R.P.</b>						
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.				20,0	20,0
PO	Progetto Obiettivo: progetti innovativi su aree di interesse aziendale.				20,0	20,0
TOTALE parziale					40,0	40,0
					PUNTEGGIO TOTALE	
					100,0	100,0
<b>AREA DI SBARRAMENTO PER L'ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DEL BUDGET</b>						
Cod.	INDICATORE	REFERENTE		VALUTAZIONE		
1A	Mantenimento Certificazione e Accreditamento Regionale attraverso il rispetto di tutti i seguenti punti: 1. Elaborazione, revisione e pubblicazione sul portale del dipendente (cartella condivisa ASL4 Certificata ISO) dei documenti previsti dalla Norma ISO e dal Manuale Regionale di Accreditamento. 2. Invio annuale delle check per le raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure e del Carmina regionale di singola struttura.	Non si accede alla valutazione di Budget (punteggio complessivo = 0).		SS Qualità, accreditamento e risk management		
1B	Mantenimento Certificazione e Accreditamento Regionale attraverso il rispetto del seguente adempimento: Partecipazione del Direttore di struttura e del Coordinatore delle Professioni Sanitarie (titolare di posizione organizzativa per le strutture tecnico/amministrative) agli audit interni, Safety Walk Round e FMEA se programmati all'interno della struttura di appartenenza.	Il mancato adempimento comporterà la decurtazione di 5 punti dal risultato finale.		SS Qualità, accreditamento e risk management		
18	Condivisione degli obiettivi previsti nella scheda Budget con tutto il personale dirigente.	Caricamento della scheda Budget sul Portale del Dipendente - Procedure Sistema Qualità entro 30 giorni dalla discussione e verifica delle visualizzazioni da parte del personale afferente alla struttura Non si accede alla valutazione di Budget		CCD / SS Qualità, accreditamento e risk management		
TOTALE					0,0	0,0

La scheda di budget si configura in tre principali sezioni:

- AREA DELL'EFFICIENZA (obiettivi economici e di attività)
  - AREA DELL'EFFICACIA (obiettivi di governo clinico, equità, innovazione e formazione)
- AREA DI SBARRAMENTO (in cui sono inseriti obiettivi su indicatori di performance ritenuti istituzionali e che quindi, se non conseguiti, comportano la decurtazione parziale o totale del punteggio ottenuto con le prime due sezioni).

Ogni obiettivo/indicatore della scheda di budget deve riportare le modalità di calcolo/valutazione/rendicontazione, il target atteso per l'anno, se possibile almeno un valore storico di riferimento, dando evidenza delle eventuali altre articolazioni aziendali coinvolte nel conseguimento dell'obiettivo di performance.

Dando atto che la performance complessiva dei CDR viene conseguita quando tutta l'equipe (personale dirigente e del comparto) è coinvolta nel perseguimento degli obiettivi, si ricorre ad una scheda specifica per i diversi livelli organizzativi che compongono il CDR (es. Direttore, Dirigenti Medici, Dirigenti Sanitari non Medici, Coordinatore Infermieristico, Personale Infermieristico, OSS e Ausiliari, Personale Amministrativo) dando evidenza del differente apporto al conseguimento del singolo indicatore attraverso l'assegnazione di pesi diversi agli obiettivi in riferimento alla singola figura di equipe e/o differenziando gli obiettivi in base alle attività di competenza delle varie figure professionali. La somma dei pesi degli obiettivi deve essere pari a 100% per ogni figura professionale.

### **Obiettivi/indicatori legati all'efficienza**

Al fine della definizione iniziale degli obiettivi a livello aziendale, legati al volume dell'attività e ai vincoli di costo, sono individuati i seguenti VALORI:

- VOLUMI DI ATTIVITA' DI RICOVERO E CURA;
- VOLUMI DI ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE;
- ALTRI VOLUMI DI ATTIVITA' (es. DIPARTIMENTO PREVENZIONE, DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE, ATTIVITA' ORGANIZZATIVO-AMMINISTRATIVE);
- COSTI DI BENI E SERVIZI (sanitari e/o non sanitari);
- altre voci di tipo economico rilevanti (es. TARIFFATO PER CONSULENZE/ESAMI PER INTERNI)
- VINCOLO DI EFFICIENZA dato dal rapporto tra volume di attività e costi per beni sanitari/non sanitari.

Si correlano a tali valori, indicatori legati all'efficienza dei processi di cura, quali il mantenimento/riduzione dell'indice di performance della degenza media, i tempi di attivazione delle prestazioni ADI a seguito di dimissioni, ecc. così come per il comparto sanitario indicatori quali il mantenimento/miglioramento dell'indice di rotazione delle scorte, ecc.

Nella tabella 1 sono elencati gli indicatori che, storicamente o come nuova introduzione per il 2024, saranno oggetto di valutazione per le equipe.

Tabella 1: indicatori di performance – area efficienza

	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICIENZA	VOLUMI DI PRODUZIONE	VPR	<b>Vincolo di Produzione Ricoveri (VPR):</b> è dato dal tariffato complessivo dei pazienti dimessi, in regime ordinario e DH.	
	VOLUMI DI PRODUZIONE	VPS	<b>Vincolo di Produzione Specialistica (VPS):</b> è dato dal tariffato complessivo delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per Esterni erogate dalla struttura	
	VOLUMI DI PRODUZIONE	VPST	<b>Vincolo di Produzione Strategico:</b> Ricovero e cura (VPST MDC): dato dal tariffato della produzione incrementale di MDC specifici / Ambulatoriale (VPST AM): dato dal tariffato della produzione incrementale di tipo ambulatoriale richiesta da ALISA	
	VOLUMI DI PRODUZIONE	VP	<b>Vincolo di Produzione</b> complessivo Dipartimento Prevenzione	
	VINCOLI DI COSTO	CMU	<b>Costo Medio Unitario (CMU):</b> Rappresenta il Costo dei beni sanitari (Gruppo 120) per ogni 100 Euro di tariffato complessivo (Ricoveri e Specialistica).	
	VINCOLI DI COSTO	VS	<b>Vincolo di Spesa (VS):</b> riguarda la spesa massima sostenibile per i Beni Sanitari (Gruppo 120) tenuto conto dei possibili risparmi derivanti dalle gare regionali.	
	VINCOLI DI COSTO	VS1	<b>Vincolo di spesa (Assistenza resid. e semiresid.) Disabili, NPIA, Anziani</b>	
	VINCOLI DI COSTO	VS6B	<b>Vincolo di spesa Convenzioni per assistenza riabilitativa tossicodipendenti / malati disturbi mentali</b>	
	VINCOLI DI COSTO	DDH	Distribuzione diretta Farmaci H e ad alto costo SERT.	
	VINCOLI DI COSTO	VIM	Valorizzazione dell'immobilizzo di Magazzino al 31/12 rispetto al valore del consumato dell'anno.	
	VINCOLI DI COSTO	STA	Spesa per trasporto in ambulanza. Al netto dei trasporti autorizzati dalla fisioterapia	
	VINCOLI DI COSTO	SFC	Spesa farmaceutica pro capite (convenzionata)	

### Obiettivi/indicatori legati all'efficacia

In questa sezione della scheda di budget confluiscono gli indicatori “qualitativi” che misurano la qualità di output e outcome. Numerosi sono gli indicatori sviluppati esternamente che misurano (con eventuali proxy) l'efficacia del sistema “salute”, tra questi ricordiamo a solo titolo di esempio gli indicatori del Programma Nazionale Esiti, finalizzati a una valutazione (e orientamento delle azioni di miglioramento) dell'efficacia delle cure.

Nella tabella 2 sono elencati gli indicatori che, storicamente o come nuova introduzione per il 2024, saranno oggetto di valutazione per le equipe.

Tabella 2: indicatori di performance – area efficacia

	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICACIA	GOVERNO CLINICO	C13a.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (> 65 anni)	<15
	GOVERNO CLINICO	C2a	Indice di performance degenza media per acuti	-0,43 Da valutare il peso dei pazienti urgenti
	GOVERNO CLINICO	C4.7	obiettivo bersaglio Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery (Patto per la Salute 2010)	75% Monitoraggio a 6 mesi
	GOVERNO CLINICO	H17C	Tagli cesarei primari / Tot parti	<15%
	GOVERNO CLINICO	C5.1	Ricoveri ripetuti entro 30 gg per stessa MDC	Riduzione rispetto al dato 2019 o mantenimento se il valore è al di sotto della media aziendale Dato aziendale: 4,40%
	GOVERNO CLINICO	C10.2.1	% di interventi conservativi alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	Valutazione ottima > 80%
	GOVERNO CLINICO	C10.2.2	% di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente all'intervento conservati	75%
	GOVERNO CLINICO	APP	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	12%
	GOVERNO CLINICO	REG1	% ricoveri fuori soglia per DRG>2gg in soggetti over 65 (esclusi i ricoveri COVID)	<4%
	GOVERNO CLINICO	REG2	Degenza media area medica, STD per DRG trimmata a SX per ricoveri inferiori a 2gg	<9 gg
	GOVERNO CLINICO	C15a.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, per azienda di erogazione	<2% (valutazione buona)
	GOVERNO CLINICO	C15a.5a	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni.	stare al di sotto della media regionale : 331,64 (dato 2020)
	GOVERNO CLINICO	C15a.7	Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni.	stare al di sotto della media regionale: 148,86 (dato 2020)
	GOVERNO CLINICO	D27C	% di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in SPDC (Cod. MES C15A.13A).	Dato MES 2018 ASL 4: 8,25 Dato MES 2020 ASL 4: 10,38 Dato MES 2021 ASL4: 9,23 Dato MES 2018 Regione Liguria: 7,78 Obiettivo 2021: <= 6,5%
	GOVERNO CLINICO	P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Screening mammo: >=60% Screening cervice uterina: >=50% Screening colo-rettale: >=50%
	GOVERNO CLINICO	B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani (>=65 anni)	>64% (performance media)
	GOVERNO CLINICO	B7.4	Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	>=30% in sinergia col Medico Competente, DMPO Distretti e Professioni Sanitarie.
	GOVERNO CLINICO	B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcica nel bambino al 24° mese di vita.	>90%
	GOVERNO CLINICO	B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcica nel bambino al 24° mese di vita.	>90%
	GOVERNO CLINICO	F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	7,75%
GOVERNO CLINICO	F15.3.1	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL	65	
GOVERNO CLINICO	F15.3.2	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL	56	
GOVERNO CLINICO	Cerebro	Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	Mortalità <=10%	

	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICACIA	GOVERNO CLINICO	C16.10	Riduzione degli accessi ripetuti al PS.	Valore dell'indicatore < 5,30. Verrà comunque valutato il posizionamento nell'ambito delle fasce definite dal Laboratorio Mes.
	GOVERNO CLINICO	C16.1.N	Percentuale accessi in PS con codice priorità 2 ARANCIONE visitati entro 15 minuti	70-80%
	GOVERNO CLINICO	C16.2.N	Percentuale accessi in PS con codice priorità 3 AZZURRO visitati entro 60 minuti	70-80%
	GOVERNO CLINICO	C16.2.N	Percentuale accessi in PS con codice priorità 4 VERDE visitati entro 120 minuti	70-80%
	GOVERNO CLINICO	ARU	108 DRG Patto della Salute 2008 - 2010	non oltre 500 ricoveri ordinari urgenti da Ps ad alto rischio di inappropriatezza
	GOVERNO CLINICO	Cardio	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore.	>69%
	GOVERNO CLINICO	Cardio	Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 giorni	8,50%
	GOVERNO CLINICO	C5.2	Fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione: incremento dell'indicatore.	80%
	GOVERNO CLINICO	CPC	N° Casi presi in carico complessivo. (NPIA, Disabili)	
	AREA EQUITA' E TRASPARENZA	TDA	Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali	Garantire i seguenti tempi secondo le seguenti classi di priorità: B (breve): entro 10 gg - 95% delle prestazioni D (differibile): entro 30 gg per visite e entro 60 gg per accertamenti diagnostici - 95% delle prestazioni <b>Rilevazione del tempo di attesa (ex post):</b> è data dalla differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della prenotazione calcolata in giorni solari.
	Area BSC	Indicatore	Descrizione Indicatore	TARGET ATTESO
AREA DELL'EFFICACIA	GOVERNO CLINICO	B28.3.11	Percentuale di assistiti in RSA Chiavari con almeno un ricovero ospedaliero over 65 anni	≤11,0%
	GOVERNO CLINICO	B28.3.10	Ammissioni in RSA (Mantenimento) per over 65	≥9,38%
	GOVERNO CLINICO	C8b.1	Tasso di accesso al PS per 1000 residenti std per età e sesso	<330 (performance buona)
	GOVERNO CLINICO	C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	1,4% obiettivo regionale < 1,25% obiettivo ASL4
	GOVERNO CLINICO	C7a.1.1	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	<155

Tali indicatori di performance efficienza/efficacia, potranno essere integrati nella scheda di budget con obiettivi/indicatori che misurano l'apporto delle articolazioni aziendali nel conseguimento degli "obiettivi strategici" aziendali definiti in applicazione al presente PIAO e a quanto individuato come progetti nelle sue sotto-sezioni, in ragione della misurabilità, della coerenza con gli orizzonti temporali di programmazione e con la correlazione tra responsabilità / capacità del CDR di incidere nel conseguimento degli obiettivi.

## **Seconda fase di monitoraggio e valutazione del Budget, responsabilità e tempistiche**

In corso d'anno sono numerosi i fattori che possono portare al disallineamento tra andamento atteso e risultato conseguito. Il tempestivo e puntuale monitoraggio degli obiettivi consente di:

- Individuare anticipatamente questi trend, ponendo in atto le eventuali azioni correttive da parte del singolo CDR, ove possibile, o da parte dell'organizzazione
- Monitorare i risultati delle azioni correttive e/o nel caso di target non più conseguibili per fattori endogeni e/o esogeni (quali ad esempio criticità di risorse, innovazioni normative) procedere alla rimodulazione dell'obiettivo e/o alla sostituzione con un nuovo target.

In particolare il processo di monitoraggio degli obiettivi per l'ANNO N deve vedere queste fasi:

- aprile-dicembre ANNO N (Centro Direzionale di Controllo – Referente dei singoli obiettivi di budget): monitoraggio degli andamenti degli indicatori, segnalazione dei risultati intermedi ai CDR e confronto attivo sui risultati non a target; (Direzione Strategica – Bilancio e Contabilità – Centro Direzionale di Controllo): valutazione degli andamenti economici e definizione di eventuali politiche correttive;
- settembre ANNO N (Centro Direzionale di Controllo - CDR): segnalazione anticipata di eventuali obiettivi/indicatori non conseguibili, non più attuali o comunque da stralciare o aggiornare – monitoraggio intermedio;
- gennaio-aprile ANNO N+1 (Centro Direzionale di Controllo – Referente dei singoli obiettivi di budget): pre-valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi
- marzo – maggio ANNO N+1: (Centro Direzionale di Controllo – CDR– Referente dei singoli obiettivi di budget) confronto sugli indicatori non a target e valutazione delle motivazioni di mancato raggiungimento relativamente alle schede del comparto sanitario e delle strutture amministrative;
- giugno ANNO N+1 (OIV) certificazione del livello di raggiungimento delle performance di equipe relativamente alle schede del comparto sanitario e delle strutture amministrative;
- aprile – settembre ANNO N+1: (Centro Direzionale di Controllo – CDR– Referente dei singoli obiettivi di budget) confronto sugli indicatori non a target e valutazione delle motivazioni di mancato raggiungimento relativamente alle schede della dirigenza sanitaria;
- settembre ANNO N+1 (OIV) certificazione del livello di raggiungimento delle performance di equipe relativamente alle schede della dirigenza sanitaria.

## Revisione secondo l'approccio di Lean Management del percorso di Budget, della struttura della scheda Budget e delle modalità organizzative

Il processo di budget, come tutti i processi organizzativi, ha periodicamente necessità di essere rivalutato e aggiornato, in un'ottica di miglioramento continuo, per verificare che lo strumento sia coerente con gli obiettivi da conseguire.

In tale ottica, anche in applicazione dell'innovazione implementata nel processo di programmazione strategica a medio termine con l'introduzione del PIAO, si definisce il seguente progetto di miglioramento del percorso di budget di Asl4.

<b>LINEA DI SVILUPPO</b>	
<b>Performance e budget</b>	
<b>PROGETTO – prosecuzione attività</b>	
<b>Revisione secondo l'approccio di Lean Management del percorso di budget, della struttura della scheda di budget e delle modalità organizzative</b>	
<b>Razionale</b>	Parte del tempo dedicato da tutte le articolazioni aziendali in tutte le fasi del processo di budget risulta “NON A VALORE” comportando sprechi quali attese inutili, rilavorazioni, errori e sovrapproduzione. Il progetto si pone quindi come obiettivo l'analisi di alcune delle fasi rilevate come “critiche”, un ripensamento per rendere più fluido e coerente il processo di budget e che acquisisca in automatico gli aggiornamenti del PIAO.
<b>Soggetti coinvolti</b>	SC Centro Direzionale di Controllo – SC Distretti 14-15-16 – SC Direzione Medica di Presidio – SSD Professioni Sanitarie – SC Qualità Accreditamento e Risk Management – alcune articolazioni aziendali destinatarie di budget (sanitarie e amministrative)
<b>Tempi di realizzazione</b>	2024
<b>Azioni</b>	Azione 2023: revisione della fase di processo legata all'acquisizione degli obiettivi trasversali (modalità tempistiche e strumenti) Azione 2024: revisione delle modalità di “assemblaggio” delle schede di budget (attualmente in xls) Azione 2025: revisione delle modalità di monitoraggio intermedio e trasmissione di feedback e rivalutazione degli obiettivi in corso d'anno
<b>Indicatori e target</b>	Indicatore 2023: entro dicembre 2023 definizione condivisa nuovi strumenti di raccolta di alcuni degli obiettivi/indicatori/target da parte dei referenti del monitoraggio obiettivi Indicatore 2024: definizione della scheda di assegnazione obiettivi e di monitoraggio intermedio Indicatore 2025: raccolta dei feedback intermedi e finali, ripensata per evitare rilavorazioni di dati, informazioni e relazioni.
<b>Valore Baseline 2022</b>	Non applicabile

<p><b>Azioni intraprese 2023 rispetto alle attese e valutazione indicatori 2023</b></p> 	<p>Azione 2023: revisione della fase di processo legata all'acquisizione degli obiettivi trasversali (modalità tempistiche e strumenti)  Indicatore 2023: entro dicembre 2023 definizione condivisa nuovi strumenti di raccolta di alcuni degli obiettivi/indicatori/target da parte dei referenti del monitoraggio obiettivi  Individuato nelle riunioni di condivisione lo strumento principe della programmazione condivisa, tra Centro Direzionale di Controllo e uno o più degli altri soggetti coinvolti (SC Direzione Medica di Presidio/CIO – SSD Professioni Sanitarie – SC Qualità Accreditamento e Risk Management – Anestesia e Rianimazione / Referente Trapianti – Provveditorato per l'attività di gestione bolle e approvvigionamenti magazzini di secondo livello) nel corso del bimestre novembre-dicembre 2023 proseguita nel gennaio 2024.</p> <p>Risultati in linea con l'atteso, tempistica ritardata anche a causa del cambio di alcuni dei referenti delle UO nel secondo semestre 2023 e di definizione di diverse linee di indirizzo regionale nel mese di dicembre (chirurgia ambulatoriale, rete trapianti, ERAS, ecc.)</p>
<p><b>Costi</b></p>	<p>valorizzazione tempi dedicati al progetto</p>