

ORIGINALE

PICOP. M. - -

12 0. GIU. 2013

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
SIRACUSA

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N° 561

Data 26 GIU. 2013

OGGETTO: Aggiornamento Piano Triennale della Performance anni 2013 - 2015. Art. 10
Decreto legislativo n. 150/09. Inerenti provvedimenti.

Dimostrazione della compatibilità economica: Bilancio 2013 Centro di costo _____ Conto economico _____ Budget assegnato € _____ Budget già utilizzato € _____ Budget disponibile € _____ da cui prelevare la spesa prevista dal presente atto, pari ad € _____ Disponibilità residua di budget € _____ ☐ Non comporta spesa	DIREZIONE GENERALE
--	----------------------------------

26 GIU. 2013

Addì _____, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 - Siracusa - il Commissario Straordinario Dr. Mario Zappia, nominato con D.P.R.S. n. 1153 del 31.07.2012, assistito dalla Dr.ssa Maria Letizia Carveni con funzioni di Segretario, ha adottato la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

Il Commissario Straordinario
Dott. Mario Zappia

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la legge regionale 14/4/2009, n. 5 recante "Norme per il riordino del servizio Sanitario Regionale";

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTO il D.A. 01821/11 del 26/9/2011 con cui sono state approvate dalla regione Siciliana le *"Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del S.S.N."*, finalizzate a recepire in ambito sanitario le disposizioni nazionali sulla misurazione e valutazione della performance secondo il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 *in materia della ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*;

VISTO il piano Sanitario regionale 2011-2013 in cui sono definite le linee di intervento da porre in essere per l'articolazione di tutte le attività sanitarie;

PRESO ATTO che con nota prot. n. 22650 del 6/3/2013 l'Assessorato Regionale della Salute ha provveduto ad assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali delle ASP e fra cui n. 15 capitoli di intervento riconducibili al Piano Attuativo Aziendale, che configura il contributo organizzativo/operativo dell'Amministrazione alle linee di intervento indicate nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013;

VISTA la delibera n. 622 del 30/06/2011 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2011-2013;

RILEVATO l'obbligo annuale di ottemperare al punto a) del D.A. 01821/11 del 26/09/2011 nell'ambito del processo di valorizzazione del personale, che prevede che le Amministrazioni redigano, entro il 31 Gennaio, l'Aggiornamento annuale del Piano triennale della Performance in coerenza con i contenuti e il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo annuale;

PRESO ATTO CHE il D.lgs. n. 150/09 all'art. 10 comma 5 stabilisce: *"In caso di mancata adozione del piano della performance è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano avere concorso alla mancata adozione del Piano, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti, e l'amministrazione non può procedere ad assunzioni di personale e al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominata"*;

CONSIDERATO CHE la Commissione Indipendente per la Valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), di cui all'art.13 del citato decreto legislativo 150/09, ha emanato una serie di disposizioni che, pur non essendo direttamente applicabili, costituiscono linee guida per l'adempimento degli ordinamenti di Regioni, Enti Locali ed Amministrazioni del S.S.N. ed, in particolare le delibere n. 4/2012, n. 6/2013 (*linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013*);

ATTESO CHE, a norma dell'art. 31 del richiamato decreto legislativo n. 150/09, le Regioni, anche per quanto concerne i propri enti e le amministrazioni del servizio Sanitario Regionale, e gli enti locali, devono adeguare i propri ordinamenti ai principi contenuti negli articoli 17, comma 2, 18,23,

al fine di definire gli strumenti di valorizzazione del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della quantità delle prestazioni lavorative;

VALUTATE le specificità organizzative dell'Amministrazione come descritte nell'atto Aziendale;

ATTESA la necessità, individuati gli obiettivi strategici, di introdurre con successivo atto deliberativo un set multidimensionale di indicatori di performance al fine di documentare (*accountability*) in modo trasparente (*openness*) la qualità dei servizi erogati e l'uso appropriato delle risorse (Regolamento di attuazione della Performance);

STANTE l'esigenza di aggiornare annualmente il predetto piano triennale parametrando gli indicatori degli obiettivi individuati a quelli contenuti nel sopra citato D.A. ed all'assetto Aziendale;

VISTO l'allegato *piano della performance* 2013-2015 di questa ASP, redatto in ossequio alle linee di indirizzo regionali di cui al DA 01821/11, al Piano Sanitario Regionale, al Piano Attuativo Aziendale, alle indicazioni del CIVIT ed delle azioni inerenti le Linee Progettuali dei Progetti Obiettivi di PSN anno 2012 assegnati all'Asp di Siracusa (DDG n. 0703 del 10/4/2013);

RITENUTO di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

VISTA la legislazione vigente in materia sanitaria

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

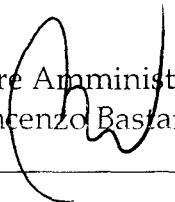
DELIBERA

Per le ragioni esposte in premessa che qui si intendono ripetute e trascritte;

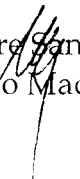
1. Di approvare l'aggiornamento annuale , ai sensi del Decreto legislativo n. 150/09 , del Piano triennale della performance 2013-2015 dell'ASP di Siracusa, nel testo che si allega al presente atto per farne parte integrante;
2. Di dare atto che detto piano potrebbe subire, nel corso dell'anno, parziali rettifiche in relazione al verificarsi di circostanze imprevedibili o in virtù di una riprogrammazione delle attività da parte della Direzione;
3. Di dare atto che il perseguimento degli obiettivi programmati è soggetto alla valutazione dell'OIV, previa approvazione da parte di questa ASP del Regolamento di attuazione della Performance;

4. Di trasmettere il presente piano della performance alla Commissione Ministeriale per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza (CIVIT), nonché al Ministero dell'Economia e delle Finanze, all'Assessorato regionale della Salute D.P.R.S. servizio 1° ed all'OIV Aziendale
5. Stabilire che il presente Piano sarà pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Trasparenza, Valutazione e Merito";
6. Riservarsi di apportare eventuali variazioni, durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nel Piano della Performance Triennale allegato, qualora le stesse si rendessero necessarie in esito agli obiettivi che verranno assegnati alla Direzione Generale di questa ASP, a sopravvenute esigenze aziendali, nonché a seguito del susseguente percorso di negoziazione;
7. Di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante l'esigenza di rispettare il dettato normativo, nonché le disposizioni regionali.

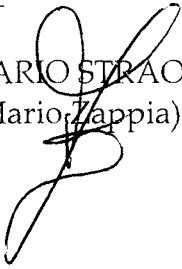
Il Direttore Amministrativo
(Dr. Vincenzo Baslante)



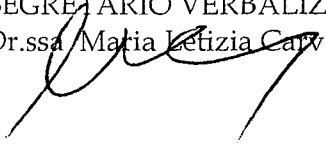
Il Direttore Sanitario
(Dr. Anselmo Madeddu)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dr. Mario Zappia)



II SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dr.ssa Maria Letizia Carveni)



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta, su conforme dichiarazione del personale incaricato dell'affissione, che la presente deliberazione è stata affissa all'albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ai sensi e per gli effetti dell'art. 53 della L.R. n. 30/63 e successive modificazioni

dal giorno 30 GIU. 2013 al giorno 14 LUG. 2013

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA

(Dott.ssa Maria Letizia Carveni)

Siracusa 15 LUG. 2013

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data 01 LUG. 2013
Prot.n. 24472

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA

(Dott.ssa Maria Letizia Carveni)

Siracusa _____

E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE
PER USO AMMINISTRATIVO

Siracusa, _____



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Piano della Performance

Triennio 2013 – 2015

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Mario Zappia

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Ansimo Madeddu

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Vincenzo Bastante

-

INDICE

1. Presentazione del Piano	Pag. 3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni	Pag. 5
2.1 Chi siamo	Pag. 5
2.2 Cosa facciamo	Pag. 5
2.3 Come operiamo	Pag. 6
3. Identità	Pag. 9
3.1 L'amministrazione "in cifre"	Pag. 9
3.2 Mandato istituzionale e missione	Pag. 14
3.3 Albero della performance	Pag. 15
4. Analisi del contesto	Pag. 16
5. Gli obiettivi strategici	Pag. 18
6. Il sistema di misurazione e valutazione della performance	Pag. 27
7. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	Pag. 28
8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	Pag. 30
8.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano	Pag. 30
8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	Pag. 30
8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	Pag. 31
9. Allegati tecnici	
Analisi SWOT	Pag. 33
CIVIT – Indagine sul personale dipendente	Pag. 36
CIVIT - Rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Pag. 45
PAA - Schede capitoli Piani Attuativi Aziendali	Pag. 54

1. Presentazione del Piano

Il Piano della performance è adottato ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lett. B) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n°150, di seguito decreto, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

Il Piano della performance costituisce lo strumento programmatico triennale con cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa intende avviare il ciclo di gestione della performance previsto dall'art. 4 del decreto articolato nelle seguenti fasi:

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f. rendicontazione dei risultati.

Il presente piano è articolato su un orizzonte temporale triennale e, in coerenza con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed i target definendo gli elementi fondamentali su cui si baseranno, sia durante il processo che alla sua conclusione, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Come richiesto dall'art. 5, comma 2 del decreto legislativo, gli obiettivi sono:

- Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- Specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- Tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- Riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- Commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- Confrontabili con le tendenze alla produttività dell'amministrazione di riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- Correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1 del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- a. gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- b. gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- c. gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli indirizzi strategici (art. 15, comma 2, lett. b del decreto legislativo) sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del relativo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance. Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'art. 7 del decreto legislativo.

Il Piano contiene infine gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori al fine di consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'art. 9, comma 1, lett. a e b del decreto legislativo.

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

2.1 – Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è Azienda del Servizio Sanitario Regionale costituita con Legge Regionale n°5 del 14/04/2009, derivata dall'accorpamento di due ex Aziende Sanitarie. Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extraospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Siracusa.

L'Azienda, operativa dal 1° settembre 2009, ha sede legale a Siracusa in Corso Gelone n°17 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web aziendale è www.asp.sr.it.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 392.892 abitanti (al 1.1.2012), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti / utenti;
- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

2.2 – Cosa facciamo

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del S.S.N., pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, l'integrazione tra assistenza territoriale e

ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

Le attività da svolgere vengono definite dall'A.S.P. mediante il Piano Attuativo di durata triennale, adottato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza dei Sindaci, con il quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino. Il Piano Attuativo si realizza mediante la definizione di programmi annuali di attività.

2.3 – Come operiamo

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnata dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con Decreto Assessoriale n°2722 dell'11 novembre 2010, ha individuato la struttura organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Entro tali limiti, spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento, agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Dir. Generale.

I Dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico – assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico terapeutico - assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le Strutture Complesse (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

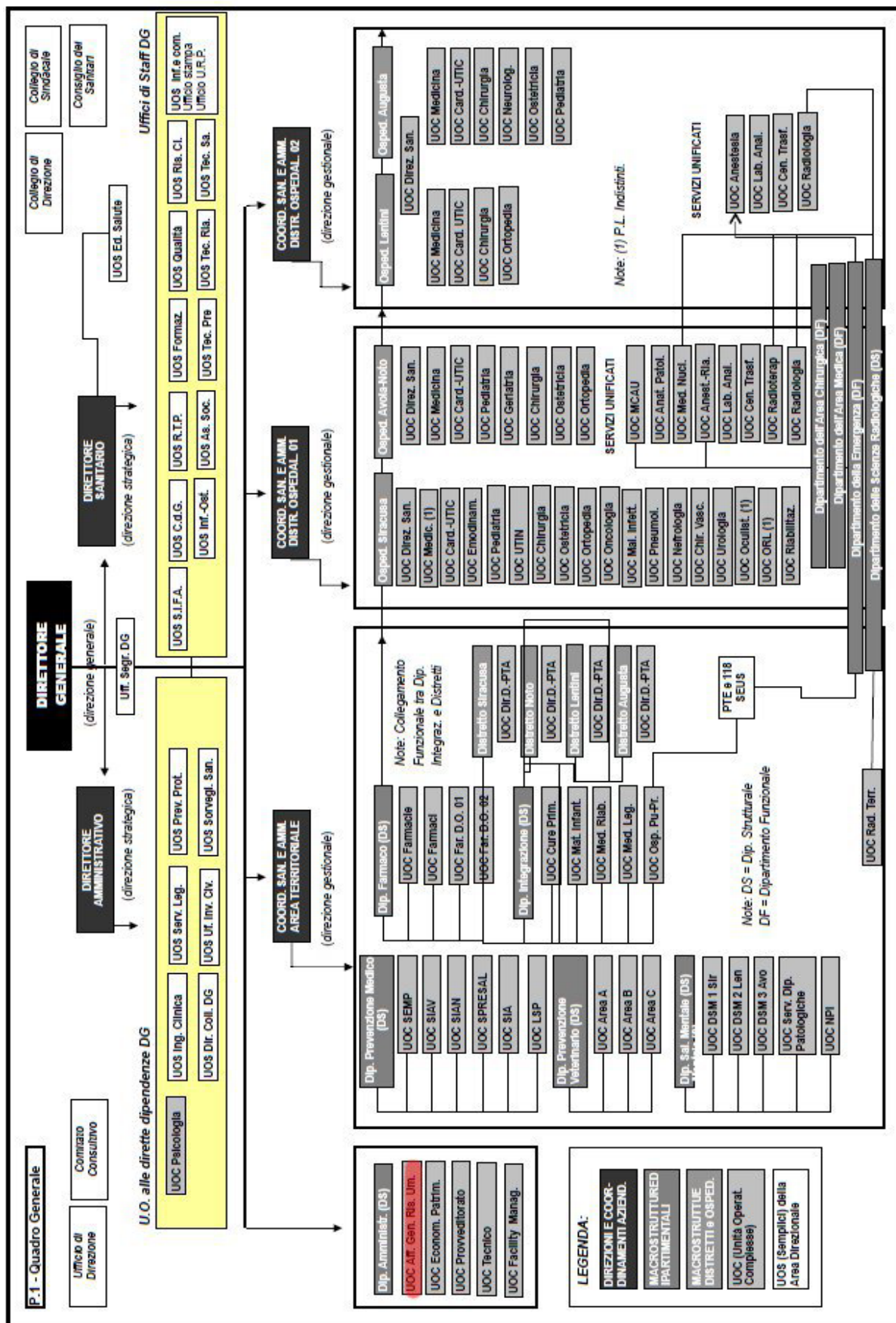
Le Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

All'interno dell'Azienda la funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

Appartengono allo staff le seguenti competenze:

- Ingegneria clinica;
- La prevenzione e protezione;
- Sorveglianza Sanitaria;
- Programmazione e Controllo di Gestione;
- Politiche per il Personale e Formazione;
- Sistemi Informativi;
- Comunicazione istituzionale ed interna;
- Gestione Rischio Clinico;
- Qualità.

SCHELETRO ORGANIZZATIVO ATTO AZIENDALE



3. Identità

3.1 L'amministrazione "in cifre"

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 399.892 abitanti (al 1.1.2012), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

L'ASP di Siracusa è articolata in 2 Distretti Ospedalieri ed in un'Area Territoriale a sua volta suddivisa in 4 Distretti Sanitari che assicurano le attività di prevenzione collettiva, assistenza di base e specialistica, assistenza riabilitativa. In ogni distretto sanitario è prevista l'allocazione di un PTA che svolge funzioni complesse di cure primarie, garantisce la continuità assistenziale, rappresenta il Punto Unico di accesso alle prestazioni. All'interno del PTA è allocato lo sportello per le cure domiciliari.

Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri con i sotto elencati posti letto per acuti (assegnati nel totale n°750, ex D.A. n°1377/2010):

Distretto Ospedaliero SR 1 Residenti: 295.166	Distretto Ospedaliero SR2 Residenti: 104.546
--	---

Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti	Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti
Umberto I – Siracusa	369	32	Lentini	115	0
Avola – Noto	151	48	Augusta	115	0
TOTALE	520	80	TOTALE	230	0

Nella nuova organizzazione dell'Azienda sanitaria provinciale, così come previsto dalla L.R. n°5 del 14/04/2009, sono stati istituiti n°4 Distretti Sanitari di Base che costituiscono strutture di riferimento per le cure territoriali.

DISTRETTO SANITARIO	COMUNI AFFERENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE
Siracusa (n°2 PTA) Totale residenti: 192.989	1. Buccheri; 2. Buscemi; 3. Canicattini B.; 4. Cassaro; 5. Ferla; 6. Floridia; 7. Palazzolo A.; 8. Priolo Gargallo; 9. Siracusa ; 10. Solarino; 11. Sortino	1. 2.125 abitanti 2. 1.122 abitanti 3. 7.184 abitanti 4. 814 abitanti 5. 2.592 abitanti 6. 22.699 abitanti 7. 9.092 abitanti 8. 12.168 abitanti 9. 118.442 abitanti 10. 7.857 abitanti 11. 8.894 abitanti
Noto (n°2 PTA) Totale residenti: 102.177	1. Avola; 2. Noto ; 3. Pachino; 4. Portopalo di C.P.; 5. Rosolini	1. 31.319 abitanti 2. 23.666 abitanti 3. 22.082 abitanti 4. 3.578 abitanti 5. 21.532 abitanti
Augusta (n°1 PTA) Totale residenti: 49.220	1. Augusta ; 2. Melilli.	1. 36.124 abitanti 2. 13.096 abitanti
Lentini (n°1 PTA) Totale residenti: 55.326	1. Carlentini; 2. Francofonte; 3. Lentini .	1. 17.928 abitanti 2. 12.932 abitanti 3. 24.466 abitanti

All'interno dell'Azienda è inoltre presente una Centrale Operativa 118 che gestisce la risposta all'emergenza nei confronti delle province di Catania, Siracusa, Ragusa.

Per il perseguimento delle finalità istituzionali l'ASP di Siracusa possiede una dotazione di 3200 dipendenti (dotazione organica anno 2012), distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nella successiva tabella.

Dotazione organica A.S.P. Siracusa

Ruolo	Profilo	Numero	%
Sanitario	1. Dirigenti medici e veterinari; 2. Dirigenti non medici; 3. Comparto	1. 769 ; 2. 100 ; 3. 1462	1. 24,03 %; 2. 3,12 %; 3. 45,68 %
Professionale	1. Dirigenti; 2. Comparto;	1. 8 ; 2. 2 ;	1. 0,25 %; 2. 0,06 %
Tecnico	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. 8 ; 2. 455	1. 0,25 %; 2. 14,21 %
Amministrativo	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. 31 ; 2. 365	1. 0,96 %; 2. 11,40 %
TOTALE		3200	100 %

Presenze in servizio - A.S.P. Siracusa (ruolo)

Ruolo	Profilo	Numero	%
Sanitario	1. Dirigenti medici e veterinari; 2. Dirigenti non medici; 3. Comparto	1. 582 ; 2. 94 ; 3. 1371	1. 20,71% ; 2. 3,34% ; 3. 48,79%
Professionale	1. Dirigenti; 2. Comparto;	1. 3 ; 2. 2 ;	1. 0,10% ; 2. 0,07%
Tecnico	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. 5 ; 2. 401	1. 0,17% ; 2. 14,27%
Amministrativo	1. Dirigenti; 2. Comparto	1. 20 ; 2. 328	1. 0,71% ; 2. 11,81%
TOTALE		2810	100%

Il personale dell'ASP di Siracusa vede la prevalenza delle figure del comparto sanitario, costituito da infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, fisioterapisti, ecc, con 1462 figure nominali, pari a circa il 45% del totale. Tra le figure dirigenziali prevalgono inoltre i dirigenti del ruolo sanitario dell'area medica e veterinaria (769 unità pari al 24,03% del totale).

Si riporta di seguito la sintesi delle principali informazioni inerenti l'Azienda.

Numero complessivo di ricoveri ordinari – anno 2012

PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIFERIMENTO	NUMERO
P.O. Umberto I – Siracusa	17.357
P.O. Avola – Noto	6.103
P.O. Muscatello di Augusta	3.437
P.O. Lentini	5.488
TOTALE	32.385

Assistenza domiciliare – anno 2010

	TOTALE PAZIENTI ASSISTITI	PAZIENTI ASSISTITI DI ETA' > 65 ANNI
ANNO 2012	2.565	2.565

Programmi di screening per la prevenzione dei tumori – anno 2012

Screening per la prevenzione e diagnosi precoce di:	Tumori del collo dell'utero	Tumori della mammella	Tumori del colon – retto

Numero complessivo di parti – anno 2012

PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIFERIMENTO	NUMERO
P.O. Umberto I – Siracusa	1.747
P.O. Avola – Noto	559
P.O. Muscatello di Augusta	85
P.O. Lentini	509
TOTALE	2.900

Dati economico-finanziari

(tratti dal Conto Economico D.M. 11 febbraio 2002)

CONTO ECONOMICO

(in migliaia di euro)

CONTO ECONOMICO (Valori in Euro)

		31/12/2011	31/12/2012	Differenza
A	Valore della Produzione			
	1) Contributi in c/esercizio	613.655.961	621.760.017	8.104.056
	2) Proventi e ricavi diversi	25.528.815	27.135.749	1.606.934
	3) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	5.937.677	7.051.217	1.113.540
	4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	2.831.893	3.246.356	414.463
	5) Costi capitalizzati	5.254.465	6.726.106	1.471.641
	Totale (A)	653.208.810	665.919.443	12.710.633
B	Costi della Produzione			
	1 acquisti di beni	62.915.427	69.367.534	6.483.632
	2 acquisti di servizi	364.449.617	362.617.733	- 1.082.513
	a) Prestazioni sanitarie da pubblico	103.027.806	94.033.296	- 772.970
	b) Prestazioni sanitarie da privato	237.623.427	242.317.100	- 3.015.730
	c) Prestazioni non sanitarie da pubblico	224.623	151.594	73.029
	d) Prestazioni non sanitarie da privato	23.573.761	26.115.743	2.779.216
	3 manutenzione e riparazione	6.096.234	6.707.667	611.433
	4 godimento di beni di terzi	2.276.126	1.913.098	- 363.028
	5 personale sanitario	154.009.342	154.331.419	322.077
	6 personale professionale	470.329	474.866	4.537
	7 personale tecnico	15.397.721	15.397.721	- 1.136.814
	8 personale amministrativo	20.316.753	18.750.595	- 1.566.158
	9 oneri diversi di gestione	2.169.510	2.072.302	- 878.105
	10 ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	174.594	207.164	32.570
	a) Costi di impianto e di ampliamento	-	-	-
	b) Costi di ricerca, sviluppo, promozione e informazione	-	-	-
	c) Diritti brevetti e diritti utilizzazione di opere di ingegno	-	-	-
	d) Altre	174.594	207.164	32.570
	11 ammortamenti dei fabbricati	4.575.321	4.668.963	93.642
	a) Disponibili	265.094	296.075	30.981
	b) Indisponibili	4.310.227	4.372.888	62.661
	12 ammortamenti delle altre immobilizzazioni	4.261.681	7.119.556	2.857.875
	a) Impianti e macchinari	127.190	161.274	34.084
	b) Attrezzature sanitarie e scientifiche	3.214.518	5.726.715	2.394.231
	c) Mobili e arredi	73.963	138.428	64.465
	d) Automezzi	134.941	168.998	34.57
	e) Altri beni	711.069	924.141	331.038
	13 svalutazione crediti	500.000	-	500.000
	14 variazione delle rimanenze	(1.573.291)	(668.722)	884.569
	a) Sanitarie	-1.612.809	- 583.666	1.029.143
	b) Non sanitarie	39.519	-105.057	144.576
	15 accantonamenti tipici dell'esercizio	4.779.523	5.442.527	663.004
	Totale (B)	640.318.888	647.745.610	7.426.722
	Differenza tra valore e costi della produzione (A – B)	12.889.921	18.173.834	5.283.912

C	Proventi e oneri finanziari	1.334	425	909
	1 interessi attivi	425		
	2 altri proventi	-	-	-
	3 interessi passivi	-3.227.896	-3.227.896	51.440
	4 altri oneri	-2.805	-3.221	-416
	Totale (C)	-3.230.275	-3.178.343	51.932
D	Rettifiche di valore di attività finanziarie			
	1 rivalutazioni	-	-	-
	2 svalutazioni	-	-	-
	Totale (D)	-	-	-
E	Proventi e oneri straordinari			
	1 minusvalenze	-13.934	-8.848	5.086
	2 plusvalenze	40	-	-40
	3 accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	-	-	-
	4 concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	-	-	-
	5 sopravvenienze e insussistenze	13.680	-953.922	-967.602
	Totale (E)	(214)	(962.771)	962.557
	Risultato prima delle imposte (A – B + C + D + E)	9.659.432	14.032.720	4.373.288
	Imposte e tasse	13.924.873	13.714.518	-210.355
	Utile o perdita dell'esercizio	(4.265.441)	318.202	4.583.643

3.2 Mandato istituzionale e “missione”

Ai sensi dell'art. 13 della L.R. n°5/2009, l'Azienda si integra all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie, relative alla gestione di patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali.

L'Azienda pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:

- rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente – utente;
- sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
- garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
- compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;

- h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e del presidio Ospedaliero Umberto I, presidio di 2° livello per l'emergenza;
- j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dalla comunità che insiste sul territorio di riferimento;
- n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti.

3.3 Albero della performance

Nella sezione dedicata all'identità viene sviluppato il primo livello dell'albero della performance rimandando alla sezione 5 per la descrizione degli obiettivi strategici ed operativi.

L'albero della performance è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrate con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi vengono definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi strategici a loro volta declinati in piani e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti.

Analisi del contesto

L'attività dell'Azienda risulta caratterizzata dall'entrata in vigore delle disposizioni relative al riordino del SSR contenute nella legge regionale n°5/2009, da cui è derivata l'istituzione di una nuova realtà aziendale costituita dall'accorpamento di due preesistenti aziende sanitarie, con profonda ridefinizione dell'articolazione organizzativa e gestionale.

Il documento programmatico che ha riassunto gli obiettivi di crescita, la nuova articolazione aziendale, la missione e la vision, è stato l'Atto Aziendale, redatto nel corso dell'anno 2010 ed approvato con atto di Giunta Regionale di Governo, a cui è seguita la rideterminazione organica del personale secondo logiche moderne di governance delle risorse umane.

La visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in massima parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso e fruibilità), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici. Analogamente occorrerà sempre di più tenere conto delle istanze di natura economica tendenti alla razionalizzazione della spesa e di cui il Piano di rientro è stato già attuato con successo ed a cui subentrerà il piano POCS.

L'attività dell'Azienda si caratterizza da fattori di contesto che vanno analizzati secondo la metodologia SWOT al fine di consentire la programmazione degli obiettivi a breve e medio termine.

Punti di debolezza:

- elevata fuga di pazienti verso strutture sanitarie extraprovinciali;
- critiche condizioni oro geografiche del territorio e presenza di diseguaglianze nella popolazione a causa di condizioni socio-economiche sfavorevoli;
- difficoltà legate all'accorpamento delle ex Aziende relativamente all'integrazione dei sistemi di gestione delle risorse umane e di supporto organizzativo - contabili;
- inquinamento ambientale in alcune zone ad elevato impatto antropico;
- carenza di offerta nei confronti di una casistica di elevata complessità;
- carenze strutturali e infrastrutturali necessitanti di incisivi interventi di manutenzione;
- elevato tasso di ospedalizzazione ed inappropriato uso dell'ospedale;
- scarsa diffusione della cultura organizzativa aziendale e carenza meccanismi di controllo interno.

Punti di forza:

- miglioramento del sistema sanitario regionale per effetto dell'entrata in vigore del processo di riordino e dell'emanazione di indirizzi di programmazione regionale;
- Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale, a seguito dell'accorpamento delle aziende preesistenti, e della soppressione

di servizi duplicati e non più funzionali alle esigenze sanitarie, e di una maggiore integrazione ospedale/territorio.

Opportunità:

- Riqualificazione dei servizi a seguito dell'attivazione di nuove linee di attività;
- Miglioramento della qualità ed efficacia per effetto delle iniziative di sviluppo delle risorse umane legate all'avvio del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Possibilità di una gestione unitaria dei servizi e dei professionisti del territorio per effetto dell'accorpamento delle preesistenti aziende;
- Sviluppo dell'assistenza territoriale extraospedaliera.

Minacce:

- Mancato rispetto dei vincoli di pareggio dei bilanci per effetto degli interventi di investimento programmati;
- Esistenza di fattori di distorsione in grado di favorire l'inappropriatezza degli interventi e la fuga dei pazienti.
- elevata incidenza della spesa farmaceutica convenzionata;
- carenza di risorse umane in rapporto agli obiettivi da perseguire.

5. Gli obiettivi strategici

L'Assessorato della Salute Siciliano, pur avendo raggiunto l'equilibrio economico finanziario e quindi, in concreto, non essere più sottoposto a "Piano di Rientro", ha comunque fatto la scelta di continuare a gestire la propria attività di contenimento e riqualificazione del proprio sistema coerentemente a un "Piano operativo di consolidamento e sviluppo" concordato con i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze per i prossimi tre anni (2013/2015).

Con tali premesse il sistema obiettivi oltre che rafforzare e dare continuità alle linee intraprese negli anni precedenti si dimensiona coerentemente con quanto presente nel Programma Operativo.

In concreto l'obiettivo è continuare a rafforzare il processo avviato con i PAA riallineandoli da una parte con gli impegni che saranno assunti con il nuovo Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo (POCS) e dall'altra con le implementazioni al Piano Sanitario Regionale e sue possibili revisioni, in logica "rolling" 2013-2015.

Il sistema obiettivo è stato tarato perché la raggiungibilità degli stessi avvenga entro dicembre 2013, gli obiettivi sono stati consegnati in capi alle Aziende Sanitarie Provinciali nelle persone dei Commissari Straordinari. Alla nomina regionale dei nuovi Direttori Generali, gli stessi obiettivi saranno oggetto di assegnazione contrattuale.

Oltre agli obiettivi strategici correlati al sistema di incentivazione, nel contratto dei Direttori Generali sono presenti obiettivi generali a valenza triennale. Con riferimento agli obiettivi generali, il cui eventuale non raggiungimento comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.r. n. 5/09, oltre all'equilibrio di bilancio sono oggetto di valutazione i seguenti aspetti:

OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI
• Equilibrio di bilancio • Utilizzo delle risorse derivanti dai Fondi Europei (PO-FESR) nella misura dei target di spesa annualmente assegnati

- Rispetto dei tetti di spesa assegnati per l'assistenza farmaceutica.
- Miglioramento costante della qualità dell'assistenza attraverso il conseguimento di almeno al 25% degli standard Joint Commission International,
- Miglioramento della qualità dell'assistenza rilevata dagli indicatori e dalla metodologia del Piano Nazionale Esiti
- Il rispetto della direttiva “Flussi informativi” di cui al decreto interdipartimentale n. 1174/08 del 30 maggio 2008.

OBIETTIVI STRATEGICI

In merito agli obiettivi strategici, oggetto del sistema di incentivazione, sono rilevati per il 2013 i seguenti tre macro-obiettivi:

1. PAA e POCS
2. ESITI
3. OBIETTIVI GESTIONALI.

Gli obiettivi strategici hanno lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) in obiettivi misurabili e correlati ai servizi erogati. Il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa. Gli obiettivi, strumento di governo e di conduzione aziendale, sono distinti in obiettivi strategici, riferiti ad un arco temporale di lungo periodo, ed obiettivi operativi, di breve periodo.

Per l'A.S.P. di Siracusa la definizione degli obiettivi strategici non può non essere correlata agli interventi di sistema e di potenziamento previsti dal POCS 2013 della Regione Siciliana.

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi strategici è stata fissata dall'Assessorato della Salute Regione siciliana al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.R. n. 5/09.

Per l'anno 2013 la quota di mancato raggiungimento degli obiettivi (in termini percentuali) comporterà un corrispondente storno di budget assegnato per obiettivi strategici (es. un

raggiungimento degli obiettivi al 70% comporterà uno storno del budget per obiettivi strategici pari al 30%).

La successiva tabella riporta una sintesi degli interventi in coerenza col citato PAA, riferimento per la programmazione nel medio termine ed elemento di valutazione della performance.

<i>Capitolo n°1</i> Assistenza collettiva e strumenti di lavoro	1A controlli allevamenti per TBC bovina, brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina 1B controllo di aziende per l'anagrafe ovi-caprina 1C ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale 1D campionamento negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione 2A Promozione screening cervico-carcinoma 2B Promozione screening mammografico 2C Promozione screening colon retto 3A Controlli nelle aziende agricole e cantieri edili per il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi previsti dai Piani regionali straordinari edilizia, agricoltura e malattie professionali 3B Attuazione procedure previste dal D.M. 11/04/2011 (Verifiche periodiche attrezzature di cui all'art. 71 d.lgs 81/08). e relative circolari assessoriali 3C Potenziamento dei servizi dell'Area "tutela della salute e sicurezza sul lavoro ed implemento delle procedure per dotazione organica SPreSAL e SIA 4A Vaccinazioni obbligatorie <=24 mesi: tre cicli completi 4B Vaccinazione MPR <=24 mesi 4C Vaccinazione influenza >=65 anni 5A. Realizzazione di tutte le linee non esplicitate negli interventi precedenti
<i>Capitolo n°2</i> Assistenza territoriale e continuità assistenziale	1A censimento risorse necessarie 1B determinazione tariffari 1C apertura 1D campagna divulgativa 2A acquisizione del consenso 2Bacquisizione delle agende 2C avvio delle nuove strutture 3A monitoraggio dello stato esistente 3B monitoraggio funzionamento sistema recall 3C pulizia delle liste tramite sistema recall 4A. Realizzazione delle azioni previste dal DA 569/2013 per il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso. 4B. implementazione della distribuzione PHT 4C. progetto sperimentale di implementazione della distribuzione diretta dopo visita specialistica presso poliambulatori 4D. verifica esenti ticket 5A Standardizzazione e monitoraggio dei PTA istituiti (come da condivisa e formalizzata pianificazione regionale) nel periodo di vigenza del Piano Attuativo Aziendale 5B Monitoraggio dei PPI , degli AGI, degli ambulatori infermieristici, dei PUA, già attivati, secondo le indicazioni regionali

<i>Capitolo n°3</i> Assistenza Ospedaliera	1A. Acquisire ed elaborare i dati di interesse – Richiedere le risorse umane e strumentali 1B. Individuare gli spazi necessari 1C . Elaborare i progetti di adeguamento strutturale ed impiantistico 1D. Aggiornare i documenti che definiscono gli aspetti organizzativi della rete dei punti nascita 2A. Somministrazione schede di ricognizione 2B. Valutazione possesso requisiti D.A. 25/03/2009 2C . Predisposizione elenchi personale potenzialmente utilizzabile per i servizi 118 3A. Verifica eventuale criticità gestione I° ciclo terapeutico 3B. Trasmissione trimestrale report I° ciclo terapeutico 3C. Assegnazione Obiettivo Incremento I ciclo terapeutico 4A Piano di rimodulazione della rete ospedaliera provinciale 4B. Attivazione dei posti letto per post acuti programmati 4C. Revisione dei percorsi assistenziali per lungodegenza e riabilitazione già realizzati 4D. Incremento utilizzo dei posti letto per post acuti 5A. Review, update ed ottimizzazione delle RETI assistenziali poste a regime e istituzione di nuove RETI assistenziali secondo le indicazioni Assessoriali 5B. Sviluppo delle attività del SUAP già attivato.
---	---

<i>Capitolo n°4</i> Integrazione Socio sanitaria	1A. Individuazione spazi per l'attivazione di 45 PL RSA (di cui 10 per un Nucleo Alzheimer) c/o P.O. Noto 1B. Input alla UOC Tecnico per la progettazione, l'affidamento procedure operative 1C. Individuazione ed assegnazione risorse umane 1D. Trasferimento posti letto di RSA 2A Individuazione locali per l'attivazione C.D. Alzheimer 2B Piena disponibilità immobile individuato 2C Affidamento ed esecuzione lavori 2D Trasferimento 3A. Applicazione a livello provinciale delle linee guida regionali sull'assistenza agli stranieri (?) 3B. Istituzione di un servizio di mediazione culturale per facilitare l'accesso all'assistenza (?)
<i>Capitolo n°5</i> Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile	1A - distribuzione dei quaderni ai consultori 1B – effettuazione di adeguate campagne informative agli operatori (consultori e MMG) 1C – compilazione del quaderno ed eventuale presa in carico delle donne con attivazione delle procedure consequenziali 2A – programmazione intervento formativo /informativo per le donne e relativa approvazione 2B – svolgimento degli interventi formativi /informativi previsti 2C – predisposizione interventi di supporto con specifici colloqui, per rimuovere le cause che inducono le donne a non allattare al seno con colloquio 3A - stesura di una procedura condivisa ed emessa secondo le direttive aziendali 3B – adeguata informazione sulla procedura dei Medici di Famiglia e degli specialisti ambulatoriali 3C – audit di verifica sulla corretta applicazione della procedura 4A. censimento risorse necessarie 4B. stesura di un protocollo operativo 4C. reperimento risorse individuate al punto A tramite adeguamento dell'organico realizzazione di un progetto aziendale. 5A - censimento delle risorse professionali necessarie 5B - reclutamento di cui al punto A 5A – definizione di un protocollo condiviso ospedale - consultorio
<i>Capitolo n°6</i> Oncologia	1A Rendere disponibile il posto in Pianta Organica 1B Acquisizione del personale 1C Definizione di un protocollo operativo

	2A Costituzione del team 2B Definizione delle procedure 3A Individuazione dell'assetto organizzativo 3B Definizione dei protocolli operativi 3C Rendere disponibile il posto in Pianta Organica 4A identificazione della locazione unica 4B definizione progettazione camera bianca unica 4C avvio dei lavori 4D definizione dei protocolli operativi 5A Definizione della progettazione 5B Avvio dei lavori 5C Rendere disponibile il posto in Pianta Organica	
<i>Capitolo n°7</i> Cure palliative e terapia del dolore	1A analisi attività ONLUS non accreditate sul territorio, risorse professionali e fragilità assistenziali. 1B Istituire Unità Valutative Palliative Distrettuali. 1C Istituire Unità Operative Cure Palliative Domiciliari. 1D Valutare requisiti ONLUS accreditate e inizio collaborazione con ASP. 2A analisi dei bisogni e valutazione delle risorse professionali presenti sul territorio. 2B formazione del gruppo ASCOLTO. 2C Contatto con le diverse UU.OO. 2D formazione e informazione concernenti il progetto di simultaneità di cura per i pazienti oncologici inguaribili e le loro famiglie. 3A start-up della rete di terapia del dolore nella provincia di Siracusa 3B adeguamento dello “spoke” ai requisiti minimi di attività come da direttiva ministeriale. 3C avvio di formazione sul campo da parte dell'equipe multidisciplinare. 3D progettazione attività informative e di divulgazione destinate alla popolazione.	
<i>Capitolo n°8</i> Cardiologia	1A.Stesura, condivisione e piena implementazione di tre procedura aziendali: - IMA STEMI - IMA non STEMI - dolore toracico 1B. conduzione di audit sulla corretta applicazione 2A. Individuazione dei punti della rete 2B. Stesura dei protocolli di funzionamento 2C. Implementazione del sistema ed audit	

	3A. Individuazione dei punti della rete 3B. Stesura dei protocolli di funzionamento comprensivi di sistemi di misurazione del nn. di pazienti coinvolti. 3C. Implementazione del sistema 3D. Audit 4A.Stesura, condivisione ed implementazione di PDTA per la gestione del paziente con scompenso cardiaco in ambito territoriale 4B.Criteri di ospedalizzazione del paziente con scompenso: procedura condivisa tra medici ospedalieri e territoriali(Scheda dimissione facilitata) 4C.Programma di formazione specifica dei MMG alla gestione appropriata del paziente con scompenso 5A.REALIZZAZIONE di programmi di educazione sanitaria nelle scuole e nelle comunità sociali. 5B.Sensibilizzazione dei MMG sulla prevenzione vascolare secondo LLGG della Società Europea di Cardiologia	
--	---	--

<i>Capitolo n°9</i> Neuroscienza	1A. Individuazione carenze e stesura piano adeguamento 1B. Predisposizione interventi necessari 1C. Effettuazione interventi 2A. Censimento per l'adeguamento del personale medico, infermieristico e di supporto della Stroke Unit di Siracusa (punto Hub) compresa l'attivazione di una guardia medica specialistica attiva h 24. 2B. Censimento per l'adeguamento del personale medico ed infermieristico delle Stroke Unit di 1° livello (punti spoke) di Avola e Lentini 3A Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione del protocollo. 3B Stesura della procedura 3C Verifica ed approvazione 4A Individuazione risorse necessarie per l'attivazione di un servizio di telemedicina che consenta di connettere i punti spoke con l'Hub ed i centri di riabilitazione.
<i>Capitolo n°10</i> Gestione del poli-traumatizzato	1ACostituzione equipe secondo decreto assessore sanità 18/7/2012 Definizione dei programmi di formazione specifica per tutti gli operatori coinvolti a cura dei centri HUB Rispetto di tutte le attività previste dal cronoprogramma definito dal Comitato tecnico scientifico Regionale e secondo la checklist e gli atti di indirizzo per l'operatività delle Commissioni Regionali di SIAT
<i>Capitolo n°11</i> Trapianti e piano sangue	1A Verifica posti vacanti 1B Rilevazione fabbisogno per carico di lavoro e produttività 1C Adozione atti amministrativi 1D Assunzione in servizio 2A Indizione di gara 2B Aggiudicazione fornitura 2C Consegna bene 3A Indizione di gara e trattative 3B aggiudicazione fornitura 3C emissione ordini 4A Progettazione e pianificazione degli interventi 4B Realizzazione degli interventi

	5A Pianificazione interventi Ufficio SIFA 5B Sistemi di Backup 5C Convalida sistema 6A Progettazione 6B Espletamento procedure di gara 6C Affidamento dei lavori di realizzazione 6D Completamento lavori 7A Progettazione 7B Espletamento procedure di gara 7C Affidamento dei lavori di realizzazione 7D Realizzazione impianto 8.A Programmare Corsi di aggiornamento per il personale Aziendale 8.B Campagna di divulgazione della cultura della donazione degli organi nelle scuole, comunità , etc. 9.A Attivazione dell' Ufficio di Coordinamento Locale per i Trapianti 9.B Accoglienza e supporto ai familiari dei pazienti nelle terapie intensive aziendali. 10.A – Redazione ed approvazione dal Direttore Generale e diffusione della procedura nelle Rianimazioni Aziendali 11A. Chiusura degli interventi da 1 a 5 12A. Supporto tecnico ed organizzativo, consulenza ed assistenza, fornitura beni in convenzione, azioni di verifica e controllo, organizzazione dei corsi di formazione ed aggiornamento 13A. Redazione ed invio istanze 14A. Insediamento gruppo di lavoro previsto 14B. Produzione di report trimestrali	
--	---	--

<i>Capitolo n°12</i> Salute Mentale e dipendenza	1A Sviluppo azioni di programmazione mediante individuazione utenti maggiormente a rischio (pazienti critici che reiterano episodi acuti) e verifica periodica dati di attività e di esecuzione, con analisi obiettivi raggiunti e Incremento delle azioni di prevenzione mediante visita domiciliare. 1B Non incremento dei TSO dei pazienti seguiti ed individuati nell'ambito dei Moduli SMA territoriali 2A Verifica periodica delle procedure di accesso all'ambulatorio per il trattamento di ludopatie per diminuire i tempi per la presa in carico. 2B N. utenti trattati per disturbo patologico da gioco d'azzardo e in comorbilità. 2C Progressivo incremento attività di prevenzione nelle scuole attraverso interventi dedicati ad alunni, genitori e docenti. 3A Incremento pubblicizzazione orari e attività svolte mediante coinvolgimento anche dei MMG e Specialisti Ambulatoriali e stampa di opuscoli. 3B Progressivo incremento azioni di intervento su utenti già in carico o di primo contatto; 3C Incremento attività di prevenzione rivolte ad adolescenti negli istituti scolastici.
<i>Capitolo n°13</i> Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti	1A. Stesura procedura aziendale sulla "Antibiotico profilassi peri-operatoria" 1B. Conduzione di audit per la verifica sulla corretta applicazione del punto 1A 1C. Conduzione di audit su TEV, taglio cesareo (procedure az. già redatte) 2A. Definizione di un protocollo di intervento derivante dal sistema di monitoraggio già esistente 2B. Conduzione audit sulle segnalazioni meritevoli di intervento 2C. Implementazione dei piani di miglioramento 3A. Analisi delle criticità derivanti dallo standard QPS 3.3 3B. Selezione aree ritenute prioritarie a livello aziendale 3C. Incontri con i Coordinatori Sanitari, con i Direttori Sanitari dei PP.OO., con i Direttori/Responsabili delle UU.OO. per la condivisione delle aree ritenute prioritarie 3D. Creazione cruscotto 3E. Avvio degli audit 4A. Raccolta materiale già realizzato in azienda 4B. Analisi del materiale raccolto 4C. Integrazione e stesura documento 4D. Condivisione ed ratifica del documento di indirizzo 5A. Stesura "Programma globale per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza sanitaria" 5B. Mappatura dei più importanti processi a rischio di infezione. 5C. Stesura procedura isolamento dei pazienti
	1A. analisi del bisogno formativo e dei documenti regionali ed aziendali

<i>Capitolo n°14</i> Rete informativa, comunicazione e rete civica	1B. approvazione comitato scientifico e direzione strategica ed analisi sostenibilità economica 1C. Delibera adozione piano e progettazione esecutiva 1D. monitoraggio e verifica 2A. Partecipazione alla rete regionale 3A Reclutamento delle risorse umane appartenenti alle associazioni di volontariato del Comitato Consultivo e non 3B Formazione degli operatori dello sportello 3C Pubblicizzazione dello sportello 3D attivazione dello sportello 4A Analisi customer satisfaction sugli item riguardanti l'accoglienza 4B Ricognizione presso ogni UO dei PP.OO. aziendali di ogni informazione da inserire nella carta dell'accoglienza da consegnare ai degenti all'atto del ricovero, attraverso incontri con i Direttori e caposala dei reparti osp. 4C Realizzazione del documento 4D Divulgazione del documento ai pazienti all'atto del ricovero 5A Verifica stato attuale di implementazione degli URP 5B Verifica delle risorse umane e strutturali e tecnologiche 5C verifica delle procedure e dei regolamenti di pubblica tutela esistenti 5D monitoraggio aree di criticità 5E Attivazione delle rete dei referenti per la comunicazione 5F Stesura del documento finale di analisi 6A. programmazione con il CEFAS per la formazione del personale URP sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (direttiva 2011/24/ue) 6B. attivazione di azioni d'informazione e comunicazione rivolte alla cittadinanza a seguito della formazione 7A. piena attuazione della rete dei referenti per la comunicazione (d.a. 2800/12) 7B. verifica ed aggiornamento delle informazioni presenti all'interno dei siti web aziendali attraverso il portale www.magellanopa.it
<i>Capitolo n°15</i> Partecipazione	1A. Partecipazione del referente aziendale ai laboratori in materia di HTA con adozione dei provvedimenti organizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali

programmi e sviluppo innovazione	2A. Riunioni del comitato 2B. Produzione del regolamento 3A. Individuazione dei flussi necessari per un corretto monitoraggio 3B. Predisposizione della produzione del flusso in maniera strutturale e stabile e relative procedure di funzionamento 3C. Verifica fattibilità tecnica 3D. Avvio dei flussi studiati e strutturati 4A. Utilizzo sistema informativo SETT nel rispetto del rinnovo convenzioni sottoscritta il 16 ottobre 2012. 4B. Partecipazione laboratori per network telemedicina (TELENEURES) 5A. Costituzione nucleo di progettazione aziendale 5B. Partecipazione ai laboratori poat organizzati con il FORMEZ PA 5C. Implementazione banca dati dei ricercatori e dei progetti dell'assessorato salute
---	---

Tali obiettivi non esauriscono l'ambito operativo entro cui adeguare l'attività dell'Azienda la quale, costituendo una struttura di notevole complessità organizzativa, è vincolata nel raggiungimento di una serie ulteriore di obiettivi.

In particolare, occorre fare riferimento, intanto, al Piano POCS 2013 ed alla adozione delle schede progettuali relative ai progetti obiettivo PSN anno 2012 di cui all'intesa CSR n. 227 del 22/11/2012 approvati dall'Assessorato della Salute Regione Sicilia con D.A. n. 0139/13 ed assegnati all'ASP di Siracusa con DDG n. 0703 del 10/4/2013.

Di seguito si riporta il prospetto sintetico delle azioni inerenti le Linee Progettuali dei Progetti Obiettivi di PSN anno 2012 assegnati all'Asp di Siracusa (DDG n. 0703 del 10/4/2013).

PROSPETTO SINTETICO DELLE AZIONI INERENTI LE LINEE PROGETTUALI DEI PROGETTI OBIETTIVO DI PSN ANNO 2012 ASSEGNATI ALL'ASP DI SIRACUSA		
<i>Referenti per l'Assessorato</i>	Linee Progettuali	Azioni
Servizio 8 DP5	1. Attività di assistenza primaria	1.1 Avvio della rete reumatologica sul modello organizzativo e gestionale di integrazione ospedale territorio.
		1.3 Potenziamento del nuovo sistema integrato di cure primarie per la gestione dei pazienti cronici.

		1.4 Consolidamento e potenziamento di punti di primo intervento pediatrici
		1.5 Percorso assistenziale per soggetti con disturbi specifici di apprendimento
		1.6 Percorso assistenziale per soggetti con obesità in età evolutiva e diabete mellito.
		1.8 Promozione dell'integrazione socio-sanitaria messa in rete dei consultori familiari
Servizio 4 DP5	2. La non autosufficienza	2.2 Assistenza semiresidenziale a pazienti affetti da demenza
		2.3 Consolidamento ed implementazione del modello organizzativo e gestionale di strutture di accoglienza e di assistenza domiciliare per pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità. (Progetto GRA.CE.SI), attivato nel 2010.
Servizio 9 DP5		Potenziamento del sistema delle cure domiciliari
Servizio 9 DP5	3. Le cure palliative e terapia del dolore	3.1 Consolidamento della rete regionale della terapia del dolore
		3.2 Potenziamento Rete Regionale cure palliative
Serv. 2 DASOE	6. Attività motoria anziani	6.1 Progetto sperimentale efficienza fisica degli anziani
Serv. 4 DP5	7. Tutela della maternità a promozione dell'appropriatezza del percorso nascita	7.1 Accreditamento punti unicef azione di miglioramento della qualità dell'assistenza parto analgesia.
		7.2 La medicina fetale nella gravidanza gemellare monooriale. Management clinico e trattamento chirurgico.
		7.3 Prevenzione e studio della Sids o monitoraggio cardio respiratorio domiciliare degli eventi estremi pericolosi per la vita
		7.4 Parole in grembo la vita ti ascolta.
		7.5 Prevenzione della morte intrauterina del feto.
Serv. 4 DP5	10. Riabilitazione	10.1 Riabilitazione psicologica nei reparti critici

		10.2 Avvio e implementazione rete regionale Stroke Unit e Stroke home Integrated Functional Tretment (SHIFT).
Serv. 2 DASOE Unita’ di staff 2	12. Piano nazionale della prevenzione	12.1 Piano regionale della prevenzione. 12.3 Screening uditivo neonatale.
Serv. 9 DASOE Serv. 1 DASOE		12.4 Adeguam. Metosi di Sorveglianza filiera alimentare. 12.7 Prev. Specialisti convenzionati.
Serv. 3 DASOE		12.8 Piano di prev. In agricoltura salvicultura 2009-2011.
		12.9 Piano di prev. In edilizia 2009-2011.
		12.10 Emersione delle malattie professionali in Sicilia.
	12.11 Verifiche periodiche apparecchi di sollevamento e apparecchiature a pressione.	
Unità di staff 2	3.bis Diagnosi da Infezione da HIV	3 bis.1 Offerta attiva del test HIV nelle strutture regionali
Serv. 3 DASOE	5.bis Sorveglianza epidemiologica amianto	5 bis.2 Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate.

A corollario dei sistemi obiettivi così definito, verrà prestata particolare attenzione agli interventi dedicati al rapporto con l'utenza, da realizzarsi attraverso il rafforzamento degli Uffici Relazione con il Pubblico (URP), e al coinvolgimento proattivo dei Comitati Consultivi e tenuto conto delle linee guida relative alla gestione della performance emanate dalla CIVIT, in particolare ai contenuti della delibera n. 6/2013 ed agli adempimenti connessi alla delibera n. 4/2012, in particolare:

ADEMPIMENTI CIVIT	
	Indagine sul personale dipendente volta a rilevare il grado di benessere organizzativo ed il grado di condivisione del sistema di misurazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico (art. 14, comma del

1	decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n.150)	<i>Allegato 1</i>
2	Funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull'attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità. Monitoraggio con griglia allegata alla delibera CIVIT n. 4/2012.	<i>Allegato 2</i>

Resta impregiudicata la facoltà del Direttore Generale di individuare ulteriori obiettivi di rilevante valenza strategica in aggiunta a quelli precedentemente prospettati.

6. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il “processo di budgeting” nell’ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Tuttavia, esso non è più sufficiente di per sé, a rendere conto dei necessari collegamenti logici con il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale previsto dal cosiddetto decreto “Brunetta” (D.Lgs. n. 150/2009).

Il nuovo sistema dovrà centrarsi sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l’allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara

individuazione di obiettivi e relativi indicatori, con conseguente outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato).

Tutto ciò ha una evidente e particolare rifluenza nell'attività della dirigenza (e non solo), chiamata a dare effettività alle previsioni citate in precedenza.

Il percorso tracciato assume comunque un aspetto “a cascata” nell'attribuzione degli obiettivi operativi, e consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità.

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali – assegnazione del peso relativo a ciascuna area - misurazione del risultato - valutazione della performance con assegnazione ad una fascia di merito) viene documentato attraverso la compilazione di apposite schede per la valutazione.

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell'O.I.V., dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

Il punteggio percentuale attribuito indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell'U.O. assegnataria di budget.

7. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

Attraverso tale processo, per ciascuna delle aree strategiche e degli obiettivi strategici vengono individuati obiettivi operativi da realizzare attraverso la collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali territoriali ed ospedaliere, sia sanitarie che di supporto tecnico-amministrativo.

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso le più opportune iniziative (Comitato Consultivo Aziendale, Comitato di Partecipazione e Vigilanza, ecc).

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione e delle risultanze del monitoraggio adottato.

Il percorso per l'avvio del ciclo della performance ed il coinvolgimento a cascata del personale prevede i seguenti passaggi:

- la Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione);

- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;
- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;
- Il Nucleo di Valutazione / Organismo Indipendente di Valutazione valuta a fine anno il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati.

Relativamente alla valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto, verranno predisposte schede di valutazione che conterranno i seguenti elementi:

- Competenze specifiche;
- Obiettivi assegnati;
- Indicatori di risultato.

Si prevede al riguardo il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali per la condivisione della metodologia di valutazione.

8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

8.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano

La redazione del Piano della performance si inserisce nel contesto del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza del Piano è costituito dagli indirizzi di programmazione emanati dalla Regione Siciliana (POCS), dagli obiettivi individuati ed assegnati alla Direzione Generale, dai progetti obiettivi PSN anno 2012 assegnati all'ASP di Siracusa e dalle linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013 redatte dalla CIVIT e di cui alla delibera civit n. 6/2003.

La Direzione Generale, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, definisce le proprie linee strategiche che vengono contestualizzate nel Piano della performance che riporta altresì i piani e gli obiettivi strategici ed operativi che, insieme agli indicatori e gli standard, vengono assegnati ai dirigenti titolari di centri di responsabilità attraverso un processo di concertazione.

Il Piano prevede il coinvolgimento delle seguenti funzioni:

- Direzione Aziendale

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.

- Organismo Indipendente di Valutazione / Nucleo di Valutazione

- Controllo ciclo di gestione della performance;
- Valutazione direttori di Dipartimento;
- Valutazione di seconda istanza dei dipendenti.

- Dirigenti con incarico di struttura

- Valutazione di prima istanza dei dipendenti.

- U.O. Programmazione e controllo di gestione

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.

8.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La coerenza dei contenuti del Piano della performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio va realizzata attraverso la confluenza dei percorsi annuali di programmazione delle attività e di definizione del bilancio di previsione al fine di consentire la congruenza tra le risorse disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

8.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Ciclo di gestione della performance prevede l'integrazione di flussi informativi, linee di indirizzo regionali e ministeriali, esigenze prioritarie legate al contesto locale.

L'implementazione del sistema della performance potrà pertanto richiedere l'aggiornamento delle strategie e degli obiettivi proposti e l'apporto di eventuali correttivi al Piano.

Nel corso del 2013, il Piano sarà eventualmente oggetto di revisione in considerazione degli obiettivi che l'Assessorato assegnerà all'ASP di Siracusa collegati al PSN 2012 ed al piano POCS in corso di definizione.

Il processo legato al ciclo della performance descritto è inoltre passibile di miglioramento in relazione alla prossima istituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, con conseguente possibilità di un riesame complessivo del Piano al fine della messa a punto di attività e strumenti utili al miglioramento dello stesso.



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

Piano della Performance

Triennio 2013 – 2015

ANALISI SWOT

ALLEGATI nn. 1 e 2

Analisi S.W.O.T.

Il contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è caratterizzato dall'esistenza dei seguenti fattori, che possono agire a livello delle attività delle singole strutture organizzative:

Riorganizzazione della rete ospedaliera;

Rete dei Laboratori;

Riorganizzazione della rete territoriale;

Procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi;

Razionalizzazione della spesa per il personale:

- Limitazione del turn-over aziendale nel rispetto della normativa vigente;
- Abbattimento dello straordinario relativo al personale ausiliario;

Implementazione rete oncologica

È assolutamente indispensabile prevedere una assistenza provinciale articolata in "rete", distribuita omogeneamente sul territorio secondo un modello di "rete per Hub and Spoke" (HSP). Le UU.OO.SS. operanti in ambito territoriale dovranno afferire funzionalmente alla U.O.C. operante nel capoluogo di provincia; tale sistema consentirà di evitare la frammentazione dell'assistenza oncologica in centri non strutturali e non adeguati alla cura di una patologia complessa.

Implementazione della rete di Nefrologia per l'intera A.S.P.:

Un ulteriore intervento volto a ridurre il dato di mobilità passiva è riferito alla strutturazione ed implementazione di una nuova rete nefrologica per l'intera provincia di Siracusa, già a partire dall'anno in corso. A tal proposito sono già stati approntati dei protocolli appositi, in applicazione del D.A. del 20.09.2009, riguardante gli interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria dei pazienti con uremia terminale, coordinati con tutte le UU.OO. di riferimento.

Potenziamento dell'U.O. di Urologia nel P.O. Umberto I di Siracusa:

L'adeguamento strutturale del U.O. di urologia del P.O. Umberto I di Siracusa, anche attraverso una migliore ospitalità proveniente dalle strutture ricettive, e la dotazione di una nuova apparecchiatura laser, rappresenta un'attività di potenziamento volto a ridurre il dato di mobilità passiva verso le province con maggiore attrattività rispetto a quello di Siracusa.

Potenziamento dell'U.O. di Ortopedia nel P.O. Umberto I di Siracusa:

tale potenziamento è riferito all'attivazione di una seconda sala operatoria dedicata, presso il P.O. Umberto I, in modo da aumentare sensibilmente i volumi di attività effettivi.

Completamento Ospedale Umberto I di Siracusa:

nell'ambito delle attività di ammodernamento della rete ospedaliera della provincia di Siracusa, si porrà attenzione al completamento del P.O. Umberto I, al fine di migliorare l'attività chirurgica, di medicina generale e di dermatologia, e creare un pronto soccorso più efficiente.

Potenziamento delle attività di oculistica presso tutte le UU.OO. della rete aziendale:

la definizione della rete oculistica aziendale e di opportuni protocolli di funzionamento della stessa consentono di stimare una riduzione della mobilità passiva e un miglioramento dell'offerta sanitaria provinciale.

Potenziamento emodinamica P.O. Umberto I Siracusa: sono in fase di ulteriore sviluppo le attività di Emodinamica per il trattamento e la diagnosi delle patologie cardiache, già presenti ed operative presso il P.O. Umberto I. Esiste una elevata aspettativa da parte dell'Azienda e della collettività per il servizio che costituisce già centro di riferimento, e dovrà assicurare un miglioramento dei profili assistenziali oltre che una capacità di attrazione di pazienti delle vicine province.

Radioterapia P.O. Rizza Siracusa: l'attività è in fase di ampia progettazione. Con la piena entrata a regime l'assistenza oncologica potrà contare su importanti elementi di riqualificazione che consentiranno il trattamento di pazienti, già in carico presso le UU.OO. di quest'Azienda, oltretutto di un'utenza di fuori provincia;

Percorso nascita: nel corso del 2010 sono state emanate le linee guida ministeriali sulla ottimizzazione del percorso nascita. L'applicazione delle raccomandazioni ministeriali nel contesto della provincia di Siracusa ha già comportato l'accorpamento dei punti nascita, già allocati presso il P.O. di Lentini e presso il P.O. di Augusta, in un unico punto, allocato presso il P.O. di Lentini, prevedendo c/o il Distretto di Augusta apposite strutture Territorio-ospedaliere per poter garantire i percorsi nascita. Resta salvo il necessario monitoraggio del numero dei parti su scala aziendale, al fine di conformarsi alle linee guida ministeriali.

Assistenza post-acuzie: la revisione della rete ospedaliera avviata nel corso del 2010 ha comportato l'allineamento dei posti letto per acuti ai parametri regionali individuati nonché la previsione di funzioni assistenziali di post acuzie per lungodegenza e riabilitazione. L'avvio di tali nuove attività, compatibilmente con le risorse di personale a disposizione, potrà consentire un miglioramento dei livelli di appropriatezza dei ricoveri per acuti ed una maggiore funzione di tutela verso le fasce di popolazione più deboli.

Hospice: l'assistenza palliativa costituisce un settore che richiede azioni di sviluppo in ragione della pressoché assenza dell'A.D.I. palliativa.

Screening: il 2012 ha rappresentato l'anno di avvio della campagna di prevenzione dei tumori al colon con il lancio di una importante campagna di informazione, oggetto di ampio apprezzamento, che ha visto il coinvolgimento di prestigiosi testimonial.

Il proseguimento delle attività di screening ed il miglioramento dei livelli di adesione raggiunti nel 2012 rappresentano per l'Azienda ed il territorio un significativo traguardo;

In considerazione di quanto sopra descritto, si riporta la tabella SWOT costruita mediante una matrice che riporta i punti di forza (Strengths), i punti di debolezza (Weaknesses), le possibilità offerte dal contesto (Opportunities) e le minacce (Threats).

SCHEDA ANALISI SWOT

Strengts • Miglioramento capacità di risposta per effetto del processo di riordino del S.S.R.; • Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale e per effetto di una maggiore integrazione ospedale / territorio	Weakness • Elevata mobilità passiva; • Problematiche connesse all'accorpamento delle ex aziende sanitarie; • Condizioni oro geografiche critiche; • Inquinamento ambientale elevato in alcune zone; • Carenze di offerta per talune specialità; • Carenze strutturali ed infrastrutturali; • Elevato tasso di ospedalizzazione; • Scarsa diffusione cultura organizzativa
Opportunities • Potenziamento emodinamica; • Avvio servizio di radioterapia; • Acquisizione di nuove apparecchiature diagnostiche e ammodernamento strutturale; • Riorganizzazione percorso nascita; • Potenziamento rete oncologica; • Implementazione rete oculistica; • Implementazione rete nefrologia; • Potenziamento urologia e ortopedia; • Rimodulazione dei servizi su base provinciale e sviluppo servizi territoriali e di prevenzione	Threats • Vincoli economico- finanziari; • Resistenza al cambiamento; • Contenimento spesa per personale entro valori predefiniti; • Elevata incidenza spesa farmaceutica convenzionata



Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche
Autorità Nazionale Anticorruzione

Allegato A

Indagini sul personale dipendente

Gentilecollega,

La ringraziamo per aver scelto di partecipare a questa indagine sul benessere organizzativo. Rispondere alle domande dovrebbe richiedere **non più di 15-20 minuti**.

Il questionario che le sottoponiamo fa riferimento agli ultimi dodici mesi ed è finalizzato a:

- rilevare le opinioni dei dipendenti rispetto all'organizzazione e all'ambiente di lavoro;
- identificare, di conseguenza, possibili azioni per il miglioramento delle condizioni generali dei dipendenti pubblici.

Le indagini sul personale rappresentano un'importante opportunità per acquisire utili informazioni e contribuire al miglioramento delle politiche del personale della nostra amministrazione. Si suggerisce, quindi di rispondere alle domande con la massima franchezza e attenzione.

Le ricordiamo che la compilazione del questionario è assolutamente anonima, essendo strutturato in modo che le risposte da lei fornite non siano riconducibili alla sua persona. I dati raccolti, inoltre, saranno utilizzati solo in forma aggregata.

Cordiali saluti,

Indagini sul personale dipendente

Indice

1	Premessa	3
2	Questionario sul benessere organizzativo	3
	<i>A – Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato</i>	<i>3</i>
	<i>B – Le discriminazioni</i>	<i>4</i>
	<i>C – L'equità nella mia amministrazione</i>	<i>4</i>
	<i>D – Carriera e sviluppo professionale</i>	<i>4</i>
	<i>E – Il mio lavoro</i>	<i>5</i>
	<i>F – I miei colleghi</i>	<i>5</i>
	<i>G – Il contesto del mio lavoro</i>	<i>5</i>
	<i>H – Il senso di appartenenza</i>	<i>6</i>
	<i>I – L'immagine della mia amministrazione</i>	<i>6</i>
	<i>Importanza degli ambiti di indagine</i>	<i>6</i>
3	Questionario grado di condivisione del sistema di valutazione	7
	<i>L – La mia organizzazione</i>	<i>7</i>
	<i>M – Le mie performance</i>	<i>7</i>
	<i>N – Il funzionamento del sistema</i>	<i>7</i>
4	Questionario valutazione del superiore gerarchico	8
	<i>O – Il mio capo e la mia crescita</i>	<i>8</i>
	<i>P – Il mio capo e l'equità</i>	<i>8</i>
5	Dati anagrafici	9

Questionario Benessere Organizzativo

1 PREMESSA

Nelle domande che seguono viene richiesto di esprimere la propria valutazione attraverso una scala sempre identica che impiega 6 classi in ordine crescente. L'intervistato per ogni domanda e/o affermazione esprima il proprio grado di valutazione in relazione a quanto è d'accordo o meno con l'affermazione o a quanto la ritiene importante o non importante.

Esempio:

Per nulla					Del tutto
1	2	3	4	5	6
Minimo grado importanza attribuito In totale disaccordo con l'affermazione					Massimo grado di importanza attribuito In totale accordo con l'affermazione

2 QUESTIONARIO SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

A – Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
A.01	Il mio luogo di lavoro è sicuro (impianti elettrici, misure antincendio e di emergenza, ecc.)						
A.02	Ho ricevuto informazione e formazione appropriate sui rischi connessi alla mia attività lavorativa e sulle relative misure di prevenzione e protezione						
A.03	Le caratteristiche del mio luogo di lavoro (spazi, postazioni di lavoro, luminosità, rumorosità, ecc.) sono soddisfacenti						
A.04	Ho subito atti di mobbing (demansionamento formale o di fatto, esclusione di autonomia decisionale, isolamento, estromissione dal flusso delle informazioni, ingiustificate disparità di trattamento, forme di controllo esasperato, ...)						
A.05	Sono soggetto/aa molestie sotto forma di parole o comportamenti idonei a ledere la mia dignità e a creare un clima negativo sul luogo di lavoro						
A.06	Sul mio luogo di lavoro è rispettato il divieto di fumare						
A.07	Ho la possibilità di prendere sufficienti pause						
A.08	Posso svolgere il mio lavoro con ritmi sostenibili						
A.09	Avverto situazioni di malessere o disturbi legati allo svolgimento del mio lavoro quotidiano (insofferenza, disinteresse, sensazione di inutilità, assenza di iniziativa, nervosismo, senso di depressione, insonnia, mal di testa, mal di stomaco, dolori muscolari o articolari, difficoltà respiratorie ...)						

Questionario Benessere Organizzativo

B–Le discriminazioni

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
B.01	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia appartenenza sindacale						
B.02	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione al mio orientamento politico						
B.03	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia religione						
B.04	La mia identità di genere costituisce un ostacolo alla mia valorizzazione sul lavoro						
B.05	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia etnia e/o razza						
B.06	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia lingua						
B.07	La mia età costituisce un ostacolo alla mia valorizzazione sul lavoro						
B.08	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione al mio orientamento sessuale						
B.09	Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia disabilità <i>(se applicabile)</i>						

C - L'equità nella mia amministrazione

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
C.01	Ritengo che vi sia equità nell'assegnazione del carico di lavoro						
C.02	Ritengo che vi sia equità nella distribuzione delle responsabilità						
C.03	Giudico equilibrato il rapporto tra l'impegno richiesto e la mia retribuzione						
C.04	Ritengo equilibrato il modo in cui la retribuzione viene differenziata in rapporto alla quantità e qualità del lavoro svolto						
C.05	Le decisioni che riguardano il lavoro sono prese dal mio responsabile in modo imparziale						

D - Carriera e sviluppo professionale

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
D.01	Nel mio ente il percorso di sviluppo professionale di ciascuno è ben delineato e chiaro						
D.02	Ritengo che le possibilità reali di fare carriera nel mio ente siano legate al merito						
D.03	Il mio ente dà la possibilità di sviluppare capacità e attitudini degli individui in relazione ai requisiti richiesti dai diversi ruoli						

Questionario Benessere Organizzativo

D.04	Il ruolo da me attualmente svolto è adeguato al mio profilo professionale						
D.05	Sono soddisfatto del mio percorso professionale all'interno dell'ente						

E - Il mio lavoro

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
E.01	So quello che ci si aspetta dal mio lavoro						
E.02	Ho le competenze necessarie per svolgere il mio lavoro						
E.03	Ho le risorse e gli strumenti necessari per svolgere il mio lavoro						
E.04	Ho un adeguato livello di autonomia nello svolgimento del mio lavoro						
E.05	Il mio lavoro mi dà un senso di realizzazione personale						

F - I miei colleghi

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
F.01	Mi sento parte di una squadra						
F.02	Mi rendo disponibile per aiutare i colleghi anche se non rientra nei miei compiti						
F.03	Sono stimato e trattato con rispetto dai colleghi						
F.04	Nel mio gruppo chi ha un'informazione la mette a disposizione di tutti						
F.05	L'organizzazione spinge a lavorare in gruppo e a collaborare						

G - Il contesto del mio lavoro

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
G.01	La mia organizzazione investe sulle persone, anche attraverso un'adeguata attività di formazione						
G.02	Le regole di comportamento sono definite in modo chiaro						
G.03	I compiti e ruoli organizzativi sono ben definiti						
G.04	La circolazione delle informazioni all'interno dell'organizzazione è adeguata						
G.05	La mia organizzazione promuove azioni a favore della conciliazione dei tempi lavoro e dei tempi di vita						

Questionario Benessere Organizzativo

H - Il senso di appartenenza

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
H.01	Sono orgoglioso quando dico a qualcuno che lavoro nel mio ente						
H.02	Sono orgoglioso quando il mio ente raggiunge un buon risultato						
H.03	Mi dispiace se qualcuno parla male del mio ente						
H.04	I valori e i comportamenti praticati nel mio ente sono coerenti con i miei valori personali						
H.05	Se potessi, comunque cambierei ente						

I - L'immagine della mia amministrazione

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
I.01	La mia famiglia e le persone a me vicine pensano che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per la collettività						
I.02	Gli utenti pensano che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per loro e per la collettività						
I.03	La gente in generale pensa che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per la collettività						

Importanza degli ambiti di indagine

	Quanto considera importanti per il suo benessere organizzativo i seguenti ambiti? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
A	La sicurezza e la salute sul luogo di lavoro e lo stress lavoro correlato						
B	Le discriminazioni						
C	L'equità nella mia amministrazione						
D	La carriera e lo sviluppo professionale						
E	Il mio lavoro						
F	I miei colleghi						
G	Il contesto del mio lavoro						
H	Il senso di appartenenza						
I	L'immagine della mia amministrazione						

Questionario

Grado di condivisione del sistema di valutazione

3 QUESTIONARIO GRADO DI CONDIVISIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE

L - La mia organizzazione

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
L.01	Conosco le strategie della mia amministrazione						
L.02	Condivido gli obiettivi strategici della mia amministrazione						
L.03	Sono chiari i risultati ottenuti dalla mia amministrazione						
L.04	È chiaro il contributo del mio lavoro al raggiungimento degli obiettivi dell'amministrazione						

M - Le mie performance

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
M.01	Ritengo di essere valutato sulla base di elementi importanti del mio lavoro						
M.02	Sono chiari gli obiettivi e i risultati attesi dall'amministrazione con riguardo al mio lavoro						
M.03	Sono correttamente informato sulla valutazione del mio lavoro						
M.04	Sono correttamente informato su come migliorare i miei risultati						

N - Il funzionamento del sistema

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
N.01	Sono sufficientemente coinvolto nel definire gli obiettivi e i risultati attesi dal mio lavoro						
N.02	Sono adeguatamente tutelato se non sono d'accordo con il mio valutatore sulla valutazione della mia performance						
N.03	I risultati della valutazione mi aiutano veramente a migliorare la mia performance						
N.04	La mia amministrazione premia le persone capaci e che si impegnano						
N.05	Il sistema di misurazione e valutazione della performance è stato adeguatamente illustrato al personale						

Questionario

Valutazione del Superiore Gerarchico

4 QUESTIONARIO VALUTAZIONE DEL SUPERIORE GERARCHICO

O - Il mio capo e la mia crescita

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
O.01	Mi aiuta a capire come posso raggiungere i miei obiettivi						
O.02	Riesce a motivarmi a dare il massimo nel mio lavoro						
O.03	È sensibile ai miei bisogni personali						
O.04	Riconosce quando svolgo bene il mio lavoro						
O.05	Mi ascolta ed è disponibile a prendere in considerazione le mie proposte						

P - Il mio capo e l'equità

	Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? <i>(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)</i>	Per nulla				Del tutto	
		1	2	3	4	5	6
P.01	Agisce con equità, in base alla mia percezione						
P.02	Agisce con equità, secondo la percezione dei miei colleghi di lavoro						
P.03	Gestisce efficacemente problemi, criticità e conflitti						
P.04	Stimo il mio capo e lo considero una persona competente e di valore						

Questionario

Dati anagrafici

5 DATI ANAGRAFICI

1	Sono:	
1.1	Donna ☐	Uomo ☐

2	Il mio contratto di lavoro:	
2.1	A tempo determinato	☐
2.2	A tempo indeterminato	☐

3	La mia età:	
3.1	Fino a 30 anni	☐
3.2	Dai 31 ai 40 anni	☐
3.3	Dai 41 ai 50 anni	☐
3.4	Dai 51 ai 60 anni	☐
3.5	Oltre i 60 anni	☐

4	La mia anzianità di servizio:	
4.1	Meno di 5 anni	☐
4.2	Da 5 a 10 anni	☐
4.3	Da 11 a 20 anni	☐
4.4	Oltre i 20 anni	☐

5	La mia qualifica:	
5.1	Dirigente	☐
5.2	Non dirigente	☐

Allegato 2 - Griglia di rilevazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione

Ente:	
Compilato da (nome Responsabile della trasparenza):	
Data di compilazione:	

Obblighi di pubblicazione (Allegato 1 delibera 2/2012)	La pubblicazione è prevista nel Programma? (SI/NO)	La pubblicazione è inserita nella sezione "Trasparenza, valutazione e merito"? (SI/NO)	Se la pubblicazione non è ancora avvenuta, nel Programma è indicato il termine previsto per la stessa? (SI/NO)	L'informazione pubblicata è completa? (SI/NO)	La pubblicazione è aggiornata rispetto alla data dell'attestazione? (SI/NO)	Il dato è pubblicato in formato aperto? (specifiche del formato)
Documenti:						
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	N.A.					
Sistema di misurazione e valutazione della performance						
Piano sulla performance						
Relazione sulla performance						
Dati informativi sull'organizzazione e i procedimenti:						

organizzazione (organigramma, articolazione degli uffici, attribuzioni e organizzazione di ciascun ufficio anche di livello dirigenziale non generale, nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici, nonché settore dell'ordinamento giuridico riferibile all'attività da essi svolta)						
elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali attive, specificando se si tratta di una casella di posta elettronica certificata						
elenco delle tipologie di procedimento svolte da ciascun ufficio di livello dirigenziale non generale, il termine per la conclusione di ciascun procedimento ed ogni altro termine procedimentale, il nome del responsabile del procedimento e l'unità organizzativa responsabile dell'istruttoria e di ogni altro adempimento procedimentale, nonché dell'adozione del provvedimento finale						
tempi medi di definizione dei procedimenti e di erogazione dei servizi con riferimento all'esercizio finanziario precedente						
scadenze e modalità di adempimento dei procedimenti individuati ai sensi degli art. 2 e 4 della legge n. 241/1990						
elenco degli atti e documenti che l'istante ha l'onere di produrre a corredo dell'istanza, per ciascun procedimento amministrativo ad istanza di parte di tutte le amministrazioni ex art.1, comma 2 del D. Lgs. n. 165/2001						
elenco di tutti gli oneri informativi, anche se pubblicati nella Gazzetta Ufficiale, gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i regolamenti ministeriali o interministeriali, nonché con i provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato al fine di regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, e l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici. Per onere informativo si intende qualunque adempimento che comporti la raccolta, l'elaborazione, la trasmissione, la conservazione e la produzione di informazioni e documenti alla pubblica amministrazione						

Dati informativi relativi al personale:						
trattamento economico annuo onnicomprensivo dei dirigenti, costituito da tutti gli emolumenti o retribuzioni a carico delle finanze pubbliche nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con pubbliche amministrazioni statali di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (compreso quello del personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, e successive modificazioni), ivi inclusi i compensi per gli incarichi e le consulenze conferiti dall'amministrazione di appartenenza o autorizzati dalla medesima. (Cfr. art.3 comma 44 L. 244/2007 – Legge finanziaria 2008, art. 23ter D.L. 201/2011).						
trattamento economico annuo annicomprensivo a carico delle finanze pubbliche dei componenti degli OIV, del Responsabile della trasparenza e del Responsabile della struttura tecnica permanente (Cfr. art.3 comma 44 L.244/2007 – Legge finanziaria 2008, art. 23ter D.L. 201/2011).						
curricula dei dirigenti, indirizzi di posta elettronica, numeri telefonici ad uso professionale, ruolo - data di inquadramento nella fascia di appartenenza o in quella inferiore, data di primo inquadramento nell'amministrazione, decorrenza e termine degli incarichi conferiti ex art. 19, commi 3 e 4, del D. Lgs. n. 165/2001						
trattamento economico annuo onnicomprensivo a carico delle finanze pubbliche di coloro che rivestono incarichi di indirizzo politico amministrativo nonché trattamento economico annuo onnicomprensivo a carico delle finanze pubbliche di coloro che compongono gli uffici di staff e di diretta collaborazione, percepito nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con pubbliche amministrazioni statali, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni (compreso quello del personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, e successive modificazioni), ivi inclusi i compensi per gli incarichi e le consulenze conferiti dall'amministrazione di appartenenza o autorizzati dalla medesima. (Cfr. art.3 comma 44 L. 244/2007 – Legge finanziaria						

2008, art. 23ter D.L. 201/2011).						
curricula di coloro che rivestono incarichi di indirizzo politico amministrativo e dei relativi uffici di supporto, ivi compresi, a titolo esemplificativo, i vertici politici delle amministrazioni, i capi di gabinetto e gli appartenenti agli uffici di staff e di diretta collaborazione nei ministeri; i titolari di altre cariche di rilievo politico nelle regioni e negli enti locali						
nominativi e curricula dei componenti degli OIV, del Responsabile della trasparenza e del Responsabile della struttura tecnica permanente.						
curricula dei titolari di posizioni organizzative						
tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale, nonché il ruolo dei dipendenti pubblici						
ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti						
dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità, sia per i dirigenti sia per i dipendenti						
codici di comportamento						
atti di sospensione a carico degli iscritti (relativamente agli ordini professionali)						
Dati relativi a incarichi e consulenze:						

incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti a dipendenti pubblici e ad altri soggetti. Gli incarichi considerati sono: i) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati dalla amministrazione ai propri dipendenti in seno alla stessa amministrazione o presso altre amministrazioni o società pubbliche o private; ii) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati da una amministrazione ai dipendenti di altra amministrazione; iii) incarichi retribuiti e non retribuiti affidati, a qualsiasi titolo, da una amministrazione a soggetti esterni. In ordine a questa tipologia di informazioni è necessario indicare: soggetto incaricato, curriculum di tale soggetto, oggetto dell'incarico, durata dell'incarico, compenso lordo, soggetto conferente, modalità di selezione e di affidamento dell'incarico e tipo di rapporto, dichiarazione negativa (nel caso in cui l'amministrazione non abbia conferito o autorizzato incarichi)						
incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti ai componenti degli OIV, al Responsabile della trasparenza e al Responsabile della struttura tecnica permanente. Gli incarichi considerati sono: i) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati dalla amministrazione ai propri dipendenti in seno alla stessa amministrazione o presso altre amministrazioni ; ii) incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti o autorizzati da una amministrazione ai dipendenti di altra amministrazione; iii) incarichi retribuiti e non retribuiti affidati, a qualsiasi titolo, da una amministrazione a soggetti esterni						
Dati sui servizi erogati:						
carta della qualità dei servizi alla cui emanazione sia tenuto il soggetto erogatore del servizio.						
dimensione della qualità dei servizi erogati (ai sensi dei principi di cui all'art. 11 del D. Lgs. n. 150/2009 e delle indicazioni di cui alla delibera n. 88/2010);						
Dati sulla gestione economico-finanziaria dei servizi pubblici:						

servizi erogati agli utenti finali e intermedi (ai sensi dell'art. 10, comma 5, del D. Lgs. 279/1997), contabilizzazione dei loro costi ed evidenziazione dei costi effettivi e di quelli imputati al personale per ogni servizio erogato, nonché il monitoraggio del loro andamento, da estrapolare in maniera coerente ai contenuti del Piano e della Relazione sulla performance;						
contratti integrativi stipulati, relazione tecnico-finanziaria e illustrativa, certificata dagli organi di controllo, informazioni trasmesse ai fini dell'inoltro alla Corte dei Conti, modello adottato ed esiti della valutazione effettuata dai cittadini sugli effetti attesi dal funzionamento dei servizi pubblici in conseguenza della contrattazione integrativa						
dati concernenti consorzi, enti e società di cui le pubbliche amministrazioni facciano parte, con indicazione, in caso di società, della relativa quota di partecipazione nonché dati concernenti l'esternalizzazione di servizi e attività anche per il tramite di convenzioni.						
"piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio" al fine di illustrare gli obiettivi della spesa, misurarne i risultati e monitorarne l'effettivo andamento in termini di servizi forniti e di interventi realizzati						
Dati sulla gestione dei pagamenti:						
indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)						
Dati relativi alle buone prassi:						
buone prassi in ordine ai tempi per l'adozione dei provvedimenti e per l'erogazione dei servizi al pubblico						
Dati su sovvenzioni, contributi, crediti, sussidi e benefici di natura economica:						

istituzione e accessibilità in via telematica di albi dei beneficiari di provvidenze di natura economica						
Dati sul “public procurement”:						
dati previsti dall'art. 7 del D. Lgs. n. 163/2006 (Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture). Si precisa che l'individuazione di tali dati, ai fini della loro pubblicazione, spetta all'Autorità per la vigilanza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.						

CAPITOLO 1		Assistenza Collettiva e negli Ambienti di Vita e di Lavoro				
Situazione AS IS		Risultano avviati gli screening oncologici, lo stato delle coperture vaccinali risulta allineato con la media regionale, come anche i controlli nell’ambito dell’infortunistica sui luoghi di lavoro e i controllo delle patologie animali e controlli ufficiali nell’ambito della sicurezza alimentare.				
Situazione TO BE		Si punta a migliorare ulteriormente gli standard erogativi, in modo da assicurare una risposta ancora più rispondente alle richieste Ministeriali sugli obiettivi LEA.				
interventi previsti	Peso interve nto (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell’intervento	Risultati attesi dall’intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell’intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 – Sanità Pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	15%	1A controlli allevamenti per TBC bovina, brucellosi ovi- caprina, bovina e bufalina	- N. allevamenti controllati/N. totale allevamenti	≥ 99%		
			- rispetto dei tempi di ricontrollo aziende infette	≤ 30 giorni		
		1B controllo di aziende per l’anagrafe ovi-caprina	N° allevamenti controllati/totale allevamenti	5%		
		1C ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	N° campioni analizzati/N° campioni programmati	100%		
		1D campionamento negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N° campioni analizzati/N° campioni programmati	100%		
2 – Screening oncologici	25%	2A Promozione screening cervico-carcinoma	- N° soggetti invitati/popolazione target - N° soggetti testati/popolazione invitati	≥ 80%		
		2B Promozione screening mammografico		≥ 50%		
		2C Promozione screening colon retto				
3 –Prevenzione e tutela salute nei luoghi di lavoro	15%	3A Controlli nelle aziende agricole e cantieri edili per il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi previsti dai Piani regionali straordinari edilizia, agricoltura	N° di unità controllate/totale da controllare	≥ 80%		

in attuazione dei Piani regionali di Prevenzione		e malattie professionali				
		3B Attuazione procedure previste dal D.M. 11/04/2011 (Verifiche periodiche attrezzature di cui all'art. 71 d.lgs 81/08). e relative circolari assessoriali	N° di unità controllate/totale da controllare	>=60%		
		3C Potenziamento dei servizi dell'Area "tutela della salute e sicurezza sul lavoro ed implemento delle procedure per dotazione organica SPreSAL e SIA	50% di quanto previsto dalla circolare assessoriale 1274/10	>=50%		
4 –Aumento delle vaccinazioni obbligatorie e non obbligatorie	25%	4A Vaccinazioni obbligatorie <=24 mesi: tre cicli completi	N° soggetti vaccinati/popolazione target residente	SR: ≥ 95%		
		4B Vaccinazione MPR <=24 mesi	N° soggetti vaccinati/popolazione target residente	SR: ≥ 95%		
		4C Vaccinazione influenza >=65 anni	N° soggetti vaccinati/popolazione target residente	SR: ≥ 75%		
5- Realizzazione delle rimanenti linee del Piano di Prevenzione	20%	5A. Realizzazione di tutte le linee non esplicitate negli interventi precedenti	Vedi schede di monitoraggio allegate al DA 300 del 20/02/2012	Vedi schede di monitoraggio allegate al DA 3020 del 30/12/2010		

CAPITOLO 2		Assistenza Territoriale e Continuità Assistenziale				
Situazione AS IS	Gli ambulatori infermieristici sono stati attivati a Augusta e Lentini. Dal 2011 è attivo il CUP Provinciale, esteso nel 2012 a 12 convenzionati esterni. I tempi di attesa per le prestazioni critiche sono ancora oltre la soglia critica del 10%. La spesa farmaceutica è più o meno allineata ai valori regionali; si farà un ulteriore sforzo per allineare i valori alle richieste assessoriali. Il primo ciclo terapeutico deve essere incrementato specialmente quello susseguente a prestazioni ambulatoriali. Vedi anche capitolo 3)					
Situazione TO BE	Si apriranno gli ambulatori infermieristici a Siracusa e Noto. Nel 2013 saranno inseriti nel CUP altri convenzionati esterni (50%) e si inizierà con l'attività intramoenia. Nel 2014 si completerà l'inserimento dei convenzionati esterni. Per quanto riguarda le liste di attesa, si conta nel 2013, tramite il sistema informatizzato di pulizia delle liste, di rientrare nel valore soglia del 10%. Saranno migliorati i processi connessi alla spesa farmaceutica e alla gestione del PCT					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		

1 –Apertura ambulatorio Infermieristico a SR e Noto	10%	1A censimento risorse necessarie 1B determinazione tariffari 1C apertura 1D campagna divulgativa	Apertura degli ambulatori	2 ambulatori		
2 – Collegamento di strutture private al CUP	15%	2A acquisizione del consenso 2Bacquisizione delle agende 2C avvio delle nuove strutture	n. strutture collegate / nn. strutture esistenti (44)	22/44 = 50%		
3 – Gestione tempi di attesa	15%	3A monitoraggio dello stato esistente 3B monitoraggio funzionamento sistema recall 3C pulizia delle liste tramite sistema recall	Riduzione delle non congruità rispetto ai tempi di attesa delle classi di priorità B e D	=<10%		
4 - Farmaceutica	40%	4A. Realizzazione delle azioni previste dal DA 569/2013 per il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso. 4B. implementazione della distribuzione PHT 4C. progetto sperimentale di implementazione della distribuzione diretta dopo visita specialistica presso poliambulatori 4D. verifica esenti ticket	- Individuazione degli obiettivi per i MMG attraverso incontri dedicati con le figure previste all'art. 2 del DA 569/2013. Contenimento Consumi x ATC: A10-C09-C10-J01-M05 R03 A02BC Attivazione Punti di distribuzione I ciclo nei PTA Reports semestrali distrettuali quali/quantitativi	Riduzione Costi Farmaceutica (x ATC A10-C09-C10-J01-M05 R03 A02BC) Report I ciclo dopo visita specialistica presso poliambulatori Trasmissione Reports distrettuali quali/quantitativi sulla popolazione esente Ticket all'Assessorato regionale		

			sulla popolazione esente Ticket	Salute 1 report mensile per Distretto che attesti il comportamento prescrittivo dei medici relativamente ai farmaci oggetto di contenimento della spesa		
5 - Miglioramento e sviluppo dei tre PTA già attivati	20%	5A Standardizzazione e monitoraggio dei PTA istituiti (come da condivisa e formalizzata pianificazione regionale) nel periodo di vigenza del Piano Attuativo Aziendale 5B Monitoraggio dei PPI , degli AGI, degli ambulatori infermieristici, dei PUA, già attivati, secondo le indicazioni regionali	n. report mensili di monitoraggio delle attività dei PTA distinti per tipologia di attività (PPI, AGI, Amb. Inf., PUA)	n. 12 report mensili di monitoraggio PTA		

CAPITOLO 3		Assistenza Ospedaliera				
Situazione AS IS	Intervento 1 – Attualmente solo l’ospedale di Lentini è adeguato strutturalmente e dal punto di vista della dotazione impiantistica e delle attrezzature					
	Intervento 2 – Attualmente la ricognizione del personale potenzialmente utilizzabile per i servizi 118 è al 50%					
	Intervento 3 – Attualmente la prescrizione del I° ciclo terapeutico è parzialmente attuata per le prestazioni ambulatoriali.					
Situazione TO BE	Intervento 1 – Entro il 30/12/2013 saranno adeguate le dotazioni organiche e delle apparecchiature. L’adeguamento strutturale ed impiantistico non sarà ultimato entro il 2013					
	Intervento 2 – Entro il 30 aprile sarà completata la ricognizione e saranno disponibili gli elenchi del personale potenzialmente utilizzabile per i servizi 118					
	Intervento 3 – La prescrizione del PCT sarà potenziata migliorando le procedure di gestione ed estendendole alle prestazioni ambulatoriali.					
	Saranno assicurati gli interventi previsti in merito alla rideterminazione della rete ospedaliera e potenziati i meccanismi di funzionamenti delle reti assistenziali.					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall’intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell’intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 Rete Punti Nascita.	15 %	1A. Acquisire ed elaborare i dati di interesse – Richiedere le risorse umane e strumentali 1B. Individuare gli spazi necessari 1C . Elaborare i progetti di adeguamento strutturale ed impiantistico 1D. Aggiornare i documenti che definiscono gli aspetti organizzativi della rete dei punti nascita	% Adeguamento alle linee guida DA 2/12/2011	Adeguamento risorse umane e strumentali 31/12/2012 Adeguamento strutturale ed impiantistico giugno 2014	Adeg.to strutturale 9.490.000,00 Adeg.to apparecch. ed impiantistica 2.598.000,00 Adeg.to risorse umane 3.684.111,8	
2 –Risorse Umane per 118	5 %	2A. Somministrazione schede di ricognizione 2B. Valutazione possesso requisiti D.A. 25/03/2009 2C . Predisposizione elenchi personale potenzialmente utilizzabile per i servizi 118	Predisposizione elenchi personale potenzialmente idoneo per il servizio 118	Entro il 30/04/2013	COSTO ZERO	

3 –Primo ciclo terapeutico	25 %	3A. Verifica eventuale criticità gestione I° ciclo terapeutico 3B. Trasmissione trimestrale report I° ciclo terapeutico 3C. Assegnazione Obiettivo Incremento I ciclo terapeutico	% distribuzione I ciclo terapeutico	>35%	COSTO ZERO	
4 –Rimodulazione rete ospedaliera	40%	4A Piano di rimodulazione della rete ospedaliera provinciale 4B. Attivazione dei posti letto per post acuti programmati 4C. Revisione dei percorsi assistenziali per lungodegenza e riabilitazione già realizzati 4D. Incremento utilizzo dei posti letto per post acuti	4A Presentazione del piano di rimodulazione 4B N. PL per post acuti attivati/N. PL previsti 4B Revisione percorsi Si/No 4C % di utilizzo dei PL per post acuti	4A Si 4A 100% 4B Si 4C > 80%		
5 - Ottimizzazione delle reti assistenziali	20%	5A. Review, update ed ottimizzazione delle RETI assistenziali poste a regime e istituzione di nuove RETI assistenziali secondo le indicazioni Assessoriali 5B. Sviluppo delle attività del SUAP già attivato.	Attivazione delle reti. Esistenza di pazienti presi in carico per ogni singola rete (numero)	N° pazienti presi in carico per ogni rete.		

CAPITOLO 4		Integrazione Socio Sanitaria				
Situazione AS IS	Attualmente si trovano allocati c/o il P.O. di Lentini 65 P.L. DI RSA e il Centro Diurno Alzheimer di Siracusa si trova allocato c/o P.O. Rizza					
Situazione TO BE	È necessario distribuire meglio sul territorio aziendale i posti letto DI RSA e, al fine di assicurare una migliore organizzazione, trasferire il Centro Diurno Alzheimer di Siracusa c/o l'area ex-ONP in contiguita' con centro alzheimer					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		

					dell'intervento	
1 - Ridistribuzione 65 p.l. di RSA	40 %	1A. Individuazione spazi per l'attivazione di 45 PL RSA (di cui 10 per un Nucleo Alzheimer) c/o P.O. Noto 1B. Input alla UOC Tecnico per la progettazione, l'affidamento procedure operative 1C. Individuazione ed assegnazione risorse umane 1D. Trasferimento posti letto di RSA	Attivazione RSA c/o il P.O. di Noto	45 p.l. di RSA attivati c/o il P.O. di Noto	€ 120.000,00	
2 - Attivazione Centro Diurno Alzheimer	40 %	2A Individuazione locali per l'attivazione C.D. Alzheimer 2B Piena disponibilità immobile individuato 2C Affidamento ed esecuzione lavori 2D Trasferimento	C. D. Alzheimer di Siracusa trasferito nell'area ex ONP	C. D. Alzheimer di Siracusa trasferito ed avviato in contiguità con Centro Alzheimer nell'area ex ONP	€ 10.000,00 (*)	
3 Assistenza agli stranieri	20%	3A. Applicazione a livello provinciale delle linee guida regionali sull'assistenza agli stranieri (?) 3B. Istituzione di un servizio di mediazione culturale per facilitare l'accesso all'assistenza (?)	3A Unificazione delle procedure ai sensi del DA 17.10.2012 Si/No 3B Realizzazione di un elenco aziendale di mediatori linguistico – culturali / interculturali. Si/No	Si Si		

(*) fondi derivabili dalle quote di riparto di cui al D.A. 139/13 (Progetti Obiettivo PSN 2012 di cui all'intesa CSR n. 227 del 22 novembre 2012)

CAPITOLO 5		Salute della donna, del bambino e dell'età giovanile				
Situazione AS IS		L'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri no risulta ancora ottimale ed i percorsi di allattamento al seno, di interruzione volontaria di gravidanza e di gestione del puerperio non risultano completamente sviluppati. La parto-analgesia risulta praticata solo a Lentini, determinando fughe per DRG, che potrebbero facilmente essere prodotti dall'ASP.				
Situazione TO BE		Si intende potenziare l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri mediante l'uso dei quaderni di gravidanza. L'utilizzo di tale strumento sarà gradualmente potenziato durante il corso dell'anno in corso ed in quello successivo. Saranno migliorate le procedure connesse alla gestione di allattamento al seno, gestione del puerperio e interruzione volontaria di gravidanza. Entro la fine dell'anno di conta di avviare la parto-analgesia presso il PO di Siracusa.				
interventi previsti	Peso intervent o (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 – Incrementare l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri tramite il pieno utilizzo dei quaderni di gravidanza	20%	1A - distribuzione dei quaderni ai consultori 1B – effettuazione di adeguate campagne informative agli operatori (consultori e MMG) 1C – compilazione del quaderno ed eventuale presa in carico delle donne con attivazione delle procedure consequenziali	nn. di donne in gravidanza seguite in consultorio con quaderno su nn. totale di donne in gravidanza c/o i consultori	25%		
2 – Promuovere l'allattamento al seno potenziandone le attività consultoriali	30%	2A – programmazione intervento formativo /informativo per le donne e relativa approvazione 2B – svolgimento degli interventi formativi /informativi previsti 2C – predisposizione interventi di supporto con specifici colloqui, per rimuovere le cause che inducono le donne a non allattare al seno con colloquio	nn. donne che svolgono il corso di preparazione al parto preparate con l'intervento formativo/informativo previsto	70%		
3 - Sviluppare il percorso IVG secondo le previsioni della normativa vigente	20%	3A - stesura di una procedura condivisa ed emessa secondo le direttive aziendali 3B – adeguata informazione sulla procedura dei Medici di Famiglia e degli specialisti ambulatoriali	nn. di certificazioni IVG rilasciate secondo le previsioni della procedura	70%		

		3C – audit di verifica sulla corretta applicazione della procedura				
4 - Organizzazione parto-analgesia	15 %	4A. censimento risorse necessarie 4B. stesura di un protocollo operativo 4C. reperimento risorse individuate al punto A tramite adeguamento dell'organico realizzazione di un progetto aziendale.	SI/NO	Avvio parto-analgesia entro il 31/12 almeno nel PO di Siracusa		
5 - Gestione del puerperio in consultorio	15%	5A - censimento delle risorse professionali necessarie 5B - reclutamento di cui al punto A 5A – definizione di un protocollo condiviso ospedale - consultorio	n. donne assistite in puerperio (maggio-dicembre 2012)/n. donne assistite nello stesso periodo del 2013	Aumento del 5% del n. delle donne assistite in puerperio (maggio-dicembre 2012)/n. donne assistite nello stesso periodo del 2013		

CAPITOLO 6		Oncologia				
Situazione AS IS	In atto le attività sono concentrate nel distretto sud e la rete assistenziale oncologica è in fase di avvio. Non vi sono attività di radioterapia, che in atto sono interamente in mobilità passiva. Occorre inoltre estendere le attività di diagnosi precoce ed avviare la riabilitazione ai malati oncologici, in atto solo parzialmente funzionante.					
Situazione TO BE	Azioni per il 2013 sono: la disponibilità del bunker per la radio terapia e di tutti i meccanismi necessari al suo funzionamento, lo sviluppo di percorsi assistenziali per la riabilitazione dei malati oncologici, l'avvio della psiconcologia e della breast-unit					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		

1 –Attivare il servizio di psico-oncologia da collegare da collegare alla rete oncologica	20 %	1A Rendere disponibile il posto in Pianta Organica 1B Acquisizione del personale 1C Definizione di un protocollo operativo	SI/NO	Avvio del servizio		
2 – Attivare una UO di breast-unit	15 %	2A Costituzione del team 2B Definizione delle procedure	SI/NO	Avvio del servizio		
3 - Attivare la riabilitazione oncologica	20 %	3A Individuazione dell'assetto organizzativo 3B Definizione dei protocolli operativi 3C Rendere disponibile il posto in Pianta Organica	SI/NO	Completamento al 31/12 delle azioni propedeutiche all'attivazione che seguirà nel 2014		
4 - Centralizzazione dei farmaci antiblastici	20%	4A identificazione della locazione unica 4B definizione progettazione camera bianca unica 4C avvio dei lavori 4D definizione dei protocolli operativi	SI/NO	Completamento al 31/12 delle azioni propedeutiche all'attivazione che seguirà nel 2014		
5 – Avvio costruzione bunker per la radioterapia	25 %	5A Definizione della progettazione 5B Avvio dei lavori 5C Rendere disponibile il posto in Pianta Organica	SI/NO	Completamento al 31/12 delle azioni propedeutiche all'attivazione che seguirà nel 2014		

CAPITOLO 7		Cure palliative e terapia del dolore – avvio assistenza domiciliare malati oncologici terminali.				
Situazione AS IS		Allo stato attuale L’ASP di Siracusa ha avviato l’ambulatorio spoke di terapia del dolore e posto in nuce la rete di terapia del dolore. Il progetto formativo ed informativo è stato già avviato. L’assistenza domiciliare per i malati oncologici in fase terminale di malattia non è stata ancora strutturata come necessario. Alla fine del 2012 si sono poste le basi progettuali per la simultaneità di cura nei confronti dei malati oncologici inguaribili.				
Situazione TO BE		La rete di terapia del dolore deve essere avviata. Si devono costituire le professionalità necessarie per il progetto simultaneità delle cure. L’Assistenza domiciliare deve essere rivolta a tutto il territorio e dai gruppi di lavoro accreditati a livello regionale.				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell’intervento	Risultati attesi dall’intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell’intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 – avvio assistenza domiciliare per malati oncologici in fase terminale.	30%	1A analisi attività ONLUS non accreditate sul territorio, risorse professionali e fragilità assistenziali. 1B Istituire Unità Valutative Palliative Distrettuali. 1C Istituire Unità Operative Cure Palliative Domiciliari. 1D Valutare requisiti ONLUS accreditate e inizio collaborazione con ASP.	Avvio assistenza domiciliare per malati oncologici in fase terminale di malattia.	50%		
2 – Sviluppo del progetto di simultaneità delle cure, che consente di inserire il malato oncologico inguaribile in un contesto più ampio..	35%	2A analisi dei bisogni e valutazione delle risorse professionali presenti sul territorio. 2B formazione del gruppo ASCOLTO. 2C Contatto con le diverse UU.OO. 2D formazione e informazione concernenti il progetto di simultaneità di cura per i pazienti oncologici inguaribili e le loro famiglie.	Formazione gruppo ASCOLTO	100%		
3 – Audit e miglioramento della rete per la terapia del dolore	35%	3A start-up della rete di terapia del dolore nella provincia di Siracusa 3B adeguamento dello “spoke” ai requisiti minimi di attività come da direttiva ministeriale. 3C avvio di formazione sul campo da parte dell'equipe multidisciplinare. 3D progettazione attività informative e di divulgazione destinate alla popolazione	Adeguamento spoke ai requisiti minimi di attività come da direttiva ministeriale	100%		

CAPITOLO 8		Cardiologia				
Situazione AS IS	L'aritmologia non trova una completa organizzazione in rete e si rilevano fughe sanitarie per tale patologia. L'esecuzione della PTCA nei termini previsti impone una efficiente organizzazione basata su procedure ben definite, ancora non esistenti in Azienda. La gestione dello scompenso cardiaco è operativa mediante meccanismi di accordo tra professionisti, ma manca una vera rete organizzata; un ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco è operativo al P.O. Di Maria di Avola. Anche la riabilitazione cardiologica deve essere organizzata anche in vista di una piena integrazione col privato e con il prossimo sviluppo di posti letto. E' necessario inoltre potenziare la prevenzione cardio-vascolare.					
Situazione TO BE	In armonia con quanto previsto dal “Piano della Salute 2011-2013” si intende sviluppare una efficiente rete per le aritmie, iniziando dal settore dove più elevate sono le fughe, sviluppare la riabilitazione cardiologica ed una gestione del paziente con scompenso cardiaco in rete. Dovranno inoltre essere presenti efficienti procedure per la gestione del dolore cardiaco e del dolore toracico. Saranno potenziate le iniziative rivolte alla prevenzione cardio vascolare.					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 - Gestione appropriata del paziente con dolore toracico		1A.Stesura, condivisione e piena implementazione di tre procedura aziendali: - IMA STEMI - IMA non STEMI - dolore toracico 1B. conduzione di audit sulla corretta applicazione	SI/NO	Presenza al 31-12 delle tre procedure applicate e verificate con audit previsti		
2 – Organizzazione della aritmologia in rete		2A. Individuazione dei punti della rete 2B. Stesura dei protocolli di funzionamento 2C. Implementazione del sistema ed audit	SI/NO	Presenza al 31-12 della rete aritmologica funzionante		
3 - Organizzazione della riabilitazione cardiologica		3A. Individuazione dei punti della rete 3B. Stesura dei protocolli di funzionamento comprensivi di sistemi di misurazione del nn. di pazienti coinvolti.	SI/NO	Presenza al 31-12 di un protocollo funzionante verificate con gli audit previsti. Nel 2014 tale		

		3C. Implementazione del sistema 3D. Audit		rete sarà collegata con specifici PL		
4 - Gestione del paziente con scompenso cardiaco		4A. Stesura, condivisione ed implementazione di PDTA per la gestione del paziente con scompenso cardiaco in ambito territoriale 4B. Criteri di ospedalizzazione del paziente con scompenso: procedura condivisa tra medici ospedalieri e territoriali (Scheda dimissione facilitata) 4C. Programma di formazione specifica dei MMG alla gestione appropriata del paziente con scompenso	4A. SI/NO 4B. SI/NO 4C. num. eventi formativi realizzati num. MMG formati.	<i>Presenza del documento approvato dalla Dir. Az.</i> <i>Presenza del documento approvato da dalla Dir. Az.</i> <i>=>3 eventi formativi =>100 medici formati.</i>		
5 - Prevenzione del rischio cardiovascolare	10%	5A.REALIZZAZIONE di programmi di educazione sanitaria nelle scuole e nelle comunità sociali. 5B. Sensibilizzazione dei MMG sulla prevenzione vascolare secondo LLGG della Società Europea di Cardiologia	num. eventi formativi realizzati. num. eventi formativi realizzati num. MMG formati	=>2 eventi formativi => 2 eventi formativi =>100 medici formati		

CAPITOLO 9		Neuroscienza				
Situazione AS IS	In atto non esiste un modello strutturato di gestione dell'emergenza neurologica. I casi convergono prevalentemente presso le UUOO di Medicina. Non è quindi strutturato un centro hub con delle reti spoke. L'assenza di una UO di neurologia ha inoltre finora impedito una ottimale gestione delle malattie croniche neurologiche, comportando importanti fenomeni di mobilità passiva. I percorsi riabilitativi vanno potenziati e specializzati.					
Situazione TO BE	Occorre strutturare una rete per la prevenzione, la diagnosi e la cura dell'ictus cerebrale e delle malattie neurologiche in genere. In tale rete si configura l'apertura della UO di neurologia presso il PO di Augusta e la sua piena integrazione con le strutture esistenti (reparti di medicina interna) ed in particolare con l'ambulatorio dedicato presso il PO di Siracusa.					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 - Adeguamento strutturale e logistico della Stroke Unit di Siracusa, punto Hub, e dei punti spoke di Avola e Lentini	15 %	1A. Individuazione carenze e stesura piano adeguamento 1B. Predisposizione interventi necessari 1C. Effettuazione interventi	SI/NO	Presenza dell'adeguamento		
2 – Adeguamento del personale medico e non medico della Stroke Unit di 2° livello di Siracusa e di due stroke di 1° livello.	15 %	2A. Censimento per l'adeguamento del personale medico, infermieristico e di supporto della Stroke Unit di Siracusa (punto Hub) compresa l'attivazione di una guardia medica specialistica attiva h 24. 2B. Censimento per l'adeguamento del personale medico ed infermieristico delle Stroke Unit di 1° livello (punti spoke) di Avola e Lentini	SI/NO	Presenza dell'adeguamento		

3 - protocollo di intervento per il trattamento dell'ictus in fase acuta	50 %	3A Costituzione di un gruppo di lavoro per la redazione del protocollo. 3B Stesura della procedura 3C Verifica ed approvazione	SI/NO	Presenza della procedura		
4 - Informatizzazione	20 %	4A Individuazione risorse necessarie per l'attivazione di un servizio di telemedicina che consenta di connettere i punti spoke con l'Hub ed i centri di riabilitazione.	SI/NO	Presenza del collegamento informatico		

CAPITOLO 10		Gestione del poli-traumatizzato				
Situazione AS IS		La rete di gestione del malato politraumatizzato non trova ancora un ottimale sviluppo. È stata emanata una procedura aziendale, ma occorre verificarne la corretta applicazione in tutte le UUOO coinvolte. È inoltre necessario procedere con la “strutturazione” dei centri hub e spoke previsti e con le connesse procedure di formazione del personale preposto.				
Situazione TO BE		Le azioni per il 2013 consistono nella completa adozione della procedura per la gestione del Politrauma, nella nomina dei referenti Spoke A Siracusa – Spoke B Lentini, nell’espletamento di adeguati interventi formativi.				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell’intervento	Risultati attesi dall’intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell’intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 – Adeguamento organizzazione	5 %	1ACostituzione equipe secondo decreto assessore sanità 18/7/2012	Nomina referenti: SPOKE A : SIRACUSA SPOKE B : LENTINI	PARTECIPAZIONE AL 100% ALLE RIUNIONI SIAT		

2 – Formazione del personale	15 %	Definizione dei programmi di formazione specifica per tutti gli operatori coinvolti a cura dei centri HUB	Unità di personale delle branche interessate sul totale degli operatori	Formazione di almeno il 10% degli operatori coinvolti		
3 – Adeguamento alle linee di indirizzo	80%	Rispetto di tutte le attività previste dal cronoprogramma definito dal Comitato tecnico scientifico Regionale e secondo la checklist e gli atti di indirizzo per l'operatività delle Commissioni Regionali di SIAT	Rispetto del cronoprogramma	100%		

CAPITOLO 11		Trapianti e Piano sangue				
Situazione AS IS		La rete trasfusionale risulta già sviluppata; occorre ottenere la certificazione. Occorre sviluppare la cultura di donazione degli organi e le connesse procedure di gestione.				
Situazione TO BE		Occorre ottenere i seguenti risultati in merito alla rete trasfusionale. a) Presentazione delle istanze recanti la richiesta di valutazione dei Requisiti specifici utili al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività sanitaria presso le strutture trasfusionali entro il mese di novembre 2013. (ai sensi dell’art. 3 del DA 384 del 4 marzo 2011) b) Contribuire, per quota di competenza, (entro il mese di novembre 2013), al raggiungimento dei requisiti specifici utili al rilascio dell’autorizzazione all’esercizio presso le UdR convenzionate con l’azienda sanitaria. c) Valutazione positiva dell’audit effettuato dai Valutatori Nazionali presso le ST ai fini del rilascio della prescritta autorizzazione.				
interventi previsti	Peso inter vento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell’intervento	Risultati attesi dall’intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell’intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 – Integrazione della dotazione organica EX 2.2	25 %	1A Verifica posti vacanti 1B Rilevazione fabbisogno per carico di lavoro e produttività 1C Adozione atti amministrativi 1D Assunzione in servizio	1 - Atti amministrativi del settore affari del personale 2 - Atti deliberativi	1 - Copertura posti effettiva 2 - Nuova dotazione organica	1 - Già previsti in bilancio 2 – Rideterminati secondo nuove unità e profili professionali	
2 – Definizione acquisto autoemoteca EX 2.6	10 %	2A Indizione di gara 2B Aggiudicazione fornitura 2C Consegna bene	1 - completamento procedure di acquisto 2 – deliberazione di aggiudicazione	1 – entrata in funzione del bene	1- 120.000 € Copertura con fondi incentivazione plasma produzione	

3 – Definizione procedure di acquisto apparecchiature ed attrezzature EX 2.5	25 %	3A Indizione di gara e trattative 3B aggiudicazione fornitura 3C emissione ordini	1 - completamento procedure di acquisto 2 – deliberazione di aggiudicazione	1 – installazione apparecchiature ed attrezzature 2 – entrata in esercizio	Copertura con fondi incentivazione plasma produzione	
4 – Realizzazione opere adeguamento strutturale SIMT EX 2.4	10 %	4A Progettazione e pianificazione degli interventi 4B Realizzazione degli interventi	1 – Consegna Lavori 2 - Rapporto di fine lavori	Realizzazione delle opere ed entrata in esercizio delle strutture	Bilancio aziendale interventi di manutenzione	
5 – Rete informatica trasfusionale EX 2.10	10 %	5A Pianificazione interventi Ufficio SIFA 5B Sistemi di Backup 5C Convalida sistema	1 -Installazione nuovi Hardware ed entrata in funzione del sistema gestionale	Operatività del sistema	Cap. spesa aziendale potenziamento rete informatica trasfusionale	
6 – Realizzazione piastra centralizzata del freddo EX 2.9	10 %	6A Progettazione 6B Espletamento procedure di gara 6C Affidamento dei lavori di realizzazione 6D Completamento lavori	1 -Realizzazione dell’opera	Entrata in esercizio	Capitolo Interventi sistema trasfusionale finanziamento regionale	
7 – Realizzazione padiglione centralizzato lavorazione emocomponenti EX 2.11	10 %	7A Progettazione 7B Espletamento procedure di gara 7C Affidamento dei lavori di realizzazione 7D Realizzazione impianto	1 - Espletamento procedure amministrative 2 - Realizzazione dell’opera	Esecuzione Lavori	Fondi aziendali Co-Finanziamento Regionale	
8 – Diffusione della cultura della donazione degli organi	5 %	8.A Programmare Corsi di aggiornamento per il personale Aziendale 8.B Campagna di divulgazione della cultura della donazione degli organi nelle scuole, comunità , etc.	Corsi attuati Campagna attuata nelle scuole della Provincia	1 SI	Fondi Aziendali educazione alle salute, prevenzione, produzioni a stampa	

9 - Ridurre l'opposizione alle donazioni di organi e tessuti	5 %	9.A Attivazione dell' Ufficio di Coordinamento Locale per i Trapianti 9.B Accoglienza e supporto ai familiari dei pazienti nelle terapie intensive aziendali.	Ufficio attivato % opposizione alla donazione su donatori segnalati	SI < 45	Costo zero	
10 - Linee Guida per procedura Aziendale di accertamento di morte cerebrale	5 %	10.A – Redazione ed approvazione dal Direttore Generale e diffusione della procedura nelle Rianimazioni Aziendali	Delibera di approvazione entro il 31/07/2013	SI	Costo zero	
11 - Acquisizione dei requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi per il rilascio dell'autorizzazione DA 384/11	10 %	11A. Chiusura degli interventi da 1 a 5	SI/NO	Completamento check-list regionale	Costi riportati nei riquadri dei relativi interventi da 1 a 5	
12 - Contributo della Struttura Trasfusionale, per quota di competenza, al raggiungimento dei requisiti specifici utili al rilascio dell'autorizz. all'esercizio presso le Unità di Raccolta associative convenzionate con l'azienda sanitaria	5 %	12A. Supporto tecnico ed organizzativo, consulenza ed assistenza, fornitura beni in convenzione, azioni di verifica e controllo, organizzazione dei corsi di formazione ed aggiornamento	Riunioni coordinamento, diffusione documenti, certificazione di qualità	Completamento check-list regionale	Spese generali aziendali	
13 - Presentazione delle istanze di valutazione dei requisiti specifici, delle Strutture Trasfusionali, conformi entro l'11-2013	5 %	13A. Redazione ed invio istanze	nn. di istanze inviate su nn. di istanze richieste	100%	Costi di spedizione o deposito a mano	

14 - Attivazione rete Emoglobinopatie DA 2646/11	5 %	14A. Insediamento gruppo di lavoro previsto 14B. Produzione di report trimestrali	nn. reports prodotti su nn. report previsti	100%	Costo zero	
--	-----	--	--	------	------------	--

CAPITOLO 12		Salute mentale e dipendenza				
Situazione AS IS		Al 1 gennaio 2013 le principali azioni di cui al presente capitolo risultano essere in corso. Degli interventi 2 e 3 le azioni sono principalmente state avanzate nel corso del precedente anno e si ritiene essere del tutto centrali le azioni previste nel corrente.				
Situazione TO BE		Al 31 dicembre le azioni previste comporteranno il raggiungimento dei risultati come proposti e di seguito evidenziati.				
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 – Incremento Visite Domiciliari sul territorio dei CSM	35 %	1A Sviluppo azioni di programmazione mediante individuazione utenti maggiormente a rischio (pazienti critici che reiterano episodi acuti) e verifica periodica dati di attività e di esecuzione, con analisi obiettivi raggiunti e Incremento delle azioni di prevenzione mediante visita domiciliare. 1B Non incremento dei TSO dei pazienti seguiti ed individuati nell'ambito del Moduli SMA territoriali	n. visite domiciliari eseguite	n. visite pari ad un incremento del 10% sull'anno precedente		
2 – Prevenzione dei disturbi da gioco d'azzardo	35 %	2A Verifica periodica delle procedure di accesso all'ambulatorio per il trattamento di ludopatie per diminuire i tempi per la presa in carico. 2B N. utenti trattati per disturbo patologico da gioco d'azzardo e in comorbilità. 2C Progressivo incremento attività di prevenzione nelle scuole attraverso interventi dedicati ad alunni, genitori e docenti.	n. utenti trattati rispetto anno precedente	incremento del 20% sull'anno precedente		

3 – Prevenzione e cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare	30 %	3A Incremento pubblicizzazione orari e attività svolte mediante coinvolgimento anche dei MMG e Specialisti Ambulatoriali e stampa di opuscoli. 3BProgressivo incremento azioni di intervento su utenti già in carico o di primo contatto; 3CIncremento attività di prevenzione rivolte ad adolescenti negli istituti scolastici.	n. utenti in carico rispetto anno precedente	incremento del 10% sull'anno precedente		
--	------	--	--	---	--	--

CAPITOLO 13		Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti				
Situazione AS IS	Durante le Visite Joint Commission finora effettuate sono emerse criticità inerenti il mancato o parziale adeguamento di standard del gruppo QPS. Inoltre gli standard del gruppo PCI, peraltro di nuova implementazione, non risultano allineati alle previsioni. E' necessario inoltre dare piena attuazione alle LLGG nazionali e regionali su taglio cesareo, TEV, antibiotico profilassi, anche sulla base di procedure già emanate a livello aziendale. Esiste un sistema di rilevamento degli eventi avversi già avviato e funzionante.					
Situazione TO BE	A fine anno sarà reso operativo il cruscotto della qualità in grado di soddisfare quanto richiesto in merito al gruppo QPS. Gli interventi previsti nell'ambito delle attività della qualità aziendale determineranno a fine anno un allineamento a quanto previsto dal gruppo PCI. Saranno effettuati audit sulle rilevazione degli eventi avversi e sulla corretta attuazione delle linee guida regionali/nazionali. Sarà definita una procedura aziendale di gestione della cartella clinica in grado di soddisfare i requisiti JCI e le previsioni del nuovo decreto 13-3-13 sui controlli delle cartelle cliniche.					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1 - Implementazione LLGG reg./naz.	20%	1A. Stesura procedura aziendale sulla "Antibiotico profilassi peri-operatoria" 1B. Conduzione di audit per la verifica sulla corretta applicazione del punto 1A 1C. Conduzione di audit su TEV, taglio cesareo (procedure az. già redatte)	1A. SI/NO 1B. e 1C. nn. audit effettuati / nn. audit previsti	1A. Presenza della procedura 1B. e 1C. effettuazione di almeno un audit completo per ogni tipologia individuata	Per gli audit è necessaria la individuazione di personale	
2 - Gestione degli eventi avversi	10%	2A. Definizione di un protocollo di intervento derivante dal sistema di monitoraggio già esistente 2B. Conduzione audit sulle segnalazioni meritevoli di intervento 2C. Implementazione dei piani di miglioramento	2A. SI/NO 2B. nn. audit effettuati / nn. audit previsti 2C. nn. progetti di miglioramento effettuati / nn. progetti di miglioramento previsti	2A. Presenza del protocollo 2B. Conduzione di almeno un audit 2C. Effettuazione di almeno un progetto di miglioramento	Per gli audit è necessaria la individuazione di personale	

3 - Definizione del "cruscotto della qualità"	40%	3A. Analisi delle criticità derivanti dallo standard QPS 3.3 3B. Selezione aree ritenute prioritarie a livello aziendale 3C. Incontri con i Coordinatori Sanitari, con i Direttori Sanitari dei PP.OO., con i Direttori/Responsabili delle UU.OO. per la condivisione delle aree ritenute prioritarie 3D. Creazione cruscotto 3E. Avvio degli audit	Report finale relativo ai risultati della misurazione attraverso indicatori del cruscotto e definizione dei piani di miglioramento sulle aree critiche	SI Presenza del report	Per gli audit è necessaria la individuazione di personale	
4 - Definizione del documento di indirizzo di "gestione della cartella clinica"	20%	4A. Raccolta materiale già realizzato in azienda 4B. Analisi del materiale raccolto 4C. Integrazione e stesura documento 4D. Condivisione ed ratifica del documento di indirizzo	SI/NO	Presenza del documento condiviso e ratificato	Non sono previsti costi	
5 - Adeguamento standard JCI sulle infezioni ospedal.	10%	5A. Stesura "Programma globale per la riduzione dei rischi di infezioni associate all'assistenza sanitaria" 5B. Mappatura dei più importanti processi a rischio di infezione. 5C. Stesura procedura isolamento dei pazienti	5A, 5B, 5C SI/NO	5A. Presenza del programma 5B. Presenza del docum. di mappatura 5C. Presenza della procedura	Per gli audit è necessaria la individuazione di personale	

CAPITOLO 14		Rete formativa, comunicazione e rete civica				
Situazione	L'ufficio Formazione già funziona a pieno regime; occorre adattare l'erogazione alle esigenze degli obiettivi scelti nel corso dell'anno.					
AS IS	In atto mancano in Azienda sportelli di orientamento ai servizi e non ci sono carte dei servizi specifiche per reparto ospedaliero in grado orientare nel dettaglio l'assistito nei servizi.					
Situazione	L'Ufficio Formazione realizzerà i percorsi formativi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti.					
TO BE	Verranno creati opuscoli specifici per i servizi dei singoli reparti e sportelli di orientamento ai servizi. Sarà effettuato il censimento per l'adeguamento dell'URP aziendale alle previsioni assessoriali.					
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1- Elaborazione e realizzazione del piano annuale della formazione nota 1	30%	1A. analisi del bisogno formativo e dei documenti regionali ed aziendali 1B. approvazione comitato scientifico e direzione strategica ed analisi sostenibilità economica 1C. Delibera adozione piano e progettazione esecutiva 1D. monitoraggio e verifica	1-2 predisposizione piano 3. delibera di adozione del piano 4. n di attività realizzate/n di attività programmate	1-2 predisposizione piano 3. delibera di adozione piano 4. ≥ al 60%	come da budget aziendale attribuito	
2 - Partecipazione del resp. della formazione ai lavori della rete regionale dei responsabili della formazione	5%	2A. Partecipazione alla rete regionale	1. n di incontri della rete cui il responsabile ha partecipato/ n di incontri della rete programmati	1. ≥ al 80%		

3 - Creazione di uno sportello di Orientamento ai Servizi in collaborazione con il CCA	15%	3A Reclutamento delle risorse umane appartenenti alle associazioni di volontariato del Comitato Consultivo e non 3B Formazione degli operatori dello sportello 3C Pubblicizzazione dello sportello 3D attivazione dello sportello	n. sportello di orientamento attivati	n. 2 sportelli		
4 - Creazione della Carta dell'Accoglienza	10%	4A Analisi customer satisfaction sugli item riguardanti l'accoglienza 4B Ricognizione presso ogni UO dei PP.OO. aziendali di ogni informazione da inserire nella carta dell'accoglienza da consegnare ai degenti all'atto del ricovero, attraverso incontri con i Direttori e caposala dei reparti osp. 4C Realizzazione del documento 4D Divulgazione del documento ai pazienti all'atto del ricovero	N. reparti coinvolti	50% dei reparti		
5 - Indagine sullo stato di attuazione degli URP per la dovuta rifunionalizzazione	10%	5A Verifica stato attuale di implementazione degli URP 5B Verifica delle risorse umane e strutturali e tecnologiche 5C verifica delle procedure e dei regolamenti di pubblica tutela esistenti 5D monitoraggio aree di criticità 5E Attivazione delle rete dei referenti per la comunicazione 5F Stesura del documento finale di analisi	Presenza o meno del documento	Presenza del documento finale di analisi e ripianificazione delle attività		
6 - Mobilità transfrontaliera	10%	6A. programmazione con il CEFPA per la formazione del personale URP sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (direttiva 2011/24/ue) 6B. attivazione di azioni d'informazione e comunicazione rivolte alla cittadinanza a seguito della formazione	1. partecipazione al corso per i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera 2. attivazione di azioni specifiche di informazione e	2. relazione annuale sulle attività di informazione e comunicazione poste in essere		

			comunicazione rivolte alla cittadinanza	dall'azienda		
7 - Consolidamento e potenziamento della comunicazione sanitaria aziendale	20%	7A. piena attuazione della rete dei referenti per la comunicazione (d.a. 2800/12) 7B. verifica ed aggiornamento delle informazioni presenti all'interno dei siti web aziendali attraverso il portale www.magellanopa.it	1. individuazione di n. 1 referente aziendale per la comunicazione (d.a. 2800/12) 2. monitoraggio sullo stato di aggiornamento delle informazioni presenti all'interno dei siti web aziendali	1. si/no 2. n. 3 report prodotti nel corso dell'anno e n. 1 relazione sullo stato di adeg. del sito web rispetto agli standard previsti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento		

Nota 1 - Nella soglia del 60% sarà ricompreso il Progetto formativo regionale dal titolo **“La formazione di base dei soggetti istituzionali sottoposti a controlli tramite audit”**, nell’ambito del Piano Regionale della Prevenzione - Linea di intervento 2.8.1 **“Applicazione dei modelli di audit sui servizi di controllo”**, rivolto al personale medico, veterinario, biologo, chimico, tecnico della prevenzione e tecnico di laboratorio, delle UU.OO.CC. *SIAN, SIAOA, LSP, SSA, e SIAPZ, delle Aziende Sanitarie Provinciali Regionali*, ha l’obiettivo di far loro acquisire, conoscenze e metodologie per operare secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di alimenti, mangimi, salute e benessere animale (Regolamento CE 882/2004).

Nelle attività connesse alla realizzazione del Piano Annuale della Formazione resta ricompresa la rendicontazione al Sistema ECM Regionale e la chiusura del procedimento secondo le modalità previste.

CAPITOLO 15		Partecipazione a Programmi sviluppo e innovazione				
Situazione	L'Azienda già partecipa al progetto Sett-teleradiologia.					
AS IS	Va potenziata la gestione dell'HTA, per cui è già stato costituito il gruppo di lavoro.					
Situazione	Occorre pianificarne le attività ed iniziare a svolgere le azioni previste per il 2013. Le attività del gruppo devono essere connesse con il monitoraggio e la gestione delle apparecchiature aziendali, correlandoli con adeguati flussi informativi.					
TO BE						
interventi previsti	Peso intervento (tot. 100%)	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Eventuali costi previsti per lo sviluppo dell'intervento	Aggiornamenti
			Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2013		
1- Partecipazione qualificata ai laboratori in materia di HTA	20.%	1A. Partecipazione del referente aziendale ai laboratori in materia di HTA con adozione dei provvedimenti organizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali	1A N. di riunioni e incontri partecipati / N. riunioni e incontri organizzati	1A Almeno 90% delle riunioni		
2 –Adozione regolamento HTA	10 %	2A. Riunioni del comitato 2B. Produzione del regolamento	Esistenza del regolamento	SI/NO		
3 – Progettazione ed avvio flussi informativi sulla acquisizione delle tecnologie	30 %	3A. Individuazione dei flussi necessari per un corretto monitoraggio 3B. Predisposizione della produzione del flusso in maniera strutturale e stabile e relative procedure di funzionamento 3C. Verifica fattibilità tecnica 3D. Avvio dei flussi studiati e strutturati	nn. di flussi messi a regime / nn. flussi individuati	75%		
4 - Partecipazione ai network di telemedicina	20%	4A. Utilizzo sistema informativo SETT nel rispetto del rinnovo convenzioni sottoscritta il 16 ottobre 2012. 4B. Partecipazione laboratori per network telemedicina (TELENEURES)	N° richieste teleconsulti S.O. SETT N. di riunioni e incontri	Rispetto tetti ex art.4 del rinnovo Convenzione SETT		

			partecipati / N. riunioni e incontri regionali organizzati	Almeno 90% incontri partecipati		
5 - Ricerca e internazionalizzazione	20%	5A. COSTITUZIONE NUCLEO DI PROGETTAZIONE AZIENDALE 5B. PARTECIPAZIONE AI LABORATORI POAT ORGANIZZATI CON IL FORMEZ PA %C. IMPLEMENTAZIONE BANCA DATI DEI RICERCATORI E DEI PROGETTI DELL'ASSESSORATO SALUTE	5A. Atto formale di costituzione del nucleo 5B. nn. di laboratori partecipati 5C. Numero di progetti inseriti/nn. progetti finanziati	5A. Uno 5B. Almeno 80% 5C. 100%		