



REGIONE PUGLIA



**Azienda
Sanitaria Locale FG**
Provincia
di Foggia

Direzione Strategica

Piazza Libert , 1 Foggia

Partita IVA e C.F.

03499370710

Tel. 0881884609

Fax 0881884619

ASL FG

Foggia

Programmazione per Obiettivi

Piano Triennale delle Attivit 

(Pianificazione Strategica)

Anni 2015-2017

e

Programma Annuale delle Attivit 

Anni 2015 - 2016

(Allegato n  1)

Commissario Straordinario

dott. Vito Piazzolla

Comuni ASL FG:

Foggia - Cerignola - Manfredoni - San Severo - Lucera - San Giovanni Rotondo - Orta Nova - Torremaggiore - San Nicandro - Garganico - San Marco in Lamis - Vieste - Apricena - Monte Sant'Angelo - Vico del Gargano - Troia - Cagnano Varano - CarapelleMattinata - Lesina - Ascoli Satriano - San Paolo di Civitate - Stomara - Stornarella - Ischitella - Carpino - Peschici - Serracapriola - Delicato - Rodi Garganico - Bovino - Zapponata - Biccari - Orsara di Puglia - Poggio Imperiale - Pietramontecorvino - Ordina - Candela - Accadia - Rignano Garganico - Castelluccio dei Sauri - Sant'Agata di Puglia - Casalvecchio di Puglia - Rocchetta - Sant'Antonio - Volturino - Chiesti - Celenza Valfortore - Casalnuovo Monterotaro - Anzano di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Castelluccio Valmaggiore - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Monteleone di Puglia - Carlantino - Alberona - Panni - Motta - Montecorvino - Faeto - Volturrara Appula - Isole Tremiti - Celle di San Vito

INDICE

CAPITOLO

I

Pianificazione Strategica

Pag.	
	<i>.1.1</i>
4	Introduzione
6	1.1 Piano Triennale delle Attività 2015-2017
7	1.1.1 <i>La programmazione dell'attività dell'Azienda negli anni precedenti</i>
8	1.1.2 <i>La programmazione pluriennale</i>
8	1.1.3 <i>Lo scenario di riferimento</i>
12	1.2 Analisi di contesto
17	1.3 I Risultati Complessivi Aziendali anni precedenti
20	1.4 Il Modello Funzionale e Organizzativo di base adottato
20	1.4.1 <i>Analisi dell'esistente</i>
20	1.4.2 <i>L'assetto strutturale della ASL di Foggia</i>
21	1.4.3 <i>L'Integrazione fra Ospedali e l'Interazione fra Ospedale e Territorio per assicurare la Continuità dell'Assistenza</i>
24	1.5 Il Piano Triennale delle Assunzioni
26	1.6 Il Piano Triennale degli investimenti strutturali
26	1.6.1 <i>Gli interventi previsti per gli anni 2015-2017</i>
33	1.7 Il Documento Valutazione Rischi
34	1.8 Interventi prioritari per la sicurezza che verranno realizzati nel 2015-2017
35	1.9 Istituzione del libro dei cespiti
36	1.10 Il Piano Operativo Screening Oncologici
50	1.11 Infrastruttura Informatica: stato dell'arte e Programmazione
62	1.12 Il Piano Aziendale della Formazione 2015
67	1.13 Il Piano Triennale Aziendale di Comunicazione Pubblica e Istituzionale
71	1.13.1 <i>La Pianificazione Triennale Aziendale</i>
76	1.13.2 <i>La Programmazione Annuale Aziendale di</i>

Comunicazione Pubblica e Istituzionale

- 78 **1.13.3 Piano Economico Annuale**
- 80 **1.14 Aggiornamento della Carta dei Servizi e rilevazione della qualità percepita dai cittadini**
- 81 **1.14.1 Indagine sul gradimento dei servizi e delle prestazioni**
- 82 **1.15 La definizione degli Obiettivi del Piano triennale della ASL di Foggia**
- 86 **1.16 Sintesi degli obiettivi prioritari per la ASL FG per il triennio 2015/2017**

CAPITOLO

II

Programmazione per Obiettivi 2015/2016

- 89 **2.1 Obiettivi di Equipe**
- 90 **2.1.1 Indici di Riferimento**
- 90 **2.1.2 La costruzione degli Standard Interni**
- 91 **2.1.3 Standard di riferimento per la Programmazione 2015/2016 dell'ASL FG**
- 92 **2.1.4 Definizione dei criteri e della metodologia per la valutazione dei risultati**
- 93 **2.2 Lo strumento del Benchmarking**
- 93 **2.2.1 La metodologia del Benchmarking**
- 93 **2.2.2 Benchmarking e P.D.C.A.**
- 94 **2.2.3 Le logiche del Benchmarking**
- 95 **2.3 I dati necessari per la valutazione a consuntivo degli obiettivi prioritari della ASL di Foggia per il triennio 2015 - 2017**
- 96 **2.4 Il Programma Annuale delle Attività 2015-2016**
- 98 **2.5 Sintesi degli incontri del Comitato di Budget con le Direzioni Operative e di supporto Tecnico-Amministrativo**

Pianificazione Strategica

Introduzione

Rapporto tra programmazione sanitaria regionale, Piani Attuativi Locali (PAL), Piano Annuale delle Attività (PAA), Programma delle Attività Territoriali (PAT) e Bilancio Pluriennale di Previsione

Si tratta di documenti ufficiali nei quali la Direzione Strategica disegna il futuro dell'Azienda e ne pianifica gli obiettivi da raggiungere, secondo una scala di priorità, compatibilmente con i bisogni del territorio di riferimento e delle risorse disponibili.

La pianificazione degli obiettivi o "Pianificazione Strategica" si sviluppa in un arco temporale di medio e lungo termine (3/5 anni) in modo da consentire all'intera organizzazione di programmare, nei tempi e nei modi più opportuni, le azioni di miglioramento necessarie per realizzare quanto concordato.

Le scelte degli indirizzi e delle priorità aziendali sono il risultato di un insieme coordinato e condiviso di Piani, Programmi e Progetti, nel contesto di un quadro "globale" di programmazione dell'Assistenza Sanitaria e SocioSanitaria.

Le strategie per il governo locale del complesso sistema dei servizi sanitari sono espresse nei Piani adottati dal Direttore Generale.

1. Il Piano Attuativo Locale è uno strumento di pianificazione strategica riferito allo spazio temporale di tre anni, che determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche di medio-lungo termine dell'intera struttura organizzativa aziendale, coordinando e integrando le attività delle Macrostrutture, delle Strutture Complesse e loro articolazioni e delle Strutture Semplici di livello Dipartimentale.

Il Piano Annuale delle Attività è lo strumento di programmazione riferito allo spazio temporale di un anno, che individua gli obiettivi a medio e breve termine e le risorse che necessarie per raggiungerli.

2. Il Programma delle Attività Territoriali si articola sul principio di intersettorialità degli interventi e normalmente contiene:

- la previsione della localizzazione dei servizi;
- la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda e dei Comuni.

3. Il Bilancio Pluriennale di Previsione rappresenta la traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali del Piano Attuativo Locale e degli altri strumenti della pianificazione e programmazione adottati dall'Azienda.

Ha una durata corrispondente a quella del Piano Attuativo Locale ed è aggiornato annualmente per scorrimento.

Il Bilancio Pluriennale di Previsione, nello specifico:

- Rappresenta, in particolare, gli investimenti e la loro copertura finanziaria;
- È redatto sulla base dello schema del bilancio pluriennale di previsione;
- È articolato per esercizio, con separate indicazioni dei servizi socio-assistenziali, ed è aggiornato annualmente.

Le scelte devono risultare dall'elaborazione effettuata dal Collegio di Direzione dell'Azienda, sulla base degli indirizzi sanciti dalla Conferenza Sanitaria Territoriale,

nel rispetto dei principi e degli obiettivi dei Piani Sanitari Nazionali, del Piano di Salute Regionale e di tutti gli altri atti di programmazione adottati dalla Regione.

I tempi e le traiettorie relativi alla programmazione dell'Assistenza Sanitaria e SocioSanitaria sono dettati dalle norme e dai regolamenti regionali come ratificato all'interno dell'Atto Aziendale.

Tuttavia è stato necessario avviare un percorso di condivisione e di "ribaltamento" degli obiettivi regionali assegnati alle direzioni strategiche aziendali.

L'urgenza è stata dettata dall'avvicendamento della Direzione Generale e dal delicato periodo storico che il Servizio Sanitario Nazionale prima e quello regionale, conseguentemente, stanno attraversando.

Questo documento, pertanto, è stato redatto con l'obiettivo specifico di segnare una nuova traiettoria di governo delle risorse e della qualità dei servizi e delle prestazioni offerte; ma è anche l'atto propedeutico a tutto il complesso processo di pianificazione e programmazione aziendale che ci vedrà impegnati in un prossimo futuro a riorganizzare, in modo partecipato, la rete complessiva dei Servizi Sanitari e SocioSanitari della nostra ASL.

Questo documento, inoltre, come tutti gli atti di pianificazione e programmazione aziendale che ci accingiamo a scrivere, adottare ed implementare, devono coordinarsi, inoltre, col Piano Sociale di Zona, in modo da favorire le sinergie con lo stesso, e con il Programma delle attività territoriali di ciascun Distretto SocioSanitario.

Per la realizzazione delle finalità legate alla programmazione disegnata all'interno del processo di *Budgeting Interno* sono stati introdotti strumenti di misura e valutazione delle attività sanitarie e SocioSanitarie attraverso indicatori di processo e di esito, sulla base delle linee guida e degli obiettivi regionali.

L'obiettivo gestionale e di governo delle risorse è legato al processo di pianificazione e programmazione aziendale e prevede, anche se in forma iniziale e parziale tutte le fasi che successivamente saranno approfondite e sviluppate all'interno del Piano Attuativo Locale:

- Le fasi del processo di Pianificazione Strategica della ASL;
- Diagnosi situazione di partenza;
- Il modello organizzativo in fase di costruzione;
- Piano delle Azioni;
- Piano degli Obiettivi;
- Piano degli Investimenti.

Vito Piazzolla
Commissario Straordinario

Piano Triennale delle Attività

2015-2017

1.1 Piano Triennale delle Attività 2015-2017

Il piano di attività per il triennio 2015-2017 è stato elaborato con riferimento ai compiti previsti dal D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., in collegamento con gli atti di indirizzo regionale, soprattutto con il Programma Operativo 2013-2015 e Patto della Salute 2014-2016.

Nel Triennio 2015-2017 la ASL FG deve continuare ad assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e quindi la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione anche attraverso la sua funzione di committenza presiedendo alla negoziazione e stipula gli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni che garantiscono la compatibilità tra il piano annuale delle attività e le risorse disponibili.

Nella stessa direzione si orienta il DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 - *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*.

Nel Decreto si prevede di aumentare la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'uso appropriato delle risorse, concentrando le attività dell'ospedale nei confronti di patologie *“ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso”*.

Dovrà, inoltre, continuare ad essere considerato centrale il tema dell'equità perché il diritto alla salute possa essere concretamente garantito nella stessa misura anche nelle aree svantaggiate ed garantire che gli interventi devono essere distribuiti su tutto il territorio provinciale in modo corretto per soddisfare i bisogni che emergono dai dati epidemiologici.

Grande impulso dovrà continuare ad avere lo sviluppo dell'appropriatezza, quale fattore di ottimale risposta al bisogno di salute del cittadino e di corretta allocazione delle risorse.

In generale si intende adottare una programmazione per Obiettivi quale risultato di una serie di indicazioni che, a cascata, dal Governo Regionale arrivi ad orientare la programmazione delle strutture aziendali.

1.1.1 La programmazione dell'attività dell'Azienda negli anni precedenti

La Programmazione annuale degli Obiettivi ha come base di partenza i risultati conseguiti nella gestione degli anni precedenti.

L'analisi dei risultati conseguiti è stata compiuta sull'andamento complessivo di gestione e solo su alcuni dati certi (ufficiali) dell'Azienda relativi agli esercizi precedenti.

Le attività programmate nei piani precedenti hanno riguardato, soprattutto, compiti previsti dalle leggi istitutive delle Aziende Sanitarie Locali e quelli in seguito affidati attraverso norme e/o specifici atti di Giunta Regionale.

Si fa riferimento, pertanto, a quanto ratificato dalla Direzione Generale precedente attraverso i Piani e i Programmi relativi agli anni 2012-2015.

Si fa riferimento, inoltre, a quanto previsto dal Programma Operativo 2013/2015 e dal Patto per la Salute 2015-2016 per la parte ancora compatibile con gli orientamenti ed indirizzi del nuovo governo regionale.

Attualmente l'ASL di Foggia ha bisogno di consolidare il suo ruolo di Ente strumentale della Regione Puglia dotato di personalità giuridica e di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile.

Per fare questo è necessario delineare meglio la funzione di "supporto tecnico-operativo" che attualmente l'Azienda svolge a favore della Programmazione Sanitaria Regionale.

Sicuramente una più opportuna definizione del ruolo e delle funzioni dell'Azienda saranno possibili attraverso lo studio del "Modello Organizzativo e Funzionale" che saranno sancite attraverso l'Atto Aziendale.

1.1.2 La programmazione pluriennale

La nostra programmazione pluriennale si basa sul processo di sviluppo gestionale che tende a definire le traiettorie da marcare in modo chiaro e sostenibile per conseguire gli obiettivi strategici ed individuare la consistenza e la qualità delle risorse da impegnare.

Il Piano è quindi uno strumento destinato a guidare le scelte dell'ASL del triennio 2015-2017, con logiche e tecniche di intervento armoniche e non improvvisate.

Si vuole identificare con maggiore chiarezza le criticità da superare e prevedere azioni di sviluppo specifiche, mirate, condivise, tese a rilanciare l'ASL di Foggia.

1.1.3 Lo scenario di riferimento

La programmazione dell'attività dell'Azienda negli anni precedenti ha fatto riferimento sia al contesto nazionale (in termini di evidenza delle condizioni demografiche e sociosanitarie con conseguenti bisogni di salute) sia al contesto regionale, con particolare riferimento alla programmazione.

I principi della programmazione sanitaria erano già stati individuati con la Legge Regionale n. 25/06 e alcuni interventi programmatori inseriti nella legge regionale n. 26/06.

Da alcuni anni, il quadro epidemiologico nazionale e regionale è sempre più caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dall'alta prevalenza delle patologie cronico-degenerative spesso legate agli stili di vita ed alle condizioni di lavoro che determinano sempre maggiori disabilità e implicazioni sociosanitarie correlate alla non autosufficienza.

Il Programma Operativo della Regione Puglia 2013-2015

Il Programma Operativo della Regione Puglia 2013-2015 si inserisce all'interno del più ampio dibattito sviluppatosi in questi anni sulla scena politica regionale e nazionale sui temi "caldi" della sanità, prefigurando una condizione di equilibrio accettabile tra la soddisfazione dell'universo dei bisogni socio-sanitari dei cittadini e le risorse, a difesa della sostenibilità delle politiche di welfare nella nostra regione.

Tra le tematiche affrontate nel Programma Operativo è opportuno evidenziare:

- a.** Intervento sui contesti che influenzano le condizioni di salute di una popolazione (determinanti di salute) allo scopo di modificarli.

Tra questi:

- fattori socio-economici: condizione economica, condizione occupazionale, condizione sociale;
- fattori ambientali: qualità dell'aria, delle acque, degli alimenti, dell'abitato, contesto socio culturale;
- stili di vita: alimentazione, attività fisica, dipendenze, attività sessuale, uso/abuso di farmaci, tempo libero;
- condizioni di accesso ai servizi: istruzione, assistenza sanitaria, servizi sociali, trasporti.

b. Lo spostamento del baricentro del sistema dal macrolivello ospedaliero a quello territoriale.

E' dal punto di vista dell'assistenza territoriale che si gioca, infatti, la principale scommessa del Programma Operativo, che identifica chiaramente nel Distretto la sede di risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità (in un'ottica di reale presa in carico globale dei bisogni di salute dei cittadini). Si punta esplicitamente sul rilancio organizzativo-gestionale dei distretti socio-sanitari per metterli nella condizione di "intercettare" in maniera adeguata la domanda di salute, limitando così ai soli pazienti "acuti" il ricorso al ricovero ospedaliero (con conseguente aumento dei relativi livelli di appropriatezza e contenimento dei tempi di attesa).

All'interno di questo complesso processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale il ruolo dei medici e pediatri di famiglia diviene strategico.

Sulla base di tali valutazioni il Programma Operativo considera prioritario, ai fini di un rilancio della funzione e della qualità dell'assistenza territoriale, il potenziamento della rete dei servizi, in termini di risorse umane, strutturali e strumentali, con particolare riferimento a:

- ottimizzazione dei servizi distrettuali in risposta ai bisogni crescenti della popolazione più fragile e alla rifunzionalizzazione dell'intero sistema dell'offerta;
- Incrementare i servizi attivati negli ex stabilimenti ospedalieri riconvertiti (Presidi Territoriali di Assistenza) e sviluppare forme innovative secondo il modello multidisciplinarietà e multi professionalità finalizzata alla copertura assistenziale h24, in particolare modo attraverso la promozione di forme evolute di collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari (in particolare Medici Specialisti ambulatoriali, Infermieri e Fisioterapisti),

c. Attenzione alla gestione delle principali condizioni di fragilità tra cui:

- la popolazione carceraria;
- le persone diversamente abili;
- le persone con patologie psichiatriche;
- le dipendenze patologiche;
- la popolazione anziana;
- il paziente oncologico;

- le fragilità collettive: i fattori di rischio occupazionali e ambientali; salute e ambiente; le aree a rischio di crisi ambientale.

d. Il Programma dedica, inoltre, ampio spazio a:

- Revisione dell'offerta ospedaliera ed adeguamento della stessa ai bisogni della popolazione di riferimento;
- Verificare che le risorse umane in dotazione presso i Presidi Territoriali di Assistenza siano adeguatamente utilizzate anche in loco, ma in maniera coerente rispetto ai bisogni territoriali, favorendone la riconversione anche attraverso processi formativi ad hoc;
- Potenziare l'offerta dell'assistenza alla persona non autosufficiente attraverso i servizi distrettuali, con specifico riferimento all'assistenza domiciliare integrata e alla rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali a medio-bassa intensità assistenziale e sociosanitari per qualificare il percorso delle dimissioni protette ed accrescere il grado di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri anche rispetto alla riduzione della durata dei ricoveri”;
- Sostenere la presa in carico delle persone fragili ed affette da patologie croniche attraverso il modello assistenziale multi professionale e multidisciplinare (Chronic Care Model);
- Sviluppare un forte intervento, politico e tecnico, per avviare forme di promozione attiva della salute intervenendo sugli stili di vita salutari (in ambito scolastico, con gli Enti e le comunità locali, con le Associazioni sportive, dei pazienti e del volontariato);
- Incrementare l'adesione della popolazione ai programmi di screening per la prevenzione del Carcinoma della Cervice Uterina, della Mammella e del Colon Retto;
- Miglioramento in termini di completezza e qualità e dei flussi informativi NSIS;
- Potenziare il sistema costante di monitoraggio sullo stato di attuazione dei LEA;
- Realizzazione di quanto previsto dall'art. 50 del D.L. 269/2003 e relativi decreti attuativi (ricetta elettronica, ricetta de materializzata, verifica esenzioni);
- Intensificazione della attività di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso le UVAR;
- Manutenzione periodica delle Carte dei servizi e rilevazione e valutazione periodica della qualità percepita dai cittadini;
- Sviluppo reti assistenziali per intensità di cure:
 - Rete IMA;
 - Rete Stroke;
 - Rete Trauma;
 - Rete Oncologica;
- Definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) relativamente a malattie cronico degenerative (BPCO-Asma,

Cardiovascolari, Oncologici, malattie metaboliche) e attivazione di specifici percorsi diagnostico/assistenziali per le malattie ambiente-correlate.

Patto per la Salute 2014-2016

È importante, altresì, far riferimento alle indicazioni di principio e alcuni obiettivi fondamentali contenuti nel Patto per la Salute 2014-2016, sancito con l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014.

Si tratta di linee di indirizzo che incidono nella fase di programmazione triennale aziendale e che, tra le altre, prevede:

- la sostenibilità del SSN di fronte alle nuove sfide: l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata, per garantire equità e universalità del sistema e i Lea in modo appropriato e uniforme;
- la riorganizzazione degli ospedali, il potenziamento della medicina del territorio attraverso la creazione di una rete d'assistenza molto più efficiente e capillare ed evitare l'intasamento dei grandi ospedali;
- la riorganizzazione della medicina del territorio con ruoli da protagonisti per i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacie di servizio;
- la revisione, a livello regionale, delle dimensioni delle aziende sanitarie, in un'ottica di razionalizzazione e di efficienza, prevedendo anche funzioni sovrazionali per: acquisti, gestione amministrativa generale e del personale, sistemi informatici e tecnico-professionali;
- considerare la salute non come fonte di costo, ma come investimento economico e sociale;
- l'umanizzazione delle cure e' il fulcro del nuovo Patto.

Nel contesto attuale e con riferimento a quanto riportato in premessa, questa Direzione Strategica intende disegnare un Piano triennale ed attuare un Programma Annuale delle Attività consapevole della necessità di rendere gli obiettivi flessibili ed adattabili in relazione all'evoluzione dello scenario normativo nazionale e regionale.

Questo documento rappresenta, comunque, il primo passo verso una più adeguata programmazione e la nascita di una cultura gestionale attenta agli obiettivi Quali-Quantitativi assegnati e ai risultati da perseguire, in modo da innescare nel contesto organizzato un meccanismo virtuoso di miglioramento complessivo dell'Azienda.

1.2 Analisi di contesto

Il territorio provinciale è caratterizzato da una forte frammentazione di comunità comunali (61 comuni) inserite in tre aree territoriali disomogenee che presentano, tra l'altro, forti punti di debolezza legati alla infrastrutturazione delle vie di comunicazione.



1.13.3 Elenco Comuni Provincia di Foggia

Posiz.	Comune	Residenti	Densità per kmq	N. Famiglie
1.	Foggia	152.747	300,8	55.922
2.	Cerignola	59.103	99,5	20.023
3.	Manfredonia	57.455	161,0	18.891
4.	San Severo	55.321	166,0	19.822
5.	Lucera	34.513	101,9	12.322
6.	San Giovanni Rotondo	27.327	105,3	10.052
7.	Orta Nova	17.868	172,1	6.122
8.	Torremaggiore	17.434	83,6	6.144
9.	San Nicandro Garganico	16.054	93,0	6.496
10.	San Marco in Lamis	14.444	62,0	4.698
11.	Vieste	13.963	83,4	5.126
12.	Apricena	13.694	79,9	5.223
13.	Monte Sant'Angelo	13.221	54,5	4.834
14.	Vico del Gargano	7.982	72,2	3.055
15.	Cagnano Varano	7.663	48,2	3.007

16.	Troia	7.411	44,3	2.781
17.	Carapelle	6.527	262,6	2.327
18.	Mattinata	6.523	89,6	2.587
19.	Lesina	6.397	40,0	2.611
20.	Ascoli Satriano	6.390	19,1	2.433
21.	San Paolo di Civitate	6.018	66,4	2.263
22.	Stornarella	5.137	151,7	1.830
23.	Stornara	5.114	152,0	1.760
24.	Peschici	4.411	90,2	1.568
25.	Ischitella	4.401	50,4	1.918
26.	Carpino	4.380	53,1	1.864
27.	Serracapriola	4.106	28,7	1.291
28.	Deliceto	3.947	52,2	1.657
29.	Rodi Garganico	3.673	277,6	1.542
30.	Bovino	3.574	42,5	1.540
31.	Zapponeta	3.465	86,5	1.225
32.	Orsara di Puglia	2.990	36,4	1.356
33.	Biccari	2.893	27,2	1.173
34.	Poggio Imperiale	2.835	54,1	1.194
35.	Pietramontecorvino	2.765	38,9	1.119
36.	Candela	2.753	28,7	1.086
37.	Ortona	2.720	68,1	987
38.	Accadia	2.481	81,4	1.077
39.	Rignano Garganico	2.216	24,9	946
40.	Sant'Agata di Puglia	2.149	18,6	1.020
41.	Castelluccio dei Sauri	2.144	41,8	849
42.	Rocchetta Sant'Antonio	1.982	27,6	825
43.	Casalvecchio di Puglia	1.978	62,4	845
44.	Volturino	1.800	31,0	837
45.	Chieuti	1.772	29,1	784
46.	Anzano di Puglia	1.759	158,2	702
47.	Celenza Valfortore	1.741	26,2	752
48.	Casalnuovo Monterotaro	1.697	35,3	796
49.	Castelnuovo della Daunia	1.578	25,9	685
50.	Castelluccio Valmaggiore	1.370	51,4	576
51.	Roseto Valfortore	1.205	24,2	577
52.	San Marco la Catola	1.108	39,0	523
53.	Monteleone di Puglia	1.085	30,1	493
54.	Carlantino	1.079	31,5	537
55.	Alberona	1.012	20,5	468
56.	Panni	865	26,5	407
57.	Motta Montecorvino	798	40,5	383
58.	Faeto	643	24,6	299
59.	Volturara Appula	496	9,6	259
60.	Isole Tremiti	486	155,3	267
61.	Celle di San Vito	173	9,5	102
Totali		640.836		234.858

Le aree territoriali su richiamate possono individuarsi rispettivamente con i territori dei Monti Dauni, Tavoliere delle Puglie e Gargano.

Benché sovrapposte, i confini distrettuali provinciali ricalcano le divisioni territoriali richiamate. In particolare i Distretti SocioSanitari di Lucera e Troia ricoprono il territorio dei Monti Dauni. Cerignola, Foggia e San Severo comprendono il territorio del tavoliere con inclusioni alle pendici del Gargano. San Marco in Lamis, Vico del Gargano e Manfredonia corrispondono al territorio garganico.

Su base provinciale la divisione in classi di età e sesso, sulla base dei residenti al 2015, risultano:

Clas	Età	Maschi		Femmine		Totale	
			%		%		%
1.	0-4	14.431	51,4%	13.628	48,6%	28.059	4,4%
2.	5-9	16.155	51,3%	15.310	48,7%	31.465	5,0%
3.	10-14	17.708	51,3%	16.841	48,7%	34.549	5,5%
4.	15-19	18.707	51,6%	17.542	48,4%	36.249	5,7%
5.	20-24	20.313	51,8%	18.924	48,2%	39.237	6,2%
6.	25-29	19.749	50,8%	19.130	49,2%	38.879	6,1%
7.	30-34	19.510	50,3%	19.246	49,7%	38.756	6,1%
8.	35-39	21.750	50,3%	21.453	49,7%	43.203	6,8%
9.	40-44	22.775	49,4%	23.362	50,6%	46.137	7,3%
10.	45-49	24.029	49,5%	24.543	50,5%	48.572	7,7%
11.	50-54	22.264	48,8%	23.361	51,2%	45.625	7,2%
12.	55-59	19.240	48,0%	20.852	52,0%	40.092	6,3%
13.	60-64	17.600	48,7%	18.561	51,3%	36.161	5,7%
14.	65-69	17.217	47,9%	18.718	52,1%	35.935	5,7%
15.	70-74	12.696	46,6%	14.525	53,4%	27.221	4,3%
16.	75-79	11.276	43,7%	14.514	56,3%	25.790	4,1%
17.	80-84	7.830	40,1%	11.674	59,9%	19.504	3,1%
18.	85-89	4.417	36,4%	7.726	63,6%	12.143	1,9%
19.	90-94	1.653	31,4%	3.619	68,6%	5.272	0,8%
20.	95-99	254	30,9%	567	69,1%	821	0,1%
21.	100+	38	22,5%	131	77,5%	169	0,0%
Totali		309.612	48,8%	324.227	51,2%	633.839	

Queste brevissime considerazioni servono a dare un'idea delle particolarità del territorio gestito dall'ASL FG che rende particolarmente complicata la gestione dell'organizzazione sanitaria.

Il modello a cui far riferimento prevede che l'ASL FG si occupi di erogare le prestazioni relative all'Assistenza Distrettuale e all'Assistenza Sanitaria Collettiva.

L'assistenza ospedaliera, invece, viene garantita attraverso:

- i quattro Presidi Ospedalieri a gestione diretta dell'Azienda (che erogano circa il 20% delle prestazioni a favore dei residenti della Provincia);
- l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Foggia e l'Ente Ecclesiastico IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (che erogano circa il 68% delle prestazioni a favore dei residenti della Provincia);
- l'Ospedalità privata (che eroga circa il 12% delle prestazioni a favore dei residenti della Provincia).

L'ASL, quindi, assume il doppio ruolo di fornitore di prestazioni ospedaliere attraverso i suoi presidi e di finanziatrice di tutte le prestazioni ospedaliere erogate a favore dei pazienti che risiedono nel suo territorio.

La Regione Puglia è stata impegnata per il triennio 2010-2012 nella realizzazione del Piano di Rientro, approvato con una Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010.

Il Piano di Rientro ha previsto la riconversione di n. 22 plessi ospedalieri e la contemporanea attivazione o potenziamento, sui relativi territori, di Presidi Territoriali di Assistenza e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, secondo modalità alternative al ricovero ospedaliero.

La scelta della Regione Puglia è stata di mettere mano ai sistemi organizzati che si intrecciano *nella rete di protezione sanitaria e socio-sanitaria* in fase di costruzione a seguito del Piano Regionale di Salute e del Programma Operativo 2013-2015.

Si tratta di scrivere o riscrivere regole chiare e condivise che assicurino la produzione di outcome di qualità e sicurezza facilmente riconoscibili da parte del singolo cittadino e dell'intera comunità.

La chiusura dei piccoli, nel nostro caso anche piccolissimi ospedali, genera tensioni nelle comunità che vanno superate comunicando l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico:

- sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza;
- costruendo dentro le comunità e nei luoghi dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.;
- promuovendo la prevenzione.

I tre macro livelli di assistenza, Sistema Territoriale, Sistema Ospedaliero, e Sistema della Prevenzione, dovrebbero poter contare e ottimizzare la propria programmazione nazionale, ma soprattutto regionale e locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti percentualmente previsti (44% Ospedale, 5% prevenzione, 51% servizi distrettuali).

La certezza dei finanziamenti è una delle questioni determinanti su cui la Regione Puglia è fortemente impegnata per il consolidare della *Rete* e il protagonismo territoriale. Attualmente attraverso il Programma Operativo 2013 – 2015.

Sono necessari provvedimenti chiari, forti, e stabili. Anche prevedendo, a livello locale, soluzioni radicali di separazione gestionale e amministrativa tra Sistema dell'offerta Territoriale e Sistema dell'offerta Ospedaliera, in modo da assegnare ai due risorse definite e finalizzate a obiettivi LEA sostenibili e chiari.

Vi è comunque l'urgenza di attuare il **Programma Operativo** della fase di reingegnerizzazione e riorganizzazione dell'intero sistema di assistenza territoriale distrettuale che prevede di governare i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione

mirando ad una forte **interazione** tra Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera.

La logica della multidisciplinarietà, della multiprofessionalità e del lavoro d'equipe, con il coinvolgimento di nuove figure professionali, diventa la modalità sovrana da implementare e sviluppare con determinazione in quanto tale approccio è l'unico in grado di presentarsi come "corpo unitario" di saperi e di esperienze professionali per una risposta organica alla domanda di salute.

Al situazione critica che la Puglia attraversa ci propone una importante sfida: ridare profondità al concetto di salute.

Vi è, pertanto, l'urgenza di avviare nuovi modelli organizzativi di Servizi alla Persona, per promuovere forme alternative al ricovero ospedaliero su tutto il territorio regionale.

Il Regolamento Regionale n. 6 del 18 Aprile 2011, in attuazione alla L.R. n. 25/2006 e alla L.R. n. 26/2006, prevede che "la Direzione di Distretto Socio Sanitario si avvale, tra i livelli organizzativi e funzioni di staff individuati, anche del Servizio infermieristico e ostetrico (art. 34 L.R. n. 26/2006)".

In questo contesto, il Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale diventa il fulcro del processo di presa in carico della persona in quanto svolge la funzione di assicurare la continuità delle cure e delle pratiche assistenziali integrandosi con tutte le professionalità, di favorire l'integrazione dei diversi percorsi di cura ed educativi, di promuovere e valorizzare i nuovi modelli organizzativi, assistenziali ed i programmi di attività orientati alla centralità del paziente.

1.3 I Risultati Complessivi Aziendali anni precedenti

La Programmazione annuale degli Obiettivi ha come base di partenza i risultati conseguiti nella gestione degli anni precedenti.

L'analisi è stata effettuata sull'andamento complessivo degli ultimi 3 anni di gestione (periodo 2012-2014), sulle risorse disponibili e sulla base del contesto demografico, epidemiologico, strutturale ed organizzativo.

Il bilancio di previsione per l'esercizio 2015 e per il biennio successivo evidenzia un sostanziale pareggio, sulla scia, anche, dei risultati economici raggiunti nel triennio precedente.

Considerate le esigenze per investimenti tecnologici e in risorse umane affinché le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda siano nelle condizioni di erogare i livelli di assistenza in linea con gli standard regionali, si è specificato, già in sede di previsione, che l'equilibrio economico-finanziario potrà essere garantito esclusivamente a fronte di una più congrua assegnazione da parte della Regione Puglia del FSR 2015/2016.

Bilancio di Previsione 2015				
Dati economici e livelli di assistenza	Prevenzione	Assistenza Territoriale	Assistenza Ospedaliera	Totale
Quota di finanziamento	44.476.927,00	576.842.409,29	450.075.363,71	1.071.394.700,00
Altri componenti positivi	0,00	58.018.559,52	5.573.059,27	63.591.618,79
Totale	44.476.927,00	634.860.968,81	455.648.422,98	1.134.986.318,79
Costi Operativi	37.671.132,62	492.160.104,99	208.957.055,53	738.788.293,14
Altri componenti negativi	1.076.251,18	16.746.549,99	14.036.061,74	31.858.862,91
Totale	38.747.383,80	508.906.654,98	222.993.117,27	770.647.156,05
Mobilità attiva	0,00	4.758.395,00	7.250.753,00	12.009.148,00
Mobilità passiva	0,00	94.005.577,00	282.335.641,00	376.341.218,00
Saldo mobilità	0,00	-89.247.182,00	-275.084.888,00	-364.332.070,00
Risultato dell'esercizio (previsto)	5.729.543,20	36.707.131,83	-42.429.582,29	7.092,74
Totale costi	38.747.383,80	602.912.231,98	505.328.758,27	1.146.988.374,05
Situazione rilevata (a)	3,38	52,56	44,06	100,00
Obiettivi Regionali % LEA (b) (*)	5,00	51,00	44,00	100,00
Differenza (a - b)	-1,62	1,56	0,06	0,00
(*) Fonte DGR.751/2014				

Nello specifico delle attività produttive, nell'anno 2015 è previsto che la domanda degli assistibili, nei limiti di quanto le leggi vigenti pongono a carico del S.S.R., per oneri e competenza, sia interamente soddisfatta nel rispetto dell'equilibrio di bilancio e dei livelli di assistenza:

- Assistenza sanitaria in ambienti di vita e di lavoro;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera.

Nel prospetto che segue, sulla base della DGR n. 867 del 29 aprile 2015 (che contiene la ripartizione del FSR tra le diverse Aziende Sanitarie anno 2014) si rileva che il consistente incremento della quota procapite pesata a seguito del riequilibrio e delle altre disponibilità finanziarie assegnate, è solo una suggestione perché, al netto dello sbilancio per mobilità passiva, l'ASL FG dispone di una quota procapite netta pari ad € 1.093,85 (inferiore di € 189,84 alla quota procapite media regionale calcolata sul finanziamento netto). Sebbene con incidenza e valori assoluti diversi, nella stessa situazione troviamo la ASL di Bari con quota procapite netta pari ad € 1.166,51 (€ 117,18 in meno rispetto alla quota procapite media regionale calcolata sul finanziamento netto). Le altre ASL hanno tutte una quota procapite netta superiore alla media regionale.

Azienda Sanitaria	Popol.	Quota base pesata	Disponibilità finanziarie lorde	Disponibilità finanziarie nette	Quota procapite su QBP	Quota procapite su DFL	Quota procapite su DFN
BARI	1.261.964	1.815.528.535,00	1.869.528.535,00	1.472.089.009,00	1.438,65	1.481,44	1.166,51
BT	393.769	559.409.015,00	595.909.015,00	509.307.450,00	1.420,65	1.513,35	1.293,42
BRINDISI	401.652	581.763.822,00	632.963.822,00	565.682.886,00	1.448,43	1.575,90	1.408,39
FOGGIA	635.344	913.882.318,00	1.050.882.318,00	694.970.541,00	1.438,41	1.654,04	1.093,85
LECCE	807.256	1.176.753.377,00	1.291.753.377,00	1.160.589.320,00	1.457,72	1.600,18	1.437,70
TARANTO	590.281	850.729.319,00	929.979.319,00	847.977.210,00	1.441,23	1.575,49	1.436,57
Totali	4.090.266	5.898.066.386,00	6.371.016.386,00	5.250.616.416,00	1.441,98	1.557,60	1.283,69

Il pesante saldo in mobilità passiva è determinato da che la provincia di Foggia paga la sua posizione di provincia di confine e, soprattutto, la presenza nel suo territorio di due grossi istituti di ricovero (Casa Sollievo della Sofferenza e l'Azienda Ospedaliera/Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia) che, per l'attrazione esercitata, oltre ad incrementare l'offerta ed il conseguente consumo di prestazioni, spingono in posizione marginale le strutture aziendali spesso carenti (per gli organici insufficienti) negli aspetti più qualificanti: accoglienza, tempestività e qualità percepita. In effetti, fatto pari a cento il tasso di ospedalizzazione, solo il 20% dei ricoveri è erogato da strutture dell'Azienda.

Sebbene sia stato previsto, anche per l'esercizio in corso, un bilancio che chiude con un sostanziale equilibrio economico (risultato conseguito negli ultimi tre esercizi), la situazione, dal punto di vista dell'offerta complessiva, richiede ulteriori risorse da destinare ai servizi territoriali e di supporto.

Maggiori disponibilità consentirebbero lo sviluppo di un migliore assetto organizzativo con sicuri ritorni economici in termini di riduzione dei ricoveri e riduzione della mobilità passiva (che incide per l'80% del loro valore).

È di tutta evidenza che, attraverso tali azioni, nel biennio 2016/2017 sarà possibile accedere a fasi di sviluppo occupazionale a favore del territorio Foggiano.

Ciò detto, si procederà all'utilizzo di tutte le opportunità rivenienti dal nuovo assetto aziendale e dalla nuova dotazione organica che consentirà di incrementare e riorganizzare gli organici, nella misura prevista dall'attuazione del "Piano Triennale delle Assunzioni", al fine di sostenere il potenziamento dell'assistenza sanitaria con particolare attenzione:

- Al completo adeguamento dell'emergenza 118 agli standard regionali;
- Al potenziamento dell'ADI con presa in carico, a regime, di 4 assistibili ogni 1000 abitanti;
- Alla revisione (e potenziamento) dell'attuale organizzazione territoriale, soprattutto della specialistica ambulatoriale.

I possibili risultati da conseguire anche per effetto degli obiettivi qualitativi e quantitativi assegnati alle Strutture contribuiranno a migliorare il rapporto con l'utenza fidelizzandola alle strutture aziendali.

1.4 Il Modello Funzionale e Organizzativo di base adottato

1.4.1 Analisi dell'esistente

Sulla base dell'analisi delle attività che la ASL FG svolge e si appresta a consolidare anche in previsione di una ulteriore evoluzione normativa regionale, non è più differibile una adeguata rifunzionalizzazione, in termini di Risorse Umane, di tutte le Strutture della ASL.

Questa Direzione per fare fronte alle criticità funzionali, sulla scorta del documento di riorganizzazione funzionale e strutturale, ha in fase di elaborazione una Dotazione Organica che permette di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e quindi la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione.

Il costo complessivo, a regime con la totale copertura dei posti previsti, da attuare secondo un piano triennale, si aggira sui 233 milioni di €uro, al lordo degli oneri riflessi e IRAP.

La Dotazione reale della ASL, alla data del 31.12.2014, sviluppava un costo complessivo e attualizzato a seguito dei rinnovi contrattuali, di circa 211 milioni di €uro, al lordo degli oneri riflessi e IRAP.

L'ASL FG ha una Dotazione Organica teorica di n. 4.200 operatori, tra dirigenti e comparto, allo stato può contare su una dotazione organica reale che si aggira intorno al 90,6%.

E' necessario, pertanto, prevedere un "Piano Triennale di Assunzioni" che porti ad avere una dotazione organica reale rispetto alla domanda di salute espressa dall'intero territorio provinciale.

1.4.2 L'assetto strutturale della ASL di Foggia

L'assetto strutturale della "nuova" ASL FG sancito dai Piani di Riordino Ospedaliero, dal regolamento regionale del 28/11/2005 n. 27, dalla L.R. del 3 agosto 2006 n. 25, dalla L.R. del 9 agosto 2006 n. 26, dal R.R. del 18 aprile 2011 n. 6, dalla D.G.R. del 4 luglio 2014 n. 1403, dalla D.G.R. del 6 maggio 2015 n. 930 e dal R.R. del 4 giugno 2015 n. 4, risulta essere il seguente:

- I Presidi Ospedalieri;
- I Distretti Socio Sanitari;
- I Dipartimenti (Ospedalieri, Territoriali e Misti);
- Le Aree.

L'assetto strutturale di base dell'Assistenza Ospedaliera della ASL FG, è il seguente:

ASL FG DI FOGGIA	
ASSETTO STRUTTURALE DI BASE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA DELLA ASL FG	
Macrostrutture Ospedaliere	Plessi Ospedalieri
1. OSPEDALE MANFREDONIA	1. MANFREDONIA
2. OSPEDALE SAN SEVERO - LUCERA	2. SAN SEVERO
	3. LUCERA
3. OSPEDALE CERIGNOLA	4. CERIGNOLA

Alla luce del recente Decreto n. 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, sarà necessario procedere alla riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera.

La finalità è quella di aumentare la qualità dell’assistenza, la sicurezza delle cure e l’uso appropriato delle risorse, concentrando le attività dell’ospedale nei confronti di patologie ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso.

Gli standard a cui far riferimento sono:

- *numero massimo di posti letto ospedalieri per acuti, considerando congiuntamente presidi pubblici e privati accreditati, viene individuato in 3 per mille abitanti (numero che viene aggiustato in base a fughe ed attrazioni extraregionali);*
- *il tasso di ospedalizzazione in 160 per mille abitanti;*
- *l’indice di occupazione posto letto tra 80% e 90%;*
- *la durata media di degenza inferiore ai 7 giorni.*

Le tipologie di Ospedale previste sono:

- *Presidi ospedalieri di base (bacino di utenza 80.000 – 150.000 abitanti);*
- *Presidi ospedalieri di I livello (bacino di utenza 150.000-300.000 abitanti);*
- *Presidi ospedalieri di II livello (bacino di utenza 600.000-1.200.000 abitanti).*

Per ogni singola specialità sono stati stabiliti i bacini di utenza.

Entra inoltre in vigore una soglia di accreditabilità: dal 1 luglio 2015 non potranno più essere sottoscritti contratti con strutture polispecialistiche accreditate con meno di 40 posti letto per acuti e allo stesso tempo non potranno venir accreditate nuove strutture polispecialistiche con meno di 60 posti letto per acuti.

Il Decreto prevede, inoltre, delle soglie minime di volume di attività (ad es. minimo 75 interventi chirurgici annui per frattura di femore per Struttura complessa) e soglie di rischio di esito (ad es. minimo 60% di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65).

1.4.3 L’Integrazione fra Ospedali e l’Interazione fra Ospedale e Territorio per assicurare la Continuità dell’Assistenza

*Le modalità di integrazione fra ospedali e fra ospedale e territorio, previste dal Decreto, sono l’applicazione delle **reti per patologia** che, quando necessario, dovranno organizzarsi secondo il modello hub & spoke.*

In Merito alla continuità ospedale-territorio, il Decreto afferma che senza un potenziamento delle strutture territoriali si avranno “forti ripercussioni sull’utilizzo appropriato dell’ospedale”. Le Regioni dovranno conseguentemente procedere, di pari passo con la ridefinizione della rete ospedaliera, a un riassetto dell’assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale.

I Distretti Socio Sanitari della ASL FG sono 8, così individuati:

ASL PROVINCIA DI FOGGIA I DISTRETTI SOCIO SANITARI			
N.	DISTRETTO SOCIO SANITARIO	COMUNI DELL' AMBITO TERRITORIALE	N. COMUNI
1.	SAN SEVERO	SAN SEVERO, TORREMAGGIORE, S.PAULO CIVITATE, SERRACAPRIOLA, CHIEUTI, LESINA, POGGIO IMPERIALE, APRICENA	8
2.	S.MARCO IN LAMIS	S.MARCO IN LAMIS, S.GIOVANNI R., SANNICANDRO GARGANICO, RIGNANO GARGANICO	4
3.	VICO DEL GARGANO	VICO, ISCHITELLA, RODI, VIESTE, PESCHICI, CARPINO, CAGNANO VARANO, ISOLE TREMITI	8
4.	MANFREDONIA	MANFREDONIA, MONTE SANT'ANGELO, MATTINATA, ZAPPONETA	4
5.	CERIGNOLA	CERIGNOLA, ORTANOVA, STORNARA, STORNARELLA, ORDONA, CARAPELLE	6
6.	FOGGIA	FOGGIA	1
7.	LUCERA	LUCERA E SUB APPENNINO SETTENTRIONALE (ALBERONA, BICCARI, CASALNUOVO MONTEROTARO, CASALVECCHIO DI PUGLIA, CASTELNUOVO DELLA DAUNIA, CELENZA VALFORTORE, CARLANTINO, MOTTA MONTECORVINO, PIETRAMONTECORVINO, S.MARCO LA CATOLA, VOLTURARA APPULA, VOLTURINO, ROSETO VALFORTORE)	14
8.	TROIA	TROIA, ACCADIA, ORSARA, ASCOLI S., BOVINO, FAETO, CASTELLUCCIO V., CELLE, ANZANO, CANDELA, CASTELLUCCIO DEI SAURI, DELICETO, MONTELEONE, PANNI, ROCCHETTA, SANT'AGATA	16

Per quanto concerne la riorganizzazione dei Distretti, l'eventuale revisione degli ambiti territoriali, è opportuno approfondire con i Rappresentanti delle Comunità Locali i tempi e le modalità di attuazione, nell'ambito delle indicazioni che la Regione dovrà emanare.

La nostra Azienda, tenuto conto dell'ospedalità in autogestione che rappresenta il 20% di tutta l'offerta erogata nella Provincia di Foggia si connota per essere profondamente a vocazione distrettuale.

Tenuto conto che si tratta di un'operazione estremamente delicata, per via delle implicazioni che questa comporta in ambito sanitario e sociosanitario e nel contesto delle Cure Primarie, questa Direzione ritiene opportuno avviare da subito un percorso di condivisione con gli ambiti territoriali, le Organizzazioni Sindacali e gli operatori coinvolti sulla scorta di dati **epidemiologici, dei servizi e delle prestazioni da assicurare, la numerosità della popolazione in rapporto alla numerosità dei comuni e non ultima la complessità orografica.**

Tutto questo in modo da proporre, nel più breve tempo possibile, all'Assessorato alle Politiche per la Salute, una organizzazione condivisa, capace di rendere più efficiente, efficace e qualitativamente elevato il sistema dell'offerta in rapporto alla complessa e crescente domanda di salute da assicurare al di fuori del circuito ospedaliero.

I Dipartimenti territoriali e misti:

- *Dipartimento di Prevenzione:*
- *Dipartimento di Salute Mentale;*

- *Dipartimento delle Dipendenze;*
- *Dipartimento di Area Critica;*
- *Dipartimento di Maternità e Infanzia;*
- *Dipartimento di Riabilitazione;*
- *Dipartimento del Farmaco.*

La funzione Amministrativa, Tecnica e Professionale è si articola nelle seguenti Aree:

1. Gestione delle Risorse Umane;
2. Gestione delle Risorse Finanziarie;
3. Gestione Tecnica;
4. Gestione del Patrimonio;
5. Servizi e Strutture di Staff.

1.5 Il Modello Piano Triennale delle Assunzioni

Il Piano assunzionale della ASL FG è possibile articolarlo per l'anno in corso relativamente alle deroghe concesse dalla Regione Puglia.

Le deroghe per le assunzioni sono state concesse a questa ASL con D.G.R. n. 2278 del 13/11/2012, n. 581 del 05/04/2013, n. 183 dell'11/03/2014 (modificata con D.G.R. n. 1711 dell'01/08/2014) secondo la tabella di seguito riportata.

Rispetto a tali deroghe, la Regione Puglia con D.G.R. n. 688 del 21/04/2015 ha previsto le assunzioni nel limite della spesa del 66,96%.

DGR. 1824 del 06/08/2014 modificata con DGR. 543 del 20/03/2015				
Profilo Professionale	Quantità	Costo medio €	n. Assunzioni	Costo medio €
Direttore Medico S.C. Ortopedia	1	146.000	1	146.000
Direttore Medico S.C. Medicina Interna	1	146.000	1	146.000
Direttore Medico S.C. Radiodiagnostica	1	146.000	0	0
Direttore Medico S.C. Pediatria	1	146.000	1	146.000
Direttore Medico S.C. Psichiatria	2	292.000	2	292.000
Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione	10	1.120.000	7	784.000
Dirigente Medico Chirurgia Generale	4	448.000	4	448.000
Dirigente Medico Psichiatria	4	448.000	4	448.000
Dirigente Medico Neuropsichiatria infantile	1	112.000	1	112.000
Dirigente Medico Neurologia	2	224.000	2	224.000
Dirigente Medico MCAU	15	1.680.000	15	1.680.000
Dirigente Medico Pediatria	4	448.000	4	448.000
Dirigente Medico Cardiologia	2	224.000	2	224.000
Dirigente Medico Nefrologia	2	224.000	2	224.000
Dirigente Medico Urologia	2	224.000	0	0
Dirigente Medico Medicina Interna	4	448.000	0	0
Dirigente Medico Medicina Trasmfusionale	2	224.000	2	224.000
Dirigente Medico Anatomia Patologica	2	224.000	2	0
Dirigente Veterinario Area A	2	224.000	2	224.000
Dirigente Farmacista	10	950.000	7	665.000
Dirigente Psicologo	4	380.000	0	0
Dirigente Biologo	2	190.000	0	0
Dirigente Servizi Infermieristici	2	190.000	2	190.000
Dirigente Sociologo	1	93.000	1	0
Infermiere Professionale	15	660.000	15	660.000
Tecnico Radiologo	5	220.000	5	220.000
Tecnico della Prevenzione	8	352.000	8	352.000
Fisioterapista	2	88.000	0	0
Altro Terapista della Riabilitazione	2	88.000	0	0
Operatore Socio Sanitario	43	1.376.000	0	0
Totale	156	11.735.000	89	7.857.000
Limite di spesa alle assunzioni autorizzato con delibera 688/2015		7.857.760		66,96%

Le deroghe concesse dalla Regione hanno previsto un impegno di spesa pari a €11.735.000,00. Sulla base della DGR 688/2015, che ha previsto che le assunzioni potranno essere effettuate nel limite di spesa del 66,96% , il limite di utilizzo per questa ASL ammonta ad € 7.857.760 .

Per le modalità di assunzione si fa riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente:

- scorrimento di graduatorie di concorso valide;
- mobilità regionale ed interregionale;
- concorso.

La ASL FG ha avviato le procedure per l'adozione e la successiva approvazione dell'Atto Aziendale. A seguito dei processi di riorganizzazione e rifunzionalizzazione, previsti nell'Atto Aziendale, sarà definita la nuova dotazione organica.

Dal 2016, qualora la Regione Puglia dovesse superare la valutazione triennale del Programma Operativo 2013-2015, è possibile ridefinire il Piano Assunzionale sulla scorta della nuova dotazione organica.

1.6 Il Piano Triennale degli investimenti strutturali

1.6.1 Gli interventi previsti per gli anni 2015-2017

Per quanto concerne la parte strutturale, nel corso del triennio 2015-2017, sono stati pianificati investimenti che, per fabbricati e loro pertinenze e attrezzature ammontano a circa:

- **nell'anno 2015**
 - 26,85 milioni di euro;
 - 10,93 milioni di euro per attrezzature sanitarie, mobili e arredi;
- **nell'anno 2016**
 - 13,24 milioni di euro;
 - 0,34 milioni per attrezzature sanitarie;
- **nell'anno 2017**
 - 0,55 milioni di euro.

PO 2014 – 2020 - Obiettivo Tematico IX - “FESR e FSE” relativi alla Programmazione 2014 – 2020

La previsione prevista per gli anni 2016 – 2017 non tiene conto del PO 2014 – 2020 Obiettivo Tematico IX - “FESR e FSE” relativi alla Programmazione 2014 – 2020 tutt'ora in corso.

Il territorio provinciale è caratterizzato da una forte frammentazione di comunità comunali (61 comuni) inserite in tre aree territoriali disomogenee che presentano, tra l'altro, forti punti di debolezza legati alla infrastrutturazione delle vie di comunicazione.

In breve, i principali criteri seguiti nella formulazione delle proposte progettuali relative alle strutture ed ai servizi sanitari aziendali sono stati costruiti sulla scorta dell'analisi dell'esistente, strutture, tecnologie e arredi, in ciascuno dei 61 comuni della ASL della provincia di Foggia. Le priorità, elencate per Distretto SocioSanitario, forniscono un quadro abbastanza chiaro dello stato delle strutture e delle capacità erogative in termini di offerta sanitaria.

È stato, pertanto, possibile individuare le zone in cui intervenire urgenza e secondo li criteri e standard previsti dalla Regione Puglia.

In primo luogo è stato verificato lo stato dei lavori legato al processo di riconversione degli ex Presidi Ospedalieri di Torremaggiore, San Marco in Lamis e Monte Sant'Angelo, in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

Successivamente sono state vagliate tutte le altre situazioni al fine di individuare quelle strutture posizionate in modo strategico rispetto anche ai comuni limitrofi ove concentrare una più qualificata offerta sanitaria.

L'ipotesi è quella di individuare strutture già organizzate su cui replicare le coordinate del PTA.

Tuttavia in tale “classica” configurazione assumono particolare rilevanza le sedi PTA, che devono necessariamente essere pensate, in deroga all'accentramento dei servizi, come sedi “diffuse in rete” tra loro, soprattutto per quei nei Distretti SocioSanitari svantaggiati dei Monti Dauni e del Gargano.

Ciò sembrerebbe in prima battuta configgere con la necessità di attuare quanto previsto dalle linee tracciate dal PO Puglia 2014 - 2020, approvato con Deliberazione Della Giunta Regionale 17 luglio 2014, n. 1498.

Nel documento, infatti, viene indicata la necessità di promuovere misure per la deistituzionalizzazione delle cure e il potenziamento delle cure territoriali con l'adozione di strategie per la riduzione del ricorso alle cure ospedaliere e la promozione delle cure ambulatoriali indicando priorità di interventi che ricalchino le seguenti linee di percorso:

1. concentrazione della rete ospedaliera, disattivando i presidi ospedalieri con meno di 80 posti letto;
2. riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in centri di salute territoriale per l'erogazione di prestazioni sanitarie extraospedaliere e senza ricoveri;
3. realizzazione di pochi nuovi ospedali di eccellenza di rilievo aziendale o regionale risultati:
 - o la riduzione del numero di posti letto (con un rapporto di 3,3 posti letto per 1000 ab., inferiore alla media nazionale);
 - o la riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri (-19% dal 2006 al 2012);
 - o la riduzione del tasso di ospedalizzazione (sceso a 175,7 per 1000 ab.);
 - o incremento della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (- 26% di ricoveri inappropriati nel triennio 2010-2012);
 - o completamento della riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in poliambulatori specialistici e presidi di salute territoriale per diagnostica specialistica e cure sanitarie non ospedaliere.

Una particolare attenzione è stata rivolta al recupero del patrimonio esistente, con la proposta di progetti legati agli adeguamenti normativi rispettosi delle disposizioni vigenti in materia di antisismica, antincendio, abbattimento delle barriere architettoniche, risparmio energetico, sicurezza dei lavoratori e dei pazienti, per gli immobili già destinati a servizi sanitari dell'assistenza distrettuale.

La complessità orografica del territorio della ASL consegna un quadro disgregato e diffuso di assistenza distrettuale, decentrato secondo parametri che non sempre rispondono a criteri epidemiologici e statistici. Emergono, pertanto, lacune nella rete dell'offerta dell'assistenza distrettuale che impongono alcune precise riflessioni:

- concentrare tutti i servizi nelle sedi di Distretto SocioSanitario diventa complicato, anche per via delle distanze tra i comuni, per le precarie condizioni di viabilità e per la difficoltà far spostare una popolazione particolarmente anziana e fragile residente nei piccoli centri, in particolare quelli del Sub Appennino Dauno e del Gargano;
- un vero processo di razionalizzazione della rete dell'offerta distrettuale, non può prescindere da una profonda revisione dei Presidi Ospedalieri esistenti, in termini di ristrutturazione edilizia, di adeguamento alle norme e di adeguamento tecnologico coordinato con il livello tecnologico distrettuale in modo da evitare eccessive coperture in alcune zone e pesanti carenze in altre.

Per poter garantire una efficace continuità assistenziale ed una più appropriata presa in carico sarà necessario l'adozione di Percorsi Diagnostici, Terapeutici e

Assistenziali (PP.DD.TT.AA.), a interazione crescente, tra competenze professionali ospedaliere e quelle distrettuali.

L'obiettivo di condividere linee guida scientifiche, validate e condivise, ed attuarle nel peculiare contesto organizzativo locale deve essere al centro dell'interazione tra tutte le Strutture Sanitarie e l'area dell'Assistenza Socio-Sanitaria, che assieme costituiscono la rete della presa in carico delle cronicità e fragilità.

Una ricognizione puntuale delle strutture esistenti ha permesso di elaborare una prima ipotesi di riorganizzazione in PTA dei servizi presenti nei vari Distretti SocioSanitari.

Tale ipotesi prevede la costituzione di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), che si aggiungono a quelli già oggetto di riconversione delle strutture ospedaliere di Torremaggiore, S. Marco in Lamis e Monte S. Angelo.

Ove possibile, la sede è stata individuata coincidente con quella del Distretto SocioSanitario, in alcuni casi sono stati scelti i Comuni in base al numero di abitanti, alla particolare orografia dei territori, dei comuni limitrofi e dei collegamenti con le comunità presenti nell'ambito territoriale distrettuale.

ASL PROVINCIA DI FOGGIA			
I PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA			
N.	DISTRETTO	COMUNE SEDE DI PTA	COMUNI AFFERENTI
1.	SAN SEVERO	SAN SEVERO	LESINA, POGGIO IMPERIALE, APRICENA
2.	SAN SEVERO	TORREMACGIORE	S. PAOLO CIVITATE, SERRACAPRIOLA, CHIEUTI
3.	S.MARCO IN LAMIS	S.MARCO IN LAMIS	S. GIOVANNI ROTONDO, RIGNANO GARGANICO
4.	S.MARCO IN LAMIS	SANNICANDRO GARGANICO	CAGNANO VARANO
5.	VICO DEL GARGANO	VICO DEL GARGANO	ISCHITELLA, RODI GARGANICO, CARPINO
6.	VICO DEL GARGANO	VIESTE	PESCHICI, ISOLE TREMITI
7.	MANFREDONIA	MANFREDONIA	ZAPPONETA
8.	MANFREDONIA	MONTE SANT'ANGELO	MATTINATA
9.	CERIGNOLA	CERIGNOLA	
10.	CERIGNOLA	ORTANOVA	STORNARA, STORNARELLA, ORDONA, CARAPELLE
11.	FOGGIA	FOGGIA	
12.	LUCERA	LUCERA	BICCARI, ALBERONA, ROSETO VALFORTORE
13.	LUCERA	PIETRAMONTECORVINO	CASTELNUOVO DELLA DAUNIA, CASALVECCHIO DI PUGLIA, CASALNUOVO MONTEROTARO, CARLANTINO, CELENZA VALFORTORE, MOTTA MONTECORVINO, S.MARCO LA CATOLA, VOLTURARA APPULA, VOLTURINO
14.	TROIA	TROIA	CASTELLUCCIO VALFORTORE, CELLE DI S. VITO, ORSARA, FAETO
15.	TROIA	ACCADIA	CASTELLUCCIO DEI SAURI, ASCOLI SATRIANO, CANDELA, - ROCCHETTA S. ANTONIO, SANT'AGATA DI PUGLIA, ANZANO DI PUGLIA, MONTELEONE DI PUGLIA, PANNI, DELICETO, BOVINO

I Presidi Territoriali di Assistenza, nei quali confluiscono la Medicina di Famiglia, la Continuità Assistenziale, la Specialistica Ambulatoriale Territoriale, possono garantire una qualificata copertura delle esigenze assistenziali di primo livello, orientare in

maniera appropriata la domanda di prestazioni sanitarie e l'accesso alle altre prestazioni specialistiche.

Per raggiungere questo obiettivo occorre avviare un percorso che deve accompagnare il graduale superamento dell'atto medico individuale in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di prestazioni sanitarie che consentano, in sedi possibilmente uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 o 12 ore, 7 giorni a settimana.

Questa nuova ristrutturazione delle Cure Primarie ha importanti ricadute sull'accesso improprio al Pronto Soccorso, consente una reale presa in carico del paziente ed una più incisiva attività di educazione e promozione della salute.

Inoltre, l'erogazione di attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti ospedalieri migliora l'appropriatezza delle prescrizioni, e riduce dei tempi di attesa.

Nell'ambito della rete dei servizi sanitari e sociosanitari distrettuali, si intende favorire la copertura e la piena accessibilità su tutto il territorio provinciale alle prestazioni attraverso il completamento della riconversione dei presidi ospedalieri dismessi, il potenziamento delle piastre poliambulatoriali territoriali e il completamento della rete delle strutture sanitarie extraospedaliere per gli obiettivi di riabilitazione e long-term care per pazienti cronici e persone non autosufficienti.

Gli obiettivi specifici sono:

1. promuovere il potenziamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria distrettuale attraverso la riqualificazione delle strutture, delle tecnologie e di servizi, non ospedalieri, che erogano prestazioni di diagnostica specialistica, prestazioni di diagnosi e cura per le patologie croniche e i servizi del welfare d'accesso.
2. ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione delle cure per pazienti non autosufficienti e per persone affette da patologie croniche e favorire lo sviluppo di servizi sociosanitari a ciclo diurno, in una logica di filiera per l'integrazione con le prestazioni domiciliari sociosanitarie.

Questo secondo punto è cruciale rispetto all'obiettivo di realizzare "maggiori risparmi" da impegnare nell'ampliamento dell'offerta dell'Assistenza Distrettuale.

Per realizzare gli obiettivi specifici ai punti precedenti gli interventi programmati, e in fase di approvazione regionale prevedono le seguenti azioni:

- completamento del piano di riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in applicazione del Piano di riordino della rete ospedaliera attuato sul territorio regionale per effetto del Reg. R. n. 18/2010 e s.m.i., per la realizzazione di nuove strutture sanitarie territoriali, quali presidi territoriali di assistenza, poliambulatori specialistici, strutture consultoriali e presidi per la diagnostica specialistica;
- sostegno agli interventi di riconversione di immobili di proprietà pubblica per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per le cure intensive per anziani gravemente non autosufficienti, per le cure palliative per pazienti oncologici e malati terminali, per la riabilitazione estensiva di persone con disabilità grave;
- potenziamento delle dotazioni tecnologiche nei presidi sanitari territoriali per le attività di diagnostica specialistica e di chirurgia ambulatoriale, per l'ammodernamento della rete dei punti di raccolta sangue, per il potenziamento delle prestazioni erogate con l'ausilio di telemedicina nell'ambito di percorsi domiciliari sanitari e sociosanitari;

- completamento delle piastre ambulatoriali distrettuali, nel nostro caso diffuse, e la rete integrata dei servizi a ciclo diurno sanitari e sociosanitari in particolare nei Comuni sede di Distretto SocioSanitario.

Tutto quanto deve raccordarsi, inoltre, con la necessità di completare le opere necessarie alla rifunzionalizzazione strutturale delle sedi sanitarie, che devono essere adeguate dal punto di vista energetico, sismico ed alberghiero.

Gli interventi già programmati per gli anni precedenti e da ultimare con la Programmazione 2015 - 2016

La previsione prevista per gli anni 2016-2017 tiene conto della progettualità legata a:

- POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1;
- Art.20 L.67/88;
- Accordo di programma 2007;
- L.135/90
- Fondi propri

Gli interventi programmati e da ultimare negli anni 2015-2016				
N°	Descrizione	Anni 2015/2016		Tipologia di finanziamento
		Importi finanziati con fondi Aziendali	Importi finanziati con contributi esterni	
1.	San Marco La Catola. Realizzazione di struttura sanitaria per servizi distrettuale dipartimentali nel comune di SAN MARCO LA CATOLA. Scheda regionale 17.		100.000,00	DGR 329/04
2.	Ristrutturazione piano terra scuola elementare per Guardia medica e e 118 nel Comune di CANDELA		77.877,48	(D.G.R. 329/04)
3.	Adeguamento a norme antincendio del P.O. di MONTE SANT'ANGELO (perizia residuo finanziamento RSA)		6.469,60	Art.20 L.67/88
4.	Interventi strutturali ed impiantistici per l'emergenza urgenza P.O. di CERIGNOLA		424.158,73	D.G.R. 688/2003
5.	Adeguamento e rifunzionalizzazione per attività intramoenia del P.O. di MANFREDONIA		24.140,61	D.G.R. 689/2003
6.	San Marco in Lamis. Messa a norma ed adeguamento antincendio PO San Marco in Lamis, San Severo e Torremaggiore. INTERVENTO N. 17		90.000,00	ACCORDO DI PROGRAMMA 2007
7.	SAN SEVERO. Adeguamento e messa a norma impianti tecnologici PO di San Severo-San Marco e Torremaggiore. INTERVENTO N. 19		220.000,00	ACCORDO DI PROGRAMMA 2007
8.	FG 3.1.10 - Completamento struttura sanitaria esistente sull'isola di SAN DOMINO per Poliambulatorio Isole Tremiti		712.632,31	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
9.	FG 3.1.13 -Realizzazione di una nuova struttura Poliambulatoriale in San Giovanni Rotondo.		1.300.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
10.	FG 3.1.18 -Realizzazione di una nuova struttura servizi territoriali, nel comune di Accadia		154.633,63	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
11.	FG 3.1.19 Casa della Salute presso struttura di San Paolo Civitate .		900.000,00	POR FAS 2007/2013 Asse III Linea 3.1
12.	FG 3.1. - Interventi per riconversione ex Ospedale di Torremaggiore		400.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
13.	FG 3.1. - Interventi per riconversione ex Ospedale di San Marco in Lamis		700.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
14.	FG 3.1. - Interventi per riconversione ex Ospedale di Monte Sant'Angelo		919.167,92	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
15.	FG 3.1 - Realizzazione Casa della Salute - Vico del Gargano		1.500.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1

16.	Sistemazione Presidio Ospedaliero SAN SEVERO . Rifacimento piazzale esterno e impianto gestione parcheggio interrato		200.000,00	AUT. Utilizzo ribasso ex art. 20 L.67/88 acc. 2007
17.	Ristrutturazione edilizia struttura di LESINA (Lavori di manutenzione straordinaria per adeguamento norme 81/08)		480.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
18.	Interventi di adeguamento a norma ed in materia di sicurezza: cabina elettrica, segnaletica interna ed esterna, messa in sicurezza ascensori, manto stradale, adeguamento impianto antincendio, condizionamento sala autoptica, rete fognante cucina, telegestore, adeguamento sale operatorie - P.O. "G. Tatarella". CERIGNOLA	282.083,97		Fondi propri
19.	Interventi in materia di sicurezza e manutenzione straordinaria urgenti ed indifferibili nel corso dell'anno e non programmabili	300.000,00		Fondi propri
20.	FG 3.1. - Riqualficazione Energetica Strutture Territoriali nel Comune di Troia.		750.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
21.	Adeguamento a norma e ristrutturazione Poliambulatorio ex INAM di Foggia		2.000.000,00	APQ "Benessere e Salute". - FSC 2007/2013
22.	FESR- Riqualficazione Energetica Strutture Territoriali nel Comune di Cerignola .		750.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
23.	FESR- Realizzazione di una struttura destinata a residenza socio sanitaria assistenziale e centro di risveglio presso il Comune di Cerignola .		2.750.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
24.	FESR- Riqualficazione Energetica Strutture Territoriali nel Comune di Manfredonia		750.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
25.	FESR- Riqualficazione Energetica nell'ex S.O. di Torremaggiore .		625.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
26.	FESR- Efficientamento energetico comunità terapeutica "Art Village" di San Severo .		175.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
27.	FESR- Realizzazione di Casa della Salute nel Comune di San Severo .		3.500.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
28.	Realizzazione nuovo Poliambulatorio nel Comune di San Severo		1.000.000,00	Alienazione ex art. 53 comma 6-7 del D.Lgs n. 163/06
29.	PSR PUGLIA 2007-2013 - ASSE 3 - mis. 3.2.1 - Servizi essenza- li per l'economia e la popolazione rurale: Progetto: "Fattoria Sociale"- Comune di Cerignola ".	63.763,50	181.535,27	PSR PUGLIA 2007-2013 - ASSE 3 MIS. 3.2.1
30.	Lavori di adeguamento impianto di osmosi Emodialisi P.O. San Severo		230.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
31.	Realizzazione nuovo punto di primo intervento San Marco in Lamis .		600.000,00	AUT. Utilizzo ribasso ex art. 20 L.67/88 acc. 2007
32.	Rete punti raccolta sangue + 1 autoemoteca		1.000.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
33.	Ristrutturazione ed adeguamento a norma Reparto S.P.D.C. presso gli O.O.R.R. di Foggia		780.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
34.	Ristrutturazione locali 118 - P.P.I. e laboratorio Analisi di Vieste		250.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
35.	Ristrutturazione interna ed esterna locali Guardia Medica - Isola di San Nicola - Tremiti (lavori di manutenzione straordinaria per adeguamento norme 81/08)		150.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
36.	Ristrutturazione edilizia Casa Alloggio Rodi Garganico finalizzata ad integrare il CSM e Centro Diurno posti al piano inferiore e già ristrutturati e funzionanti		500.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
37.	Ristrutturazione edilizia struttura sanitaria adibita a Guardia Medica presso San Menaio		200.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
38.	Ristrutturazione edilizia ex scuola materna Apricena da adibire a servizi territoriali (118, guardia medica, ambulatori, ecc)		500.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
39.	Ristrutturazione ex CSM per Ambulatorio Veterinario presso Cerignola		150.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1

40.	Manutenzione copertura presso il vecchio P.O. di San Severo		300.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
41.	Manutenzione facciata presso il P.O. di Lucera		200.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
42.	Manutenzione facciata presso il P.O. di San Severo		350.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
43.	Fondo di rotazione per progettazione Area Nord	150.000,00		Fondi propri
44.	Lavori di completamento Casa della Salute nel Comune di Accadia		265.230,09	residui art. 20
45.	Fornitura e posa in opera di secondo gruppo elettrogeno presso il P.O. di San Severo		150.000,00	Fondi propri
46.	FG 3.1.07 - Adeguamento corpo "D" dell'ex P.O. "Tommaso Russo" di CERIGNOLA per Poliambulatorio Specialistico		462.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
47.	Attrezzature palazzina AIDS MANFREDONIA		28.828,04	L.135/90
48.	FG 3.1.01 - Apparecchiature ed Arredi per il Potenziamento delle strutture ambulatoriali e consultoriali.		900.000,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
49.	FG 3.1. - Acquisto apparecchiature di diagnostica per immagini - PO Cerignola e San Severo		3.018.840,96	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
50.	FG 3.1. - Acquisto apparecchiature di diagnostica per immagini - Territorio Provinciale		1.921.566,39	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
51.	Aggiornamento e riqualificazione delle apparecchiature elettromedicali in uso presso le Strutture Sanitarie della ASL di Foggia .		3.991.850,00	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
52.	Acquisto apparecchiature sanitarie per i Presidi Ospedalieri	100.000,00		Fondi propri
53.	Arredi e apparecchiature Poliambulatorio di Manfredonia		44.700,00	(D.G.R. 329/04)
54.	Acquisto di mobili ed arredi per Presidi Ospedalieri e Dipartimenti	50.000,00		Fondi propri
55.	FG 3.2.02 - Asilo nido aziendale in Cerignola		150.675,61	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.2
	TOTALE	945.847,47	36.834.306,64	

1.7 Il Documento Valutazione Rischi

La valutazione dei rischi da parte del Datore di lavoro e la predisposizione dei conseguenti documenti è uno degli elementi di più grande rilevanza del D.Lgs 81/2008.

Essa rappresenta, infatti, l'asse portante della nuova filosofia in materia di tutela della salute dei lavoratori che vede nel Datore di lavoro il protagonista attivo della funzione di prevenzione; essa costituisce, inoltre, il perno intorno al quale deve ruotare l'organizzazione aziendale della prevenzione.

La valutazione del rischio deve essere, pertanto, uno strumento fortemente finalizzato alla programmazione delle misure di prevenzione e più in generale alla organizzazione della funzione e del sistema di prevenzione aziendale.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione della ASL FG, in ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 31 e 33 del D. Lgs 81/2008, svolge attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori.

Svolge, inoltre, un ruolo di consulenza tecnico-scientifica in staff alla Direzione Generale con compiti di analisi – valutazione - proposte e indirizzi su tematiche relative alla valutazione dei rischi professionali.

I Medici Competenti effettuano la sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 41 del D. Lgs. n. 81/08, mentre i Medici Autorizzati effettuano la sorveglianza medica dei lavoratori esposti al rischio da radiazioni ionizzanti ex D. Lgs 230/95.

Il documento relativo alla valutazione dei rischi della ASL FG, adottato il 15/05/2009, è stato elaborato con il contributo delle diverse componenti presenti in azienda e riporta quanto è stato intrapreso o viene programmato in tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

In tale documento sono riportati:

- I criteri adottati;
- Le conclusioni della valutazione;
- L'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione definite in conseguenza della valutazione, nonché dei dispositivi di protezione utilizzati;
- L'organigramma del Servizio di Sicurezza dei Luoghi di Lavoro ed i nominativi dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

Con Deliberazione DG n. 2387 del 19 ottobre 2009, la ASL FG ha approvato il Piano Operativo degli adempimenti connessi all'attuazione del D.Lgs. n. 81/08.

1.8 Interventi prioritari per la sicurezza che verranno realizzati nel 2015-2017

Per biennio 2015-2016 sono previsti i seguenti interventi prioritari in merito all'attuazione del Documento di Valutazione dei Rischi:

- strutturare il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) individuandone formalmente gli addetti (ASPP) che, formati specificamente, dovranno affiancare il Responsabile SPP e l'addetto alla informazione e formazione. Il lavoro amministrativo del SPP sarà affidato a personale dedicato;
- lavorare alla informatizzazione della cartella sanitaria e di rischio dei dipendenti ASL FG in modo da possedere una informativa puntuale dello stato di salute dei lavoratori dell'azienda. Nell'ambito dei rischi specifici, inoltre, sarà definita una procedura omogenea per la movimentazione manuale carichi-pazienti (MMCP) al fine di assicurare la formulazione di giudizi medico legali omogenei rispetto alle linee guida Regionali e correlare le prescrizioni - limitazioni del giudizio di idoneità del medico competente alle attività della specifica mansione del lavoratore;
- il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) sarà aggiornato ed integrato, mediante procedura CONSIP, al fine di arrivare ad una stesura completa del DVR stesso. La redazione del DVR vedrà impegnati, anche mediante sopralluoghi negli ambienti di lavoro, i componenti del SPP, i Medici competenti ed autorizzati, gli RLS nonché i Dirigenti ai sensi del D. Lgs 81/08;
- l'Informazione e la Formazione specifica in materia assume valenza strategica e carattere continuo: dovrà, infatti, essere completato il percorso formativo nei riguardi dei dirigenti e dei preposti per avviare la formazione sui rischi specifici a partire dalla MMCP e dal rischio stress lavoro correlato (SLC);
- considerata la necessità di attribuire ai ruoli ed alle funzioni aziendali le connesse responsabilità individuali e collettive per la gestione della salute e della sicurezza, sarà adottato il Regolamento Aziendale "*Ruoli e Responsabilità nel Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza del Lavoro*" quale parte integrante del Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza dell'Azienda (S.G.S.S.L.) e della sua politica. Esso fissando i principi, i criteri, le attribuzioni e le responsabilità per la gestione delle attività finalizzate alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori rappresenterà elemento fondamentale di riscontro all'art. 30 del D. Lgs. 81/2008, ovvero ai Modelli di Organizzazione e di Gestione (MOG) con caratteristiche esoneranti la responsabilità amministrativa dell'Ente, ai sensi dell'ex D.Lgs. 231/2011.

1.9 Istituzione del libro cespiti

Nel corso dell'esercizio 2013 è stato completato l'inventario contabile delle immobilizzazioni materiali (mobili ed immobili) ricostruendo analiticamente, per categoria omogenea e anno di acquisizione, il valore dei cespiti iscritti a bilancio ed i relativi fondi ammortamento.

Per tutte le rilevazioni contabili inerenti l'acquisizione di un bene ammortizzabile, sono state rilevate tutte le informazioni che individuano i rispettivi documenti a supporto; attraverso l'analisi del mandato di pagamento è stato individuato il conto e quindi se la fattura riguardava un bene finanziato con fondi in conto capitale.

L'inventario parte dal 01.01.2007 con la registrazione dei saldi di apertura rivenienti dal bilancio di fusione delle tre ex AUSL FG/1, FG/2 e FG/3. Per ciascun bene e per ciascun anno sono state calcolate le rispettive quote di ammortamento, l'entità del fondo ed il residuo da ammortizzare.

Nel calcolo degli ammortamenti, si è tenuto conto delle circolari Ministeriali n. 2496 del 28/01/2013 e n. 8036 del 25/03/2013 applicando le nuove aliquote di ammortamento indicate nel D.Lg. n. 118/11.

Tutti gli incrementi per acquisti e relativi ammortamenti sono stati riconciliati con i saldi di bilancio nei rispettivi anni di formazione.

Concluse tutte le operazioni di acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla predisposizione del libro cespiti, si sta procedendo alla fase di caricamento massivo.

Contestualmente, sul valore relativo agli incrementi sui beni mobili (Altri) pari ad € 45.659.415,12, è stata avviata una prima rilevazione fisica su quelli acquistati attraverso n. 827 fatture (che rappresentano il 16,7% del n. totale fatture) per un valore complessivo di € 36.493.355,52 (che rappresentano l'81% de totale incremento cespiti). Le n. 827 fatture hanno valore unitario (fattura) superiore ad € 10.000,00.

Con Deliberazione n. 752 del 20/06/2014, "*Riadozione bilancio di esercizio 2013*", nell'Allegato 3, oltre a fornire precisazioni su talune criticità evidenziate dal Collegio Sindacale, al punto sub 3) del deliberato si legge: "*di riadottare il bilancio di esercizio 2013 composto da: ... Libro Inventari*".

Nella Delibera n. 335 del 16.03.2015, "*Attività di inventariazione fisica dei beni mobili dell'ASL FG. Approvazione e recepimento avviso pubblico*", nell'Allegato 4 si rileva che non vi è stato nessun seguito alla deliberazione poiché la Direzione, successivamente ha deciso di procedere sia alla rilevazione fisica che alla sua organizzazione con personale interno.

Entro la prima decade di ottobre p.v., sarà adottato con atto formale il regolamento che disciplina la gestione del Patrimonio Mobiliare (Allegato 5), per quanto attiene alle procedure informatiche che supportano il processo di acquisizione, gestione e conservazione delle informazioni, si da atto che le stesse sono tutte operanti e rispondenti alle esigenze suddette (Allegato 6). Il personale incaricato, presente nelle strutture indicate nell'emanando regolamento è stato formato e provvisto di idonee autorizzazioni ad operare sul sistema.

Infine, così come per il "Patrimonio mobiliare", analoga procedura, in capo all'Area Tecnica sarà resa disponibile ed operante, entro la fine di dicembre c.a., per la gestione del "Patrimonio Immobiliare".

1.10 Piano Operativo Screening Oncologici

Analisi di contesto

Il Processo di unificazione della ASL Foggia ha comportato una complessa fase di adattamento, con accumulo di ritardi nell'organizzazione a livello aziendale delle azioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) per l'attivazione dei programmi di screening oncologico.

Preliminarmente all'avvio della chiamata attiva delle popolazioni target dei rispettivi programmi, il Servizio di Coordinamento aziendale del PRP ha effettuato un censimento capillare della rete consultoriale e di altri centri dedicabili alla prevenzione del tumore della cervice uterina (in termini di capacità di esecuzione di pap test e colposcopie, lettura di preparati citologici, dotazione strumentale e informatica) e dei servizi di radiologia senologica dedicabili allo screening del tumore della mammella (in termini di capacità di esecuzione e lettura in doppio di mammografie).

Nel luglio 2009, il Servizio ha costituito la Segreteria unica aziendale screening. La chiamata attiva delle donne in fascia d'età target residenti nella provincia di Foggia è stata avviata per entrambi gli screening a novembre 2009. In fase di avvio dei programmi, in ottemperanza alle linee guida GISCI e GISMA, si è data priorità d'accesso alle donne più anziane.

Screening del tumore della cervice uterina

Il programma ha potuto fin da subito contare su un'ampia rete consultoriale, la cui riorganizzazione, in raccordo con il Servizio di Coordinamento aziendale del PRP, ha assicurato la copertura di prestazioni uniformi sull'intero territorio provinciale. A marzo 2013, la chiamata della popolazione target residente risultava attiva in 19 Comuni (Troia, Monte Sant'Angelo, Orsara, Orta Nova, Lucera, San Marco in Lamis, San Giovanni Rotondo, Sannicandro Garganico, Cerignola, Manfredonia, Vieste, Serracapriola, San Severo, Foggia, San Paolo Civitate, Apricena, Stornarella, Accadia, Ascoli Satriano).

Notevoli difficoltà sono emerse nel garantire, nei tempi e nei volumi previsti da un programma organizzato, la lettura dei pap test di screening con risorse interne alla ASL (es.: Laboratorio di citologia presso Ex-Inam, Servizio di Colpocitologia presso Ospedale "G. Tatarella" di Cerignola). Nell'ottobre 2010 è stata stipulata una convenzione con il Servizio di Anatomia Patologica dell'IRCSS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo che ha consentito di ampliare notevolmente il numero di donne invitate. Contestualmente, è stata riorganizzata l'attività di prevenzione consultoriale, facendo convogliare nel programma organizzato di screening anche l'accesso spontaneo delle utenti in fascia target richiedenti un pap test preventivo.

L'interruzione unilaterale del rapporto convenzionale da parte dell'IRCSS "Casa Sollievo della Sofferenza" nel marzo 2013 ha imposto l'interruzione della chiamata attiva. Per far fronte alla lettura arretrata di vetrini relativi ad inviti già effettuati e ad adesione spontanea (N. = 1.600), è stata stipulata una convenzione con l'A.O.U. "Ospedali Riuniti di Foggia". La lettura e la refertazione di pap test di screening spontaneo è stata affidata a un citoscreener specialista ambulatoriale assunto da giugno 2014 ma i lavori di ristrutturazione e la dotazione di nuove apparecchiature del

laboratorio di citologia presso Ex-Inam, durati oltre quattro mesi, hanno ulteriormente rallentato le attività.

Da gennaio 2015 è in atto una convenzione con l'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti. L'invito attivo è ripreso da febbraio 2015 su tutto il territorio provinciale, ad esclusione dei comuni di San Severo e Torremaggiore (Tabella 1).

**Tabella 1. Attività di screening del carcinoma della cervice uterina.
ASL Foggia, 2010-2013 e 2015**

	2010	2011	2012	2013*	2015**
N. inviti	8.199	29.527	47.011	16.203	6.141
N. rispondenti	1.162 <i>(compliance 14,2%)</i>	4.391 <i>(compliance 14,9)</i>	7.827 <i>(compliance 16,7%)</i>	3.710 <i>(compliance 22,9%)</i>	1.415 <i>(compliance 23%)</i>
N. inviti al II livello	18	421	342	336	9
N. colposcopie eseguite	5	315	248	185	7

*Fino al mese di aprile. **per i mesi marzo – giugno.

Per completare gli obiettivi di programma, risulta necessario:

- riorganizzare la rete di colposcopisti per garantire uniformante il secondo livello diagnostico;
- implementare un servizio di anatomia patologica aziendale in grado di soddisfare internamente il fabbisogno di lettura di pap test, l'esecuzione di HPV test di triage e l'analisi dei prelievi biotipici.

Screening del tumore della mammella

Il programma è stato avviato con quattro centri di senologia, a Foggia città e nell'area nord della Provincia. Nel biennio 2010-2011 sono state invitate complessivamente 7.421 donne in fascia d'età target con una compliance del 23,4%. Le attività si sono quindi interrotte per le difficoltà nell'assicurare in modo continuativo le prestazioni di screening con il solo personale interno della ASL. Per cercare una soluzione al problema, è stata peraltro condotta un'indagine conoscitiva presso i centri di diagnostica radiologica privati accreditati presenti sul territorio. Nessuno dei centri contattati è risultato in possesso dei requisiti necessari per la lettura di mammografie da screening.

Nonostante i sopradescritti, contingenti, punti di debolezza dei programmi aziendali, gli indicatori sulla sensibilizzazione e sull'attitudine spontanea alla prevenzione dei tumori delle popolazioni target restituiscono risultati triplicati rispetto al tasso di compliance all'invito attivo. Il monitoraggio PASSI mostra infatti come, dall'istituzione della segreteria unica aziendale screening, la proporzione di donne che ha effettuato un pap test negli ultimi 3 anni è stata in media del 63% nel periodo 2010-2013 e quella di donne che ha effettuato una mammografia negli ultimi 2 anni ha superato il 50% nel biennio 2012-2013.

Screening del tumore del colon retto

L'organizzazione del terzo programma di screening è stata avviata a gennaio 2014, attraverso le seguenti attività:

1 Sorveglianza PASSI, Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia

- censimento aggiornato delle strutture aziendali di endoscopia digestiva in grado di effettuare colon-rettoscopie, in termini di caratteristiche del servizio, personale e indicatori di performance negli anni 2012 e 2013;
- stima dei carichi di lavoro “per screening”, per ogni struttura, sulla base del numero di casi ospedalizzati nell’anno 2012 e della popolazione residente;
- condivisione della flow chart per l’avvio della chiamata attiva dei parenti di primo grado dei casi di tumore del colon retto con tutti i medici di medicina generale della provincia e con i gastroenterologi coinvolti nel programma;
- configurazione di tre centri aziendali per lo screening “Braccio parentale”, con pianificazione di attività e agende CUP;
- redazione e distribuzione del materiale informativo per l’utenza.

L’invito dei parenti di primo grado di casi di tumore è partito a gennaio 2015 e nei primi 4 mesi sono state eseguite n. 10 colonscopie.

Risorse al momento impiegate nei programmi aziendali di Screening del tumore della cervice uterina

L’accesso al primo livello dello screening è attivo in 20 dei 22 consultori aziendali (tabella 2).

Tabella 2. I livello del programma di screening del cervicocarcinoma, Consultori e Comuni afferenti

	Consultorio	Ore screening /settimana	Comuni afferenti
1	Accadia	6	Accadia, Anzano di Puglia, Monteleone di Puglia
2	Apricena	6	Apricena, Lesina, Poggio Imperiale
3	Ascoli Satriano	2	Ascoli Satriano, Candela, Castelluccio dei Sauri, Rocchetta Sant’Antonio, Sant’Agata di Puglia
4	Bovino	12	Bovino
5	Cerignola	6	Cerignola
6	Lucera	4	Lucera, Alberona, Carlantino, Casalnuovo Monterotaro, Casavecchio di Puglia, Castelnuovo della Daunia, Celenza Valfortore, Motta Montecorvino, Pietra Montecorvino, Roseto Valfortore, San Marco La Catola, Volturara Appula, Volturino
7	Manfredonia	11	Manfredonia, Zapponeta
8	Mattinata	4	Mattinata
9	Monte Sant’Angelo	3	Monte Sant’Angelo
10	Orsara di Puglia	2	Orsara di Puglia, Deliceto, Panni
11	Foggia 1	5	Foggia
12	Foggia 2	4	
13	Foggia 3	3	
14	Orta Nova	10	Orta Nova, Carapelle, Ortona, Stornara, Stornarella
15	San Giovanni Rotondo	9	San Giovanni Rotondo
16	San Paolo di Civitate	2	San Paolo di Civitate
17	Sannicandro Garganico	6	Sannicandro Garganico, Carpino, Cagnano Varano
18	San Marco in Lamis	9	San Marco in Lamis, Rignano Garganico
19	Troia	4	Troia, Biccari, Faeto, Celle San Vito, Castelluccio Valmaggiore
20	Vieste	2	Vieste, Isole Tremiti, Ischitella, Peschici, Rodi Garganico, Vico del Gargano

La lettura dei pap test viene effettuata presso il Laboratorio di citopatologia Ex-Inam di Foggia e, in convenzione, presso la U.O.C. Anatomia Patologica dell'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (Deliberazione del Direttore Generale ASL Foggia n. 33 del 14/01/2015).

Il secondo livello diagnostico (colposcopia) viene attualmente garantito da tre ambulatori di ginecologia presso:

- P.O. "F. Lastaria" di Lucera – 10 appuntamenti dedicati/settimana;
- P.O. Manfredonia "San Camillo De Lellis" – 4 appuntamenti dedicati/settimana;
- P.O. "T. Masselli Mascia" di San Severo – 3 appuntamenti dedicati/settimana.

Screening del tumore del colon retto "Braccio parentale"

La colonscopia da screening viene promossa tra i parenti dei pazienti con tumore del colon retto dai medici di medicina generale e dai gastroenterologi coinvolti nel programma attraverso opportuni strumenti di sensibilizzazione. Gli esami sono effettuati presso gli ambulatori di:

- Endoscopia Digestiva del P.O. "G. Tatarella" di Cerignola – 8 appuntamenti dedicati/mese;
- Gastroenterologia del D.S.S. Foggia centro – 6 appuntamenti dedicati/mese;
- Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia del P.O. "T. Masselli Mascia" di San Severo – 8 appuntamenti dedicati/settimana.

.1.1

Segreteria unica aziendale screening

Le attività di segreteria sono gestite dal Servizio di Coordinamento aziendale del PRP (Struttura di Igiene a direzione universitaria).

Obiettivo generale

Potenziamento ed estensione dei percorsi aziendali di screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto.

Obiettivi specifici

- Revisione dei modelli organizzativi aziendali secondo linee guida regionali (DGR n. 2255 del 28/10/2014)
- Estensione della chiamata attiva e potenziamento delle attività di primo, secondo/terzo livello dello screening del tumore della cervice uterina, in linea con quanto previsto dalla DGR n. 1209 del 27/05/2015
- Progetto Screening + Vaccinazione delle giovani donne, progetto pilota della ASL Foggia
- Riorganizzazione del percorso aziendale di screening per il tumore della mammella, in accordo con quanto previsto dalla DGR n. 1209 del 27/05/2015, e riavvio della chiamata attiva
- Avvio della chiamata attiva per il "Braccio popolazione generale" dello screening del tumore del colon retto attraverso ricerca del Sangue Occulto nelle Feci
- Educazione e comunicazione istituzionale per la promozione dei programmi aziendali di screening.

Popolazione target dei programmi aziendali

Screening del tumore della cervice uterina:

- donne tra 25 e 64 anni residenti, anche temporaneamente, nella provincia di Foggia (popolazione target = circa 170.0002 donne; popolazione target/anno = circa 57.000 donne);
- donne 25enni invitate all'esecuzione del primo pap test e della vaccinazione anti-HPV (popolazione target = circa 4.0002 donne/anno).

Screening del tumore della mammella:

- donne tra 50 e 69 anni residenti, anche temporaneamente, nella provincia di Foggia (popolazione target = circa 81.0002 donne; popolazione target/anno = circa 40.500 donne).

Screening del tumore del colon retto:

- uomini e donne tra 50 e 69 anni residenti, anche temporaneamente, nella provincia di Foggia – Braccio popolazione generale (popolazione target = circa 158.000 soggetti; popolazione target/anno = circa 79.0002 soggetti);
- uomini e donne tra 40 e 69 anni residenti, anche temporaneamente, nella provincia di Foggia parenti di casi di tumore del colon retto – Braccio parentale (Soggetti ricoverati per tumore del colon retto, ASL Foggia, Anno 2013 = 4953).

² Fonte: www.demo.istat.it

³ Fonte: Archivio Regione delle Schede di Dimissione Ospedaliera, Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia.

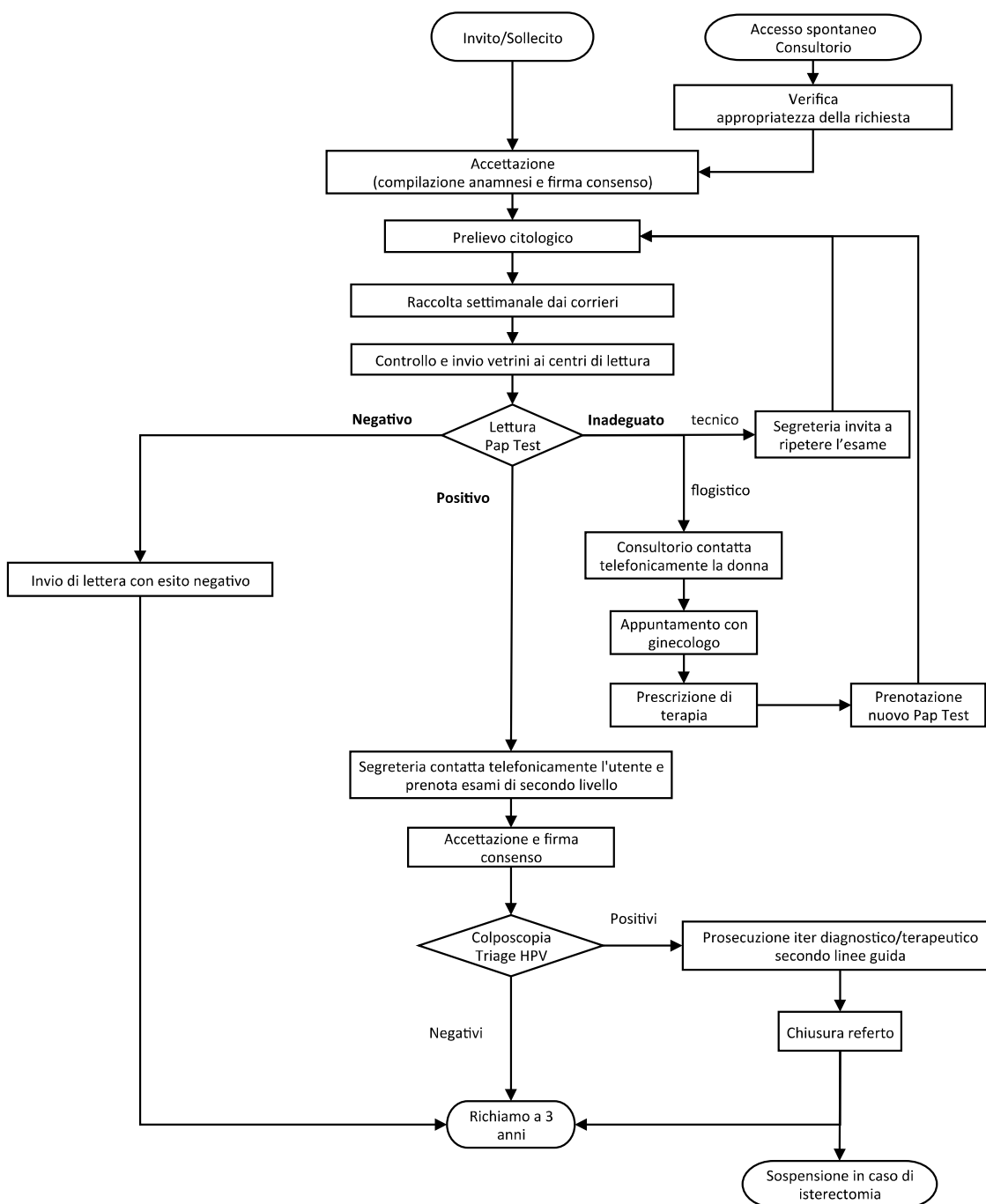
Azioni di piano

Obiettivo specifico 1. Revisione dei modelli organizzativi aziendali secondo linee guida regionali (DGR n. 2255 del 28/10/2014)

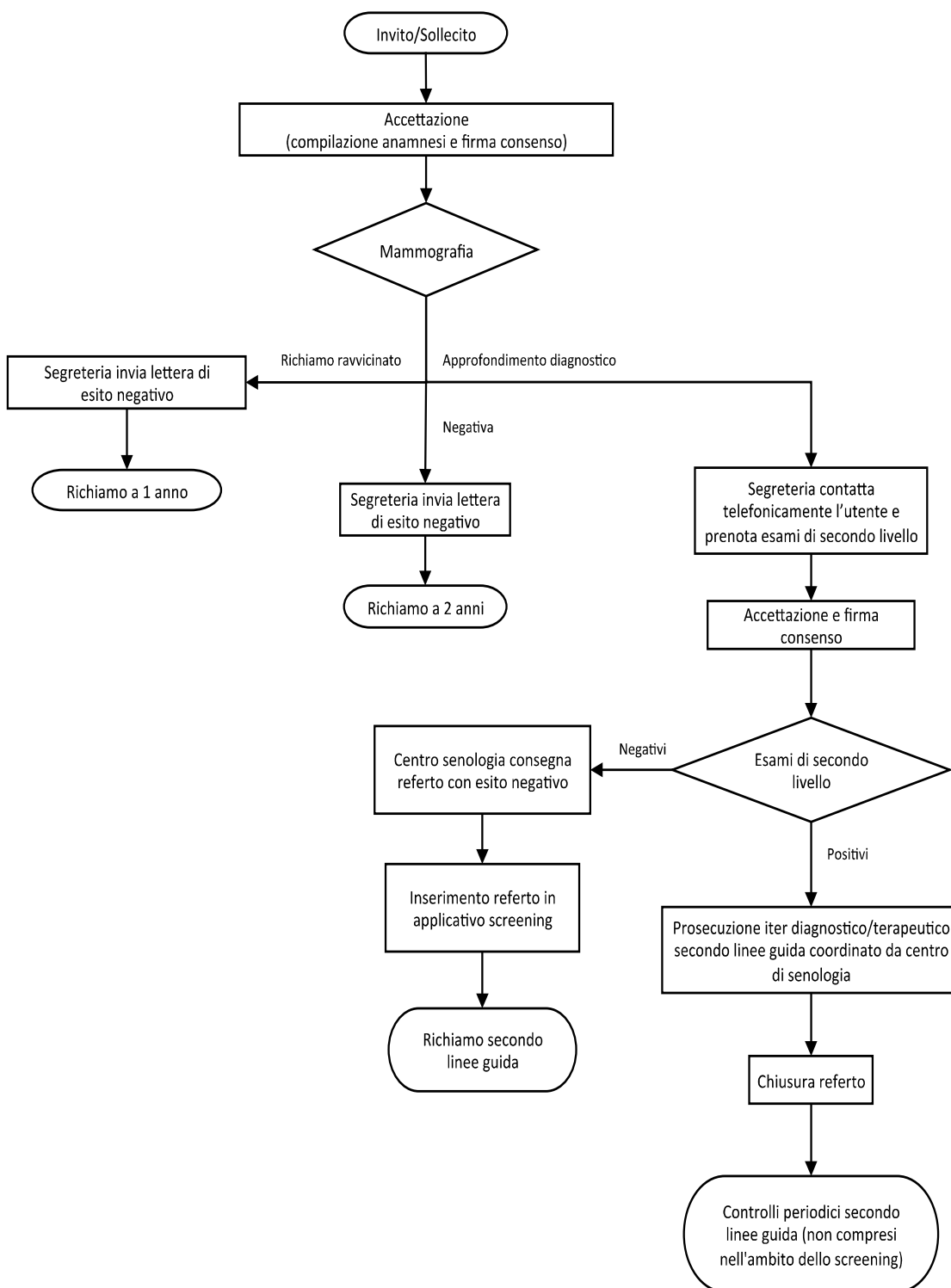
Azioni:

A.1.1 – Adozione dei modelli organizzativi come di seguito riportati.

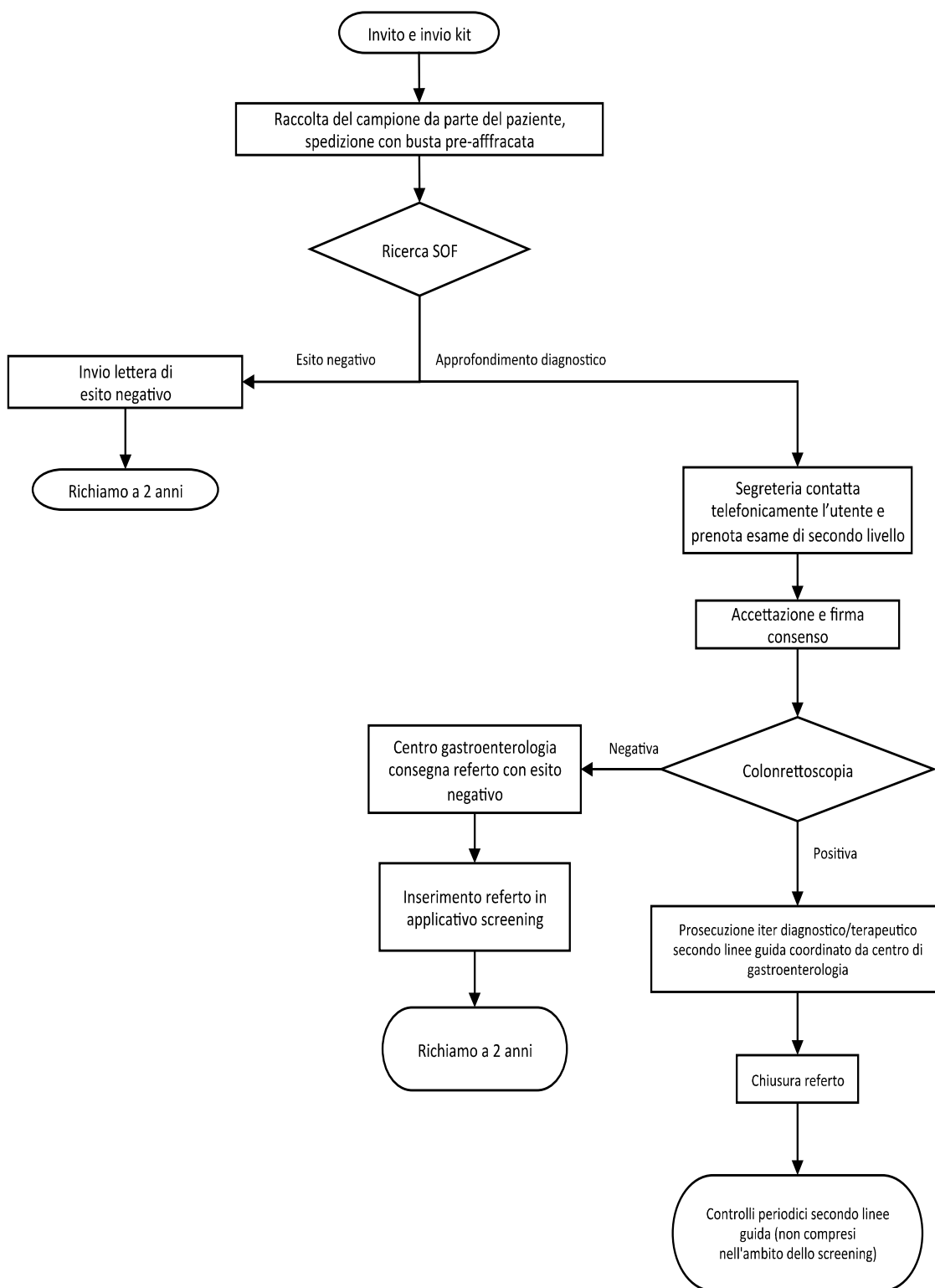
Screening del tumore della cervice uterina



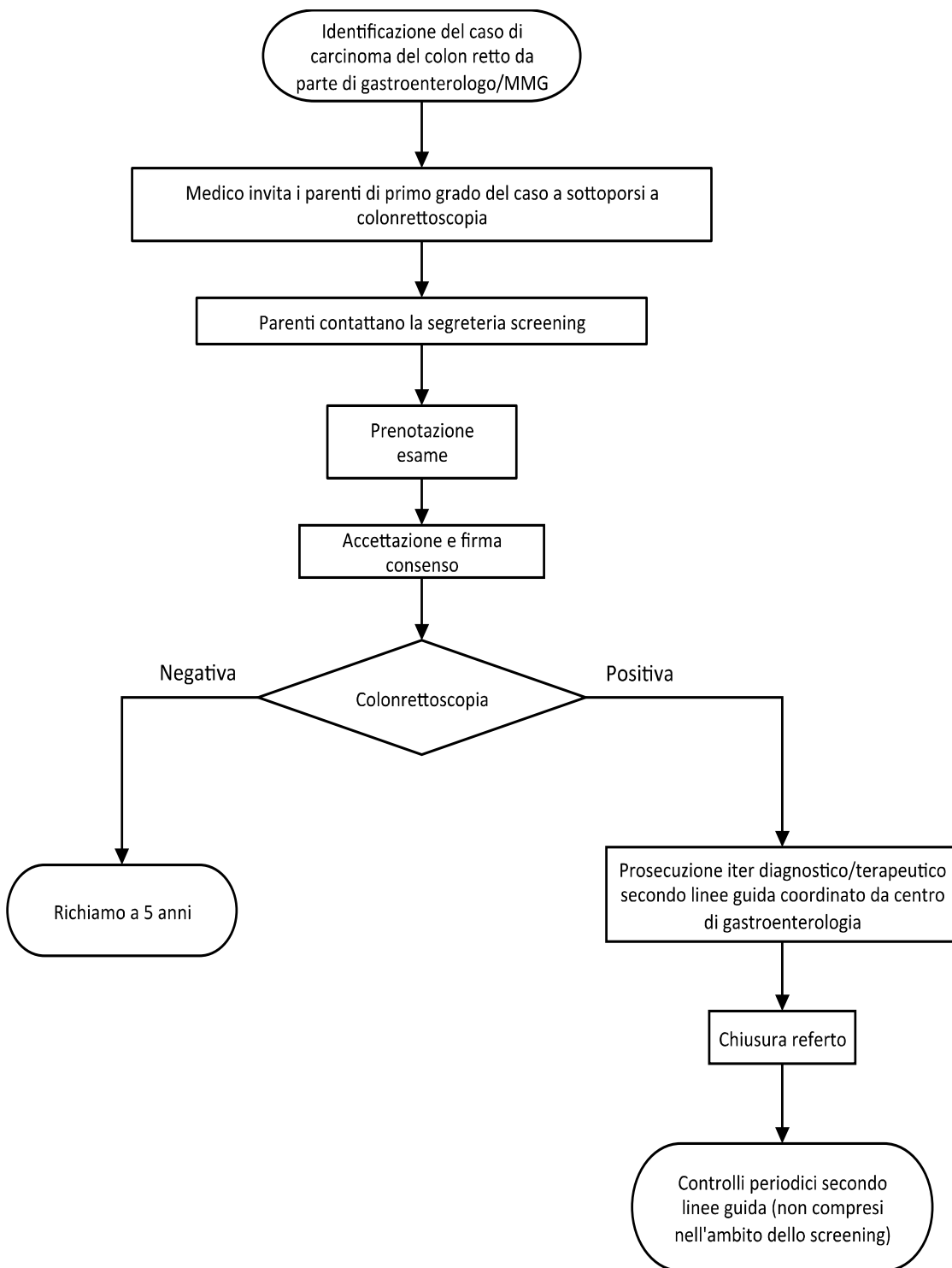
Screening del tumore della mammella



Screening del tumore della colon retto popolazione generale



Screening dei parenti di primo grado di casi di tumore del colon retto



Segreteria unica aziendale screening (Numero Verde 800 905 501) – Compiti

Pianificazione delle attività e Organizzazione delle agende dei centri di I, II/III livello

- All'atto dell'inserimento di un nuovo centro nel programma, viene compilata una scheda contenente l'anagrafica e il ruolo di ciascun operatore che deve essere abilitato ad operare sulla piattaforma dell'applicativo gestionale regionale. Contestualmente, viene configurata l'agenda di lavoro (giorni della settimana e orari dedicati allo screening).
- I centri comunicano in tempo utile eventuali cambiamenti dei piani di lavoro, previa approvazione del dirigente responsabile del servizio (all'inizio del mese precedente, per permettere la corretta tempestività degli inviti).
- In caso di cambiamenti non prevedibili con anticipo (che devono, in ogni caso, essere ridotti al minimo), il personale dei centri informa la segreteria e invita l'utenza a contattare il numero verde per spostare l'appuntamento.
- Per l'abilitazione di nuovi utenti sulla piattaforma web, il rinnovo di password e/o la modifica dei profili, il personale dei centri inoltra una richiesta alla segreteria che ne prende in carico la gestione presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Chiamata attiva e solleciti

- Invio lettera di invito per esame di primo livello
- Invio lettera di sollecito per esame di primo livello
- Invio referto negativo
- Contatto telefonico per invito a esame di secondo livello
- Modifica appuntamenti
- Prenotazione diretta di colonscopie (screening tumore del colon retto – braccio parenti)
- Definizione della proporzione di inviti e solleciti da inviare, in relazione all'attività svolta dai centri nei mesi precedenti e agli obiettivi da raggiungere
- Archiviazione delle lettere restituite al mittente e inserimento dell'informazione nel sistema.

Servizio di counseling

I medici e il personale sanitario della segreteria effettuano regolarmente attività di consulenza tecnica e supporto comunicativo all'utenza, sia per via telefonica che in presenza.

Controllo e verifica

Il personale di segreteria svolge sistematicamente il controllo e l'autocontrollo sull'intero processo dei tre screening.

Obiettivo specifico 2. Estensione della chiamata attiva e potenziamento delle attività di primo, secondo/terzo livello dello screening del tumore della cervice uterina, in linea con quanto previsto dalla DGR n. 1209 del 27/05/2015

Azioni:

- A.2.1 Completamento della rete (inserimento dei due restanti Consultori) per l'offerta attiva del test di primo livello e ridefinizione dei carichi orari in agenda adeguati all'effettivo bacino di utenza.
- A.2.2 Monitoraggio della compliance per consultorio ed estensione dell'invito fino a saturare le agende (overbooking personalizzato della chiamata).
- A.2.3 Inserimento nella rete del secondo/terzo livello di almeno un ambulatorio/servizio ginecologico per ogni D.S.S., con slot dedicato alla colposcopia da screening nelle agende istituzionali. Ove possibile, attivazione del terzo livello per l'esecuzione di biopsie e/o trattamenti ambulatoriali.
- A.2.4 Offerta dell'HPV test di triage gratuito secondo linee guida.

Obiettivo specifico 3. Progetto Screening + Vaccinazione delle giovani donne, progetto pilota della ASL Foggia

Da marzo 2015, in via sperimentale nella ASL Foggia, è stata avviata la chiamata attiva di tutte le giovani donne nel corso del venticinquesimo anno di età ad effettuare il loro primo pap test e la prima dose della vaccinazione anti-HPV, rispettivamente presso il consultorio e l'ambulatorio vaccinale più vicini al comune di residenza. La lettera invito contiene l'appuntamento per il pap test e tutte le informazioni per prenotare la vaccinazione attraverso la segreteria unica aziendale screening.

Azioni:

- A.3.1 Invito/sollecito delle giovani donne nel venticinquesimo anno di età.
- A.3.2 Valutazione e diffusione dei risultati.

Obiettivo specifico 4. Riorganizzazione del percorso aziendale di screening per il tumore della mammella, in accordo con quanto previsto dalla DGR n. 1209 del 27/05/2015, e riavvio della chiamata attiva

- A.4.1 Verifica dei carichi di lavoro e pianificazione delle agende dei servizi di senologia aziendali. Le attività dovranno essere prevalentemente dedicate all'esecuzione di:
 - mammografia da screening (doppia lettura) per donne 50-69 anni, gratuita, su invito;
 - approfondimenti diagnostici da screening, gratuiti.
- A.4.2 Allineamento delle liste delle donne invitate con le liste delle prestazioni prenotate tramite CUP.
- A.4.3 Avvio della chiamata attiva.

Obiettivo specifico 5. Avvio della chiamata attiva per il “Braccio popolazione generale” dello screening del tumore del colon retto attraverso ricerca del Sangue Occulto nelle Feci

- A.5.1 Organizzazione di due centri di lettura presso i laboratori analisi di Foggia ex-Inam e del P.O. di San Severo e collegamento con applicativo gestionale screening.
- A.5.2 Ampliamento delle agende screening dei servizi/ambulatori di gastroenterologia aziendale.
- A.4.3 Avvio della chiamata attiva.

Obiettivo specifico 6. Educazione e comunicazione istituzionale per la promozione dei programmi aziendali di screening

- A.6.1 Sensibilizzazione degli operatori sanitari coinvolti a vario titolo nel percorso (comunicazioni tramite mailing list istituzionale e in busta paga, eventi formativi accreditati ECM).
- A.6.1 Consensus con le associazioni di pazienti attive a livello provinciale.

Monitoraggio interno

Indicatori di performance dei programmi di screening del tumore della cervice uterina, della mammella, del colon retto – popolazione generale

Da monitorarsi annualmente:

Indicatore 1. Estensione effettiva

$$\text{Estensione effettiva} = \frac{\text{N. soggetti invitati /anno}}{\text{Popolazione target /anno}}$$

Indicatore 2. Adesione all'invito

$$\text{Adesione all'invito} = \frac{\text{N. soggetti screenati /anno}}{\text{N. soggetti invitati /anno}}$$

Indicatore 3. Adesione all'invito corretta per il numero di mancati recapiti

Indicatore 4. Tasso di invito secondo livello (referral rate)

$$\text{Tasso di invito al secondo livello} = \frac{\text{N. soggetti invitati al secondo livello /anno}}{\text{N. soggetti screenati /anno}}$$

Indicatore 5. Adesione all'invito di secondo livello (referral rate)

$$\text{Adesione all'invito al secondo livello} = \frac{\text{N. rispondenti all'invito di secondo livello /anno}}{\text{N. soggetti invitati al secondo livello /anno}}$$

Monitoraggio della compliance:

- analisi dei dati delle sorveglianze di popolazione,
- indagini campionarie di customer satisfaction,
- Indagini CAP per valutare le motivazioni di non adesione all'invito.

Risultati attesi a livello aziendale, in accordo con quanto previsto dalla DGR n. 1209 del 27/05/2015

Considerando gli standard fissati dalla DGR n. 1209 del 27/05/2015 e le popolazioni target dei programmi aziendali di screening, è stato calcolato il numero minimo di residenti da invitare e screenare ogni anno nella provincia di Foggia per il periodo 2015-2018 (tabella 3).

Tabella 3. N. minimo di residenti da invitare e screenare nei programmi di screening dei tumori della cervice, della mammella e del colon retto. ASL Foggia, 2015-2018

Programmi	Estensione effettiva		Adesione all'invito	
	Standard DGR 1209	N. minimo residenti da invitare	Standard DGR 1209	N. minimo residenti rispondenti
Programma di screening Anno 2015				
Cervice uterina	55%	31.167	35%	10.908
Mammella	40%	16.200	68%	11.065
Colon retto	40%	31.600	50%	15.800
Programma di screening Anno 2016				
Cervice uterina	60%	34.000	40%	13.600
Mammella	50%	20.250	68%	13.831
Colon retto	50%	39.500	60%	23.700
Programma di screening Anno 2017				
Cervice uterina	70%	39.667	50%	19.833
Mammella	70%	28.350	68%	19.363
Colon retto	70%	55.300	70%	38.710
Programma di screening Anno 2018				
Cervice uterina	100%	56.667	65%	36.833
Mammella	100%	40.500	80%	32.400
Colon retto	100%	79.000	90%	71.100

risorse interne potenzialmente già utilizzabili nei programmi aziendali di screening

Screening del tumore della cervice uterina

I Livello:

- Consultori di San Severo e di Torremaggiore

Il livello:

- Ambulatorio di Ginecologia Ex-Inam, Foggia – carico lavoro: 2,5 ore/settimana per un totale di massimo 28 prestazioni (visita ginecologica, colposcopia)⁴
- Servizio Colpocitologia del P.O. “G. Tatarella” di Cerignola – carico lavoro: 6,5 ore/settimana per un totale di massimo 28 prestazioni (colposcopia, ibridazione molecolare con sonda, biopsia)⁵. NB: Il Servizio costituisce al momento l'unica struttura aziendale dotata della strumentazione per eseguire l'HPV test.

Screening del tumore della mammella

- Poliambulatorio di Torremaggiore – carico lavoro: 7 ore/settimana di senologia per un totale di massimo 14 prestazioni (visita, ecografia, mammografia)⁶
- Radiologia del P.O. “T. Masselli Mascia” San Severo – carico lavoro: 16 ore/settimana di senologia per un totale di massimo 240 prestazioni (visita, ecografia, mammografia)⁷
- Servizio di Senologia del P.O. “San Camillo De Lellis” di Manfredonia – carico lavoro: 3 ore/settimana di senologia per un totale di massimo 12 prestazioni (visita, ecografia, mammografia, biopsia microistologica con aspirazione forzata automatica sotto guida stereotassica, galattografia, pneumocistografia mammaria, aspirazione percutanea di cisti della mammella)⁸
- Servizio di Radiologia del P.O. "San Camillo De Lellis" di Manfredonia – carico lavoro: 3 ore e 20 minuti/settimana di senologia per un totale di massimo 10 prestazioni (visita, ecografia, mammografia)⁹
- Servizio di Senologia del P.O. “G. Tatarella” di Cerignola – carico lavoro: 13 ore e 15 minuti /settimana di senologia per un totale di massimo 53 prestazioni (visita, ecografia, mammografia, biopsia microistologica con aspirazione forzata automatica sotto guida stereotassica, galattografia, pneumocistografia mammaria, aspirazione percutanea di cisti della mammella)¹⁰.

Screening del tumore del colon retto

Servizio di Gastroenterologia del P.O. "San Camillo De Lellis" di Manfredonia – carico lavoro: 10 colonscopie/settimana¹¹.

4 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 04/03/2014 – 31/12/2016

5 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 01/11/2013 – 30/12/2015

6 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 01/07/2014 – 31/12/2015

7 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 01/11/2014 – 31/12/2016

8 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 01/01/2015 – 31/12/2015

9 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 01/11/2013 – 30/06/2016

10 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 03/02/2014 – 31/12/2015

11 Fonte: CUP ASL Foggia, periodo di riferimento 20/11/2013 – 31/12/2015

1.11 Infrastruttura Informatica: stato dell'arte e Programmazione

“L’assistenza sanitaria moderna non è fornita da una struttura o da un gruppo di operatori sanitari da soli. L’assistenza sanitaria moderna è fornita in stretta cooperazione tra molte strutture diverse e molti diversi gruppi di specialisti. Tale intensa cooperazione è impossibile senza il largo impiego dei servizi forniti dalle ICT.”

Il nuovo sistema informativo della ASL di Foggia ha compiuto negli ultimi due anni un vero e proprio salto epocale passando da un sistema per lo più di produttività personale, con singole postazioni isolate e pochi applicativi in rete per applicazioni specifiche (fondamentalmente contabilità e personale, storicamente i due settori tradizionali per l’informatizzazione aziendale), ad un sistema globale e pervasivo che viene a rappresentare un vero e proprio sistema nervoso aziendale attraverso cui viaggiano le informazioni.

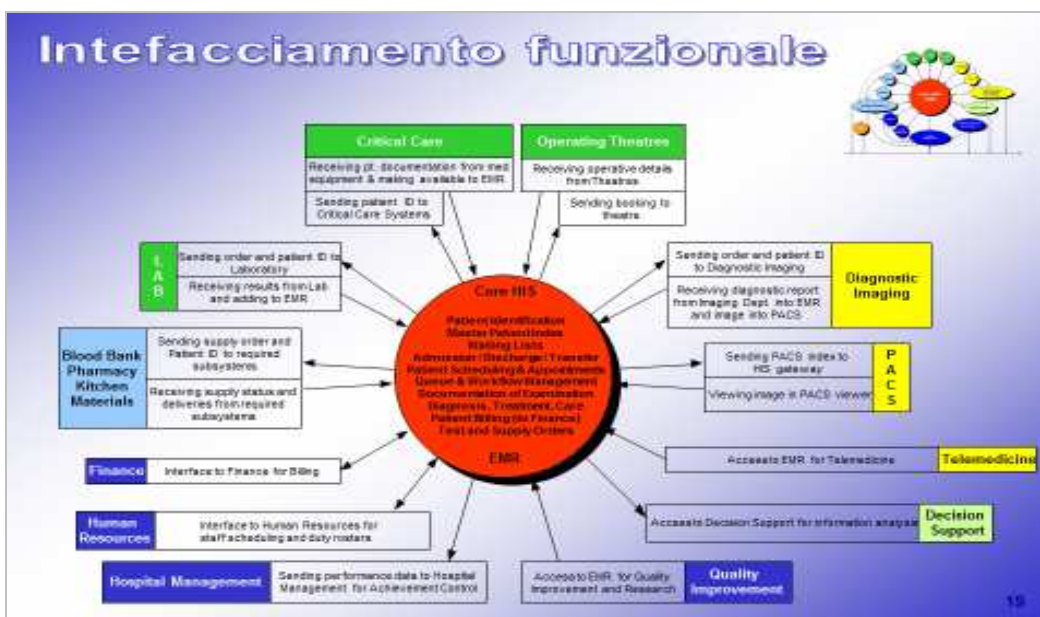
Questo passaggio non è tuttavia completo in quanto occorre compiere ancora alcuni passi per completare la transizione. Soprattutto, non è possibile fermarsi perché è necessario garantire il rispetto delle normative nazionali che spingono verso l’informatizzazione della Pubblica Amministrazione, volta a tutelare le indispensabili prestazioni in termini di privacy e sicurezza.

In termini generali gli applicativi software previsti sono tutti installati ed operativi, l’infrastruttura hardware è completa, l’infrastruttura di rete proprietaria raggiunge quasi tutti i comuni della Provincia con l’eccezione di alcuni particolarmente isolati su cui sopperiamo con collegamenti 3G mobili.

Di seguito viene riportato lo stato dei singoli sistemi con le criticità presenti e i settori di sviluppo necessari per il prossimo futuro.

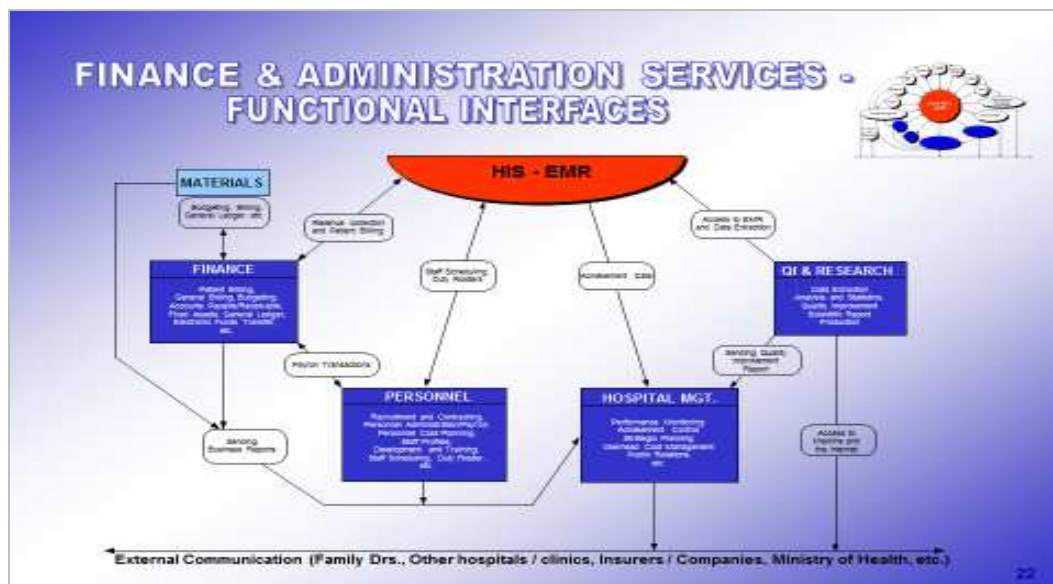
Il DPCM 13 novembre 2014 prevede, infatti, il completamento del processo di dematerializzazione entro 18 mesi.

Di seguito viene riportato un riepilogo delle criticità ed una pianificazione sommaria degli obiettivi futuri.



Attualmente la ASL di Foggia dispone di circa n. 2.500 PDL collegate in rete di cui n. 800 dotate di macchine di ultima generazione fornite nell'ultimo anno (è in corso l'aggiornamento tecnologico di tutto il parco macchine).

Aree di Intervento



Contabilità

L'Area è completamente informatizzata, in considerazione anche dei numerosi adempimenti normativi degli ultimi due anni.

Sono utilizzati diversi moduli integrati con la contabilità. Per permettere un ulteriore miglioramento della efficienza del sistema, è necessario eseguire alcune attività di seguito riepilogate:

- Attivare l'integrazione con il software del Personale per stipendi e competenze;
- Attivare l'integrazione dell'anagrafica di EDOTTO nell'area di gestione magazzini;
- Informatizzare gli ordini per la protesica;
- Continuare a sviluppare ed esportare i flussi di dati istituzionali utilizzando il prodotto Flow Manager che ne permette l'automazione e il controllo delle singole estrazioni.

Gestione Personale

Paghe e Rilevazione presenze sono completamente informatizzate. E' in corso di informatizzazione la Gestione della Pianta Organica attraverso il caricamento delle informazioni del personale e l'interfacciamento con EDOTTO.

La gestione dei giustificativi ferie e delle assenze avviene ancora con comunicazione cartacea ed inserimento manuale da parte dell'operatore ASL di Rilevazione Presenze.

E' stata avviata una attività di aggiornamento della intera piattaforma di gestione del personale che sarà sostituita con un nuovo software tecnologicamente evoluto e che risponde alle ultime esigenze normative e organizzative della ASL stessa.

In tale fase saranno inoltre analizzate ed informatizzate le funzioni necessarie alla gestione della formazione (sempre di competenza dell'Area del Personale) e alla gestione della turnistica all'interno dei reparti.

Area Gestione Tecnica

Sono installati e disponibili i software per la gestione delle manutenzioni, gestione immobili e utenze e un software per gli adempimenti di gara. Tali applicativi attualmente non sono utilizzati a pieno dagli operatori.

Ad oggi non è totalmente informatizzata la gestione delle gare d'appalto.

E' urgente completare l'automazione dei sistemi necessari al rispetto dei seguenti adempimenti obbligatori:

- conferimento dati ANAC (ex AVCP);
- conferimento dati MEF e sistema gestionale appalti (DLGS 229/2011).

Area Patrimonio

E' installato e disponibile il modulo per la gestione inventario integrato con la contabilità. Sono in fase di conclusione le attività necessarie alla definizione della organizzazione per permettere la rilevazione dell'attuale inventario e l'efficiente utilizzo del relativo modulo di gestione.

Non è disponibile un software specifico per la Gestione Gare e non risultano possibili quindi integrazioni automatizzate con i portali regionali e nazionali (osservatorio prezzi e tecnologie).

Controllo di Gestione

Il Sistema complessivo di Business Intelligence è installato e disponibile. E' in via di definizione la realizzazione di indicatori e cruscotti, con particolare riferimento all'Area di Gestione del Personale.

Sono in corso di acquisizione le funzionalità che permetteranno di esportare su piattaforma web i risultati delle analisi fatte attraverso il sistema di Business Intelligence a tutti gli operatori interessati, senza limitazioni sul numero di utenti raggiungibili.

Protocollo e Gestione Documentale

I Sistemi sono avviati e funzionanti. E' necessario definire il "*Titolario della Pubblica Amministrazione*" ed il "*Massimario di conservazione e di scarto*" per l'individuazione dei documenti da archiviare e i periodi di conservazione. Deve ancora altresì essere diffusa la firma digitale per la gestione dematerializzata dei documenti.

Civilia

E' il sistema usato per la gestione delle delibere e delle determine. Oggi permette di formattare tali documenti sulla base di template gestiti direttamente dall'utente del sistema.

Al fine di uniformare il formato degli atti prodotti dalla ASL è in corso una revisione e ottimizzazione dei template da utilizzare. Anche in merito al software, sono in corso aggiornamenti mirati ad un miglioramento della gestione dei layout prodotti.

Il software permette inoltre di utilizzare la firma digitale per la gestione delle richieste di modifica sugli atti. E' in corso la definizione delle modalità di utilizzo all'interno della ASL di tale funzione.

Folium

E' il sistema di protocollo della ASL.

Tutte le sue funzionalità sono operative, ed è in corso una analisi per permettere la velocizzazione dei processi più critici attraverso uno snellimento delle attività messe a disposizione dal software.

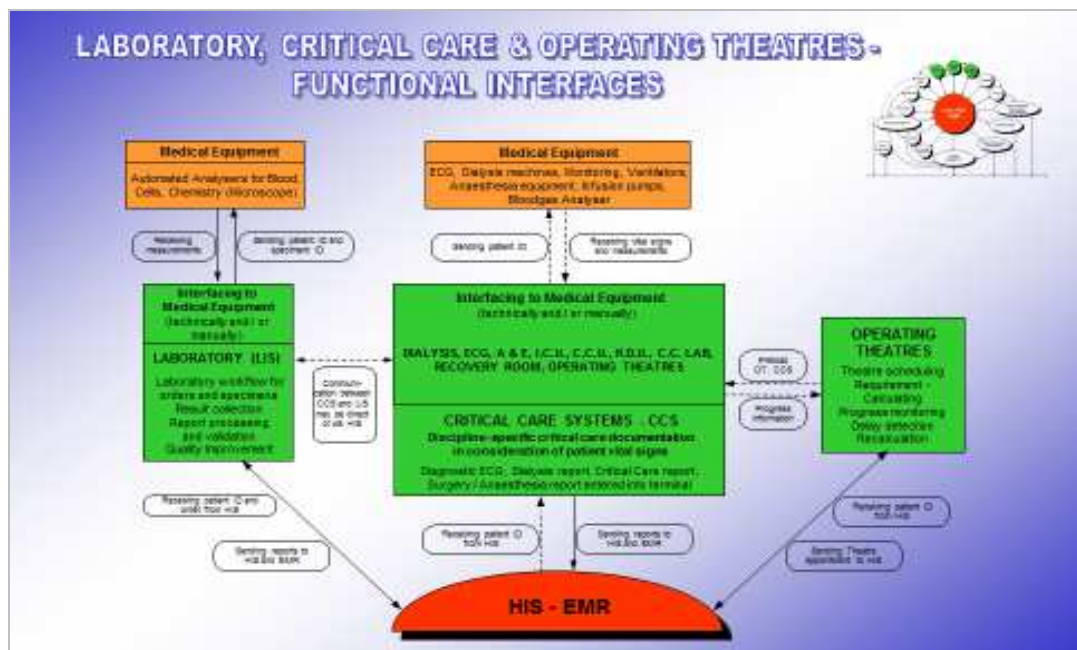
In ambito di sicurezza è in corso anche la definizione di dettaglio delle procedure di gestione dei dati sensibili che saranno riportate sul software.

Si precisa che non è stata ancora formalizzata la nomina del Responsabile del Protocollo e del Responsabile della Conservazione documentale prevista dal CAD e dai decreti attuativi; ciò crea problemi per la gestione dei dati sensibili e per gli adempimenti normativi previsti. Inoltre occorre formalizzare la Organizzazione per AOO e Uffici.

Formazione

Non è ancora disponibile un gestionale della formazione integrato con l'Area Personale per la corretta gestione dei corsi e dei crediti formativi. Non è ancora disponibile una piattaforma FAD (Formazione a distanza) che consenta l'organizzazione e la realizzazione di corsi e la realizzazione di un deposito di conoscenza utilizzabile.

Con l'attività in corso di aggiornamento della intera piattaforma di gestione del personale, saranno analizzate ed informatizzate le funzioni necessarie alla gestione della formazione e messa a disposizione la piattaforma FAD.



Presidi Ospedalieri

La cartella Clinica ONECARE è presente in tutte le strutture; mancano ancora alcune PDL (postazioni di lavoro); è in corso un ulteriore affiancamento per l'avvio a regime delle attività.

La gestione delle Dimissioni è interfacciata con il sistema regionale Edotto (SDO).

Per la completa gestione del sistema (refertazione e gestione terapie) e per la dematerializzazione della cartella clinica è tuttora necessaria l'attività di supporto e affiancamento, la generalizzazione della firma digitale e la messa a regime del sistema di conservazione.

In corso di sperimentazione è l'utilizzo dei sistemi mobile con la distribuzione di alcuni tablet sanitari.

Le prime evidenze indicano che è necessario definire con precisione a livello sanitario le modalità di impiego del tablet e realizzare una interfaccia specifica in quanto quella web non è idonea per l'utilizzo mobile. Sembrerebbe più utile in questo senso optare per il carrello informatizzato da usare anche per la gestione terapia (è allo studio l'ipotesi di avviare una sperimentazione in tal senso).

Per un settore così storicamente cartaceo e resistente al cambiamento è necessario un forte impegno delle direzioni sanitarie.

Hedox (repository sanitario)

Il sistema di archiviazione/repository "Dossier Sanitario" necessario per la realizzazione del FSE è installato e disponibile. Non può comunque essere alimentato finché non saranno definiti i documenti da archiviare e le procedure necessarie e non sarà generalizzato l'utilizzo della firma digitale.

Sale Operatorie

Sistema installato e non operativo a causa della carenza di alcune postazioni informatiche. E' in corso l'adeguamento informatico delle sale operatorie e l'affiancamento all'utenza per l'effettivo utilizzo.

Distretti

Attualmente gli ambulatori ricevono dal CUP la lista giornaliera delle prenotazioni e spuntano le prestazioni erogate.

La libera professione intramuraria è gestita come richiesto dalle norme.

L'integrazione della ricetta dematerializzata con l'integrazione dei sistemi regionali è attiva.

E' necessario completare la dotazione informatica (circa 200 PdL già consegnate quest'anno e un centinaio ancora necessarie) e avviare le attività di formazione e affiancamento per la gestione della cartella clinica ambulatoriale.

Dipartimento Salute Mentale

È da introdurre la Cartella Clinica ambulatoriale e integrare il sistema con il sistema Regionale.

In fase di completamento la consegna delle postazioni di lavoro con circa 80 PdL in comodato dalla Regione.

Dipartimento di Prevenzione

Sistema installato e disponibile. Definito ed in corso di svolgimento il piano di attività per portare all'utilizzo di tutte le funzionalità del software da parte degli operatori. Il completamento del piano è previsto entro l'anno 2015. In completamento la fornitura di PDL (90 postazioni ed una ventina di portatili, acquistati con fondi del Dipartimento).

In fase di avvio l'allestimento di funzionalità relative alla gestione della Ossigenoterapia e della protesica.

E' in corso l'introduzione di un'applicazione mobile off line per le verifiche in sito con la possibilità di firma grafometrica e l'invio del report all'utente tramite PEC.

Consultori

Sistema operativo e a regime.

Laboratori Di Analisi

Il sistema POWERLAB di Noema Life è in uso da diversi anni. I laboratori sono in rete.

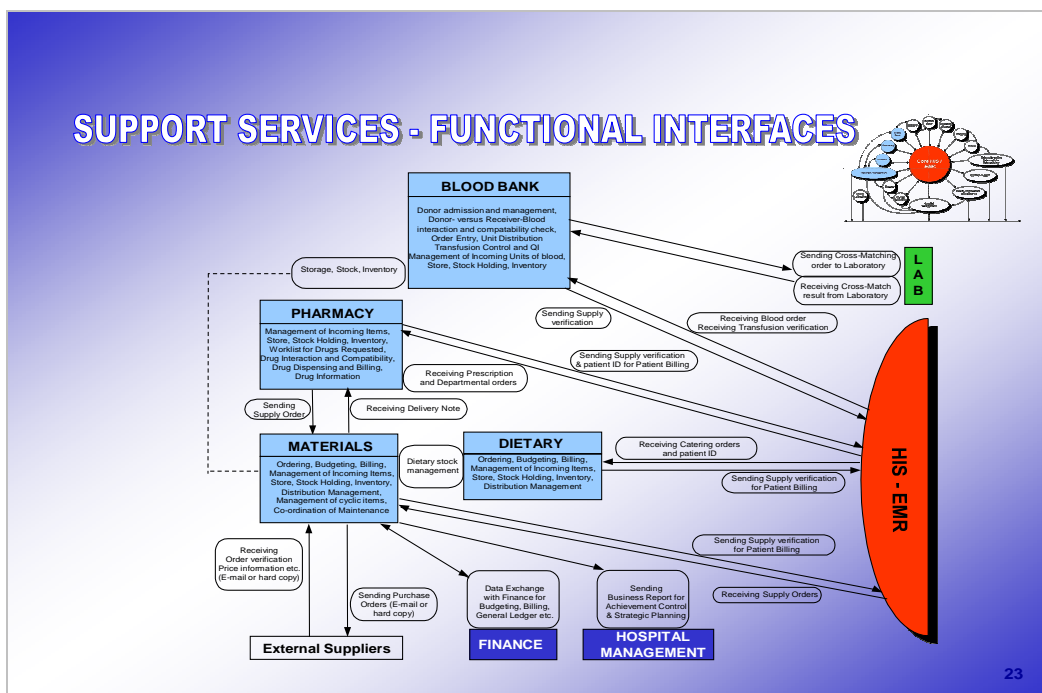
È in corso una attività di integrazione logica (laboratorio unico) dei diversi laboratori (9 nella Provincia) con un sistema di centralizzazione e backup presso la server farm di Foggia. Il sistema è interfacciato con la cartella clinica.

Servizio Trasfusionale

Il sistema EMODATA di Tesi è in uso da diversi anni. È stato completato l'interfacciamento con Edotto. I Centri trasfusionali sono stati accreditati. Da completare l'informatizzazione di Lucera, sede periferica del Servizio di San Severo.

Dialisi

Sistema operativo e a regime.



Farmacia

L'Informatizzazione della Farmacia è completa. Sono attivi gli ordini da reparto e i flussi informativi sono erogati con regolarità.

C.U.P.

Completamente informatizzato, avviata l'attività di annullamento prenotazioni telefoniche e gestione ALPI. Da completare l'interfacciamento con l'anagrafica di Edotto.

È stata avviata, altresì, l'attività sperimentale di contact center telefonico. Sono state avviate ma per ora sospese le attività di condivisione dello stesso con gli OO.RR..

L'attivazione di canali alternativi allo sportello in via di realizzazione (ad esempio la prenotazione Web attraverso il portale regionale), previsti dalle linee guida ministeriali del 2009, potrebbe comportare la necessità di rimodulare il personale attualmente addetto agli sportelli (oltre 50 unità).

Canali di accesso

- sportello presidiato: rappresenta l'esempio più diffuso e consiste nello sportello sito presso una struttura erogatrice con operatore dedicato (modello tradizionale);
- telefono: consiste in un numero dedicato a cui si può rivolgere l'utente per parlare con un operatore di call center ed effettuare o disdire la prenotazione (attivato in via sperimentale);
- prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari (Medici, infermieri, ecc...) allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente (funzionante per le visite di controllo);
- prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il Sistema CUP (non attivo);
- prenotazioni ad uno sportello CUP sito in strutture convenzionate (Associazioni Mediche, Istituti accreditati, Associazioni di Volontariato, Comuni, ecc.) (non attivo);
- prenotazioni WEB effettuate direttamente dall'utente (in fase di attivazione attraverso il portale regionale);
- Sistema automatico di prenotazione e/o accettazione (totem, in via di attivazione sperimentale per accettazione esenti).

Ulteriori sviluppi

- Servizi di accettazione (attualmente in avvio la sperimentazione) e pagamento automatizzato.
- Videosorveglianza dei servizi.
- Sistema di messaggistica audiovisiva con monitor.

EDOTTO e portali regionali e nazionali

La ASL ha l'obbligo di utilizzare alcuni portali Regionali e nazionali per fornire una serie di informazioni e/o soddisfare dei debiti informativi.

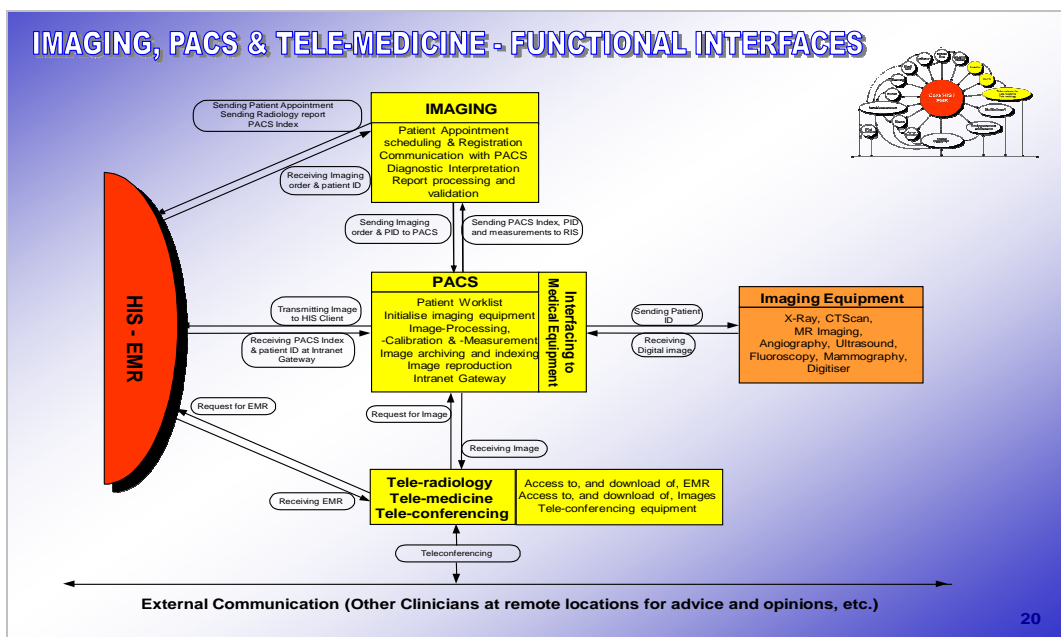
Edotto è supportato da 5 tecnici di Exprivia presenti presso la ASL. I vari portali regionali e nazionali (CSM, SIST, GIAVA INPS ed altri) non sono invece supportati localmente e non rientrano nei compiti dell'RTI, per cui risulta estremamente complicato fornire supporto.

Lo scenario in via di definizione è che le integrazioni possibili saranno realizzate in modo da consentire di gestire i dati in azienda e trasmetterli in automatico.

Si consideri che, come da Capitolato e da Progetto tecnico dell'RTI, sono previste ed in via di realizzazione una serie di integrazioni con i vari portali, anche se non sempre sono disponibili possibilità di integrazione. L'RTI ha reso disponibile una piattaforma di Integrazione (Mirth). E' necessario definire gli scenari.

Mirth

Il gateway Mirth è un appliance o un software che dalle tue tabelle di db (o altri mezzi) crea messaggi HL7, e che esporta Canali LLP (o altri mezzi) per essere invocati da applicativi esterni con messaggi HL7, e convertiti nei nostri formati di dato (tabelle o altro) Da utilizzare per l'integrazione dei software sanitari.



Radiologie

Sono stati messi a disposizione diversi server RIS PACS presso le strutture ospedaliere nelle quali è possibile collegare le strutture territoriali.

L'infrastruttura non è completa a livello di installazioni e licenze e servirebbe completare la rete dei sistemi di refertazione e visualizzazione e la digitalizzazione dei sistemi analogici ancora presenti (CR e DR). La ASL ha creato, su invito della Regione, un gruppo di lavoro con il compito di definire le necessità della ASL per partecipare ad un bando di gara regionale con fondi europei.

E' necessario procedere all'integrazione del Sistema RIS PACS nel Sistema Informativo Aziendale con la Cartella Clinica, il CUP ed il Pronto Soccorso.

È necessario che le Reti informatiche su cui sono presenti sistemi EM (elettromedicali) siano gestite secondo gli standard non solo di "Security" delle informazioni ma anche di "Safety" dei pazienti e degli operatori.

Firma Digitale

Per un completo avvio della Amministrazione digitale serve un utilizzo generalizzato della firma digitale, ora in possesso di alcune figure apicali, dell'area Tecnica e dei medici prescrittori (CNS) per la ricetta dematerializzata.

La firma digitale può essere utilizzata al momento per: referti, dimissioni, fatturazione, cartella clinica, gestione documentale (protocolli delibere e determine), documenti di gara.

E' necessario definire la strategia per la diffusione della firma digitale.

Firma grafometrica

E' allo studio anche la possibilità di utilizzo della firma grafometrica (firma elettronica avanzata ai sensi del DPCM 22/02/2013) per:

- Verifiche in situ per tecnici del Dipartimento di Prevenzione
- Acquisizione del consenso informato
- Firme sui documenti (delibere e determine)
- Firma di referti e cartelle cliniche

Conservazione Sostitutiva

Per poter procedere verso la completa dematerializzazione è necessario che i documenti firmati digitalmente siano avviati ad un sistema di conservazione sostitutiva.

In tal senso vanno definite le procedure e l'organizzazione da parte della Direzione Strategica. Una soluzione alternativa è in via di sviluppo presso la Regione Puglia e una ulteriore soluzione è quella di utilizzare i sistemi della Regione Emilia Romagna che offre questo servizio agli enti pubblici; ma è comunque necessario definire l'organizzazione interna (Manuale di conservazione sostitutiva e Responsabile della Stessa).

E' necessario procedere con urgenza in quanto la fatturazione elettronica è pienamente operativa.

Servizio Informatico (ICT Information & Communication Technology)

Sono in corso di definizione e redazione le procedure di dettaglio sulle pratiche operative da svolgere per diffondere il know-how ed eliminare dubbi operativi.

La maggior parte del personale tecnico ereditato dal precedente gestore è composta da assistenti applicativi sulle procedure amministrative e contabili. Sono poche le risorse in grado di seguire la sicurezza e quasi nessuna segue attualmente la parte sanitaria.

E' in corso una revisione della sistemazione logistica in quanto, nei locali oggi destinati, sono sistemate circa 20 persone. Una ipotesi allo studio è quella della redistribuzione del personale sul territorio, al fine di permettere più tempestivi interventi sulle postazioni di lavoro.

Sicurezza Informatica

Quello della SICUREZZA Informatica è un tema estremamente delicato ed attuale, assolutamente da non trascurare quando un sistema informatico con tutti i suoi dati è completamente online, come ormai il SISTEMA Informativo della ASL di Foggia.

La sicurezza informatica prevede una serie di strumenti e procedure da mettere in piedi per garantire che i dati ed i computer della ASL siano protetti da minacce esterne (o interne) e sia garantito il rispetto delle norme cogenti (Privacy, Codice Amministrazione Digitale e Crimine informatico).

Per dare un'idea si allega un elenco di minacce informatiche esistenti (non si tratta più del semplice virus, ma di qualcosa di estremamente articolato, complesso e invadente).

Tutti questi strumenti devono lavorare in sinergia tra di loro con una regia univoca:

Sicurezza perimetrale

- *Firewall*
- *Antivirus di frontiera*
- *Filtraggio di malware*
- *Intrusion Prevention System*
- *Analisi del traffico e filtraggio degli attacchi esterni al perimetro*
- *Sistemi che bloccano l'accesso a servizi non autorizzati dalle politiche aziendali di sicurezza (ad esempio chat, P2P, siti con contenuti non consoni, etc.)*
- *Traffico dati sicuro (VPN)*
- *Sistemi antispam*
- *Connessioni sicure e criptate (SSH HTTPS)*
- *Proxy*

Sicurezza interna

- *Sensibilizzazione e formazione utenti*
- *Single Sign On (SSO)*
- *Dominio*
- *Antivirus locali*
- *Identificazione sicura*
- *Aggiornamento software*
- *Control access list*
- *Profilazione utenti*
- *Procedure e regolamenti*

In via di realizzazione un dominio aziendale Active Directory. Attualmente sono sotto dominio circa 800 PDL su un totale di circa 2.500. Inoltre è in via di implementazione un sistema antivirus centralizzato in grado di gestire anche attività di antispam e web filtering.

Le altre attività sono in via di implementazione o di studio.

Il Contratto con l'RTI prevede solo la realizzazione dell'infrastruttura hardware e non la gestione ed il monitoraggio della sicurezza che richiede risorse dedicate e formate.

Per poter rendere operativo il sistema è necessario individuare un Responsabile della Sicurezza informatica ed un Responsabile della Sicurezza delle Informazioni e investire su risorse dedicate.

E' necessario un censimento completo della rete aziendale e delle connessioni esistenti verso l'esterno. E' necessario mettere il sistema di monitoraggio e sicurezza in condizioni di analizzare il traffico di rete e prevenire e curare gli attacchi informatici

Il sistema di log management (vedi provvedimento Garante della Privacy) è disponibile, e in fase di configurazione. Servono procedure e risorse dedicate (amministratori di sistema).

Continuità operativa e Disaster Recovery

Il codice per l'amministrazione digitale (CAD) prevede la Realizzazione di un Piano per la Continuità Operativa e per il ripristino in caso di disastro art. 50, da sottoporre al parere obbligatorio dell'AGID. Il Piano richiede una organizzazione e procedure necessarie per il salvataggio dei dati e il riavvio del sistema in un lasso di tempo da definire in base alle necessità dell'azienda. Quindi almeno i servizi critici devono poter essere riavviati in tempi ragionevoli.

I sistemi di backup aziendali sono totalmente a regime, ed in particolare è attivo un sistema di backup su nastro dell'intera infrastruttura virtualizzata, e delle basi dati, che garantisce un salvataggio dei dati con un disaster recovery di livello 1 (base), i tempi di ripristino possono variare da 1 giorno ad alcune settimane.

E' opportuno studiare un piano di attività che possa portare la ASL ad avere la disponibilità di un sistema di disaster recovery di livello 3 o 4 (riavvi nell'arco di ore o minuti).

Servizio IMAC (Manutenzione)

Il servizio di assistenza tecnica si è trovato a fronteggiare negli ultimi due anni, con l'introduzione del nuovo sistema, l'improvvisa obsolescenza di quasi tutto il parco macchine e la necessità di rendere disponibili postazioni di lavoro diffuse capillarmente per le necessità di Edotto, della ricetta dematerializzata e della cartella clinica.

Il servizio, con due sole risorse, ha consegnato oltre 400 PDL in pochi mesi ed oltre 800 PDL nell'ultimo anno e gestito centinaia di richieste di intervento.

Esiste un helpdesk di livello 0 con almeno due risorse contemporanee che attualmente opera solo sulla parte informatica e che si potrebbe estendere agli altri servizi della ASL.

Esistono diversi Help desk di livello 1 per la parte software, Reti, Hardware e Edotto.

E' stata implementata una piattaforma ticket per la gestione delle richieste di intervento (GLPI) che permette di monitorizzare i tempi di intervento ed il rispetto dei livelli di servizio.

Privacy

Un SIA moderno di una struttura sanitaria complessa e polverizzata sul territorio come una ASL, pone forti problemi legati alla Privacy degli utenti e dei dipendenti. Ormai buona parte dei requisiti privacy sono a carico del Sistema Informativo a causa della completa dematerializzazione della documentazione cartacea prevista dalle norme, come anche evidenziato dai numerosi provvedimenti del garante sul tema, a partire da semplici adempimenti documentali (lettere di incarico, procedure) fino ad una corretta gestione e protezione dei dati sensibili (controllo degli accessi, anonimizzazione, sistemi di protezione attivi, gestione dei log ecc., backup)

Sono necessarie risorse dedicate e formate su tale aspetto al momento non disponibili

Scenario Futuro

In base a quanto descritto si evincono abbastanza chiaramente gli scenari futuri per i prossimi 5 anni.

Nell'immediato si prevede di:

- completare la totale diffusione degli attuali software verso tutti gli utenti interessati della ASL, al fine di permetterne la massima efficienza ed efficacia nell'utilizzo;
- procedere con le integrazioni possibili tra i sistemi della ASL e i sistemi esterni;
- completare il censimento delle macchine e della rete. Completare la diffusione del dominio su tutta la ASL;
- definire il modello operativo e dell'organizzazione della gestione documentale DPCM 13/11/2014.

Obiettivi entro il 2016:

- Distribuzione della firma digitale. avvio del sistema di gestione documentale. Avvio conservazione sostitutiva. DEMATERIALIZZAZIONE COMPLETA;
- Realizzazione di un piano di continuità operativa e di disaster recovery almeno di livello 2;
- Integrazione del sistema Ris Pacs nell'infrastruttura aziendale;
- Sistema informativo gestione gare;
- Introduzione del mobile;
- Introduzione automazione di tutte le attività connesse alla rilevazione presenze (gestione ferie, gestione turni, gestione reperibilità, mancate timbrature, ecc...);
- Introduzione dei sistemi necessari alla gestione informatizzata della formazione;
- Revisione e sistematizzazione degli adempimenti privacy.

Obiettivi entro il 2018:

- Configurazione del Single Sign ON su tutti i sistemi della ASL;
- Analisi e avviamento delle attività legate ai temi della sicurezza e privacy;
- Integrazione e gestione unitaria della sicurezza con personale adeguatamente formato;
- Spinta verso una maggior integrazione dei sistemi anche a livello regionale;
- Realizzazione di una infrastruttura di disaster recovery.

Obiettivi entro il 2019:

- Integrazione dei diagnostici e dei monitor clinici in cartella clinica;
- Razionalizzazione e consolidamento della Server farm, utilizzo spinto del cloud e del mobile (telemedicina);
- Rinnovamento tecnologie.

Oltre è estremamente difficile spingersi per gli scenari in forte evoluzione del settore informatico e della Pubblica amministrazione.

Conclusioni

Come si evince dal documento vi è la necessità di risorse nei settori sistemistici, della sicurezza e sanitari., Per poter assicurare una corretta governance del sistema, inoltre, è necessario creare e consolidare una struttura interna alla ASL, come previsto dalla L.R. 4/2010 e dal DIF 2010 dotandola delle risorse necessarie.

1.12 Il Piano Aziendale della Formazione 2015

Considerata centrale la cultura della partecipazione, al posto della cultura dell'adempimento, tutti gli operatori della A.S.L. FG sono tenuti ad assicurare, negli ambiti di propria competenza e in diretta correlazione con gli obiettivi aziendali, un impegno specifico e costante teso a pensare e curare il proprio bisogno formativo.

A tale scopo i Direttori di macrostruttura, coadiuvati da due Referenti (uno per l'area della dirigenza e uno per l'area del comparto) opportunamente formati, rilevano il bisogno formativo della Struttura che dirigono e lo rappresentano alla S.S. Formazione perché diventi parte integrante del Piano Aziendale della Formazione (P.A.F.).

Il Regolamento per l'attività Formativa, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 2434 del 15/12/2010, e la successiva Delibera di Giunta Regionale n. 394 del 5/3/2012 "Adozione delle linee di indirizzo sulla attività di formazione delle aziende sanitarie", prevedono che l'Ufficio Formazione proponga all'approvazione della Direzione Generale il Piano Aziendale di Formazione che può avere anche valenza pluriennale.

Per l'anno 2015 la S.S. Formazione, entro il mese di settembre 2014, ha raccolto le proposte inoltrate dalle singole articolazioni aziendali al fine della elaborazione del piano formativo per l'anno corrente.

Il P.A.F. 2015 è articolato in progetti formativi aziendali ed eventi formativi (accreditati e non ai fini ECM) tesi a favorire il coinvolgimento di tutte le figure professionali dell'Azienda, in coerenza con le finalità strategiche della stessa ed in linea con:

- le indicazioni di carattere nazionale espresse dalla Commissione Nazionale Formazione Continua in sede di Conferenza Stato-Regioni del 12 Aprile 2012;
- Deliberazione della Giunta Regionale 5 marzo 2012, n. 394 "Adozione delle linee di indirizzo regionale sulla attività di formazione nelle aziende sanitarie";
- il Programma Operativo 2013 – 2015, adottato con D.G.R. n. 1403 del 04/07/2014 "Approvazione Programma Operativo 2013- 2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012", che intende rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria, intrapresa dal Piano di rientro, anche attraverso la definizione di macro-obiettivi relativi alla formazione;
- le indicazioni espresse dalla Regione Puglia con il Piano Regionale della Cultura alla Salute adottato con D.G.R. n. 86 del 05/02/2011 "Piano Regionale della Cultura alla Salute 2012 – 2013";
- le indicazioni espresse dal Piano Regionale della Cultura alla Salute, definito dall'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità (ORFS) e adottato dalla Regione Puglia D.G.R. n. 381 del 03/03/2015 "Piano Regionale della Cultura alla Salute 2014 – 2015".

Di seguito si riportano tali indicazioni/ Obiettivi strategici della formazione aziendale.

- Miglioramento delle prestazioni sanitarie, erogate in regime di assistenza domiciliare, anche mediante la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi;
- Aggiornamento delle competenze disciplinari interprofessionali, non solo dal punto di vista scientifico e tecnico, ma anche da quello relazionale e

gestionale, alla luce di quanto disposto dal vigente piano di indirizzo nazionale sulla riabilitazione;

- Incremento della qualità dei controlli nei settori della prevenzione sul territorio, secondo procedure che seguano protocolli standardizzati, finalizzati ad assicurare ai cittadini:
 - sicurezza alimentare e nutrizionale;
 - salubrità degli ambienti di vita di lavoro;
 - prevenzione e controllo delle zoonosi, igiene e sanità degli allevamenti e dei concentramenti animali, verifica della sicurezza nella produzione e distribuzione di prodotti alimentari di origine animale;
 - controlli sulla sicurezza del lavoro;
 - pianificazione e realizzazione dei piani vaccinali.
- Implementazione nelle Strutture ospedaliere di tecniche innovative che migliorino l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari con l'obiettivo di aumentare i benefici per i pazienti;
- Potenziamento della possibilità di utilizzo delle apparecchiature elettromedicali, con l'obiettivo di aumentare qualitativamente e quantitativamente le prestazioni rese, al fine dell'abbattimento delle liste d'attesa;
- Aggiornamento degli Operatori nell'affrontare le problematiche socio-sanitarie legate agli abusi, ai maltrattamenti dei minori e ai fenomeni di violenza sulle donne;
- Potenziamento dell'attività diagnostica e assistenziale nel settore oncologico, ematologico, delle malattie neuro-degenerative e di quelle più strettamente legate a fattori ambientali;
- Sviluppo di nuove metodologie d'intervento nel settore delle dipendenze da alcool, da sostanze stupefacenti e delle nuove dipendenze;
- Implementazione e sviluppo di azioni e attività nel campo della salute mentale, con riguardo all'appropriatezza degli interventi, all'applicazione delle linee guida, alla diffusione delle buone pratiche nel settore psichiatrico, psicologico psicoterapico e socio-riabilitativo;
- Implementazione dei sistemi che guidino il personale sanitario al buon uso dei farmaci sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero;
- Utilizzazione in maniera appropriata delle Unità di Degenza Territoriale (U.D.T.) mediante una migliore conoscenza delle patologie che meglio rispondono a questo tipo di trattamento;
- Implementazione di nuovi protocolli diagnostici e terapeutici finalizzati a migliorare la collaborazione tra Ospedale, MMG-PLS e Ambulatori Distrettuali;
- Aggiornamento delle conoscenze sulle patologie con elevato impatto sociale e assistenziale, al fine di ottimizzare le risorse ed aumentare i benefici terapeutici per i pazienti;
- Attivazione di strategie per affrontare le problematiche legate alla corretta alimentazione e ai disturbi alimentari;
- Miglioramento delle capacità comunicative degli Operatori Sanitari nella gestione del rapporto con i pazienti e dei loro familiari;
- Interventi per migliorare la gestione del personale e il clima organizzativo;

- Monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi del personale che agisce in situazioni di emergenza-urgenza ed extra-ospedaliera;
- Attivazione del servizio d'intervento in situazioni di emergenza intra-ospedaliera;
- Sostegno alla professionalità del personale sanitario che s'interessa di trapianti e donazione degli organi;
- Potenziamento delle competenze degli Operatori in tema di gestione del rischio clinico;
- Implementazione dei modelli innovativi ed operativi di assistenza infermieristica ed ostetrica, che permettano il miglioramento delle prestazioni nei confronti del paziente;
- Aggiornamento in tema di tecniche chirurgiche che possano ulteriormente ridurre la mobilità sanitaria;
- Diffusione e applicazione di linee guida e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (P.D.T.A) in Ospedale e sul territorio;
- Definizione di un modello di analisi e misurazione della Cultura Etica Aziendale;
- Incremento delle competenze dirette alla gestione del budget, valutazione del personale e ciclo della performance;
- Modelli assistenziali multi professionali e multidisciplinari per la presa in carico delle cronicità;
- Modelli di welfare di comunità e di integrazione socio sanitaria;
- Modelli di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale;
- Sistemi di sorveglianza sulla prevalenza di fattori di rischio per patologie croniche ed oncologiche;
- Governo clinico – Qualità e rischio clinico;
- Sviluppo di competenze professionali e tecniche in campo epidemiologico;
- Gestione del conflitto in ambito sanitario;
- Sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva clinico assistenziale;
- Promozione e diffusione della cultura della Medicina Alternativa: agopuntura – fitoterapia e omeopatia;
- Modelli per la riduzione della mobilità passiva;
- Procedure e percorsi di bio-contenimento;
- Promozione e diffusione di linee guida e protocolli operativi in casi di pazienti affetti da Ebola;
- Health Technology Assessment (HTA).

Con la finalità di colmare i bisogni di formazione e aggiornamento del personale, strettamente legati alla specifica funzione esercitata all'interno di ciascuna Struttura e agli obiettivi indicati, con deliberazione D.G. n. 1267 del 29/10/2014, integrata con deliberazione D.G. n.325 del 16/03/2015, si è approvata la programmazione degli eventi formativi in agenda per l'anno corrente di cui si riporta l'elenco in allegato.

Nel P.A.F. 2015 sono inserite altre due tipologie di Corsi che, per il loro contenuto, sono trasversali e comuni a tutte le strutture aziendali ovvero obbligatori per norme specifiche (es. L. 90/2012 – D. Lgs. 33/2013) e precisamente sono ricompresi fra i seguenti:

- Sicurezza sul lavoro, nelle diverse tipologie previste dal Dlgs 81/2008;
- Gestione rifiuti sanitari;
- BLS (Basic Life Support Defibrillation) e relativo retraining;
- BLS pediatrico e relativo retraining;
- PTC (Prehospital Trauma Care);
- METAL (Medical Emergency Team Alert);
- Movimentazione Carichi;
- Antincendio;
- Office Automation (amministrazione digitale e Sistemi Informativi Aziendali);
- Procedure di gara;
- Metodologia per la valutazione delle prestazioni del personale;
- Codice di comportamento dei pubblici dipendenti e procedimenti disciplinari;
- Redazione atti amministrativi;
- Responsabilità professionali degli operatori sanitari;
- Cartella clinica informatizzata;
- Anticorruzione;
- Inglese scientifico per il personale sanitario;
- Inglese di base per il personale addetto a sportelli linee telefoniche di front-office;
- Corso comunicazione interpersonale per uscieri, commessi, centralinisti;
- Normativa Privacy;
- Comunicazione WEB e Trasparenza;
- Utilizzo Posta elettronica;
- Utilizzo Internet;
- Utilizzo firma elettronica;
- Acquisti e mercato;
- Archiviazione documenti.

Si ricorda che il processo di costruzione del P.A.F., come stabilito dal vigente Regolamento Aziendale per la Formazione, avviene secondo le azioni di seguito riportate:

- rilevazione e analisi del fabbisogno formativo;
- elaborazione del Piano Aziendale della Formazione, in linea con i bisogni formativi e gli obiettivi strategici aziendali;
- accreditamento dei corsi aziendali presso il Ministero della Salute, nel rispetto del sistema di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.);
- gestione della procedura di accesso alla formazione aziendale ed extra aziendale (avvisi,
- ammissione, attestazione crediti);

- liquidazione delle spese inerenti corsi di formazione aziendali ovvero derivanti dalla formazione extra aziendale (es. costi di locazione, stampa, costi di accreditamento ECM, affidamento incarico e liquidazione competenze ai docenti);
- supporto tecnico e metodologico alle Commissioni miste paritetiche per la formazione e l'aggiornamento professionale dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (la Formazione dei M.M.G. e P.L.S. è demandata per contratto a specifiche Commissioni Paritetiche. Alla Struttura Formazione è affidato solo l'onere dell'accreditamento ai fini E.C.M. e liquidazione delle spese autorizzate);
- supporto ai Referenti della Formazione per l'elaborazione dei progetti formativi ;
- collaborazione con organismi regionali e nazionali per la realizzazione di programmi di formazione territoriali (ad es. A.Re.S.-I.S.S.);
- organizzazione di convegni e congressi;
- segreteria dei corsi di formazione;
- coordinamento del Comitato Tecnico Scientifico aziendale per la formazione;
- collaborazione con l'ORFS in qualità di componente della Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina (D.G.R. n. 1234/2009).

Il budget assegnato alla Struttura risente di un notevole contenimento della spesa direttamente collegata ai vincoli imposti dal Piano di Rientro della Regione Puglia (*).

L'autorizzazione alla realizzazione dei corsi di formazione procede, pertanto, attraverso un'attenta

valutazione da parte del Comitato Tecnico Scientifico Aziendale circa l'opportunità e la congruenza degli stessi in relazione alle risorse economiche.

(*) Art. 6, comma 13, DECRETO-LEGGE 31 maggio 2010, n. 78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" convertito con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n. 122

"A decorrere dall'anno 2011 la spesa annua sostenuta dalle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3 dell'articolo 1 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, incluse le autorità indipendenti, per attività esclusivamente di formazione deve essere non superiore al 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009. Le predette amministrazioni svolgono prioritariamente l'attività di formazione tramite la Scuola superiore della pubblica amministrazione ovvero tramite i propri organismi di formazione. Gli atti e i contratti posti in essere in violazione della disposizione contenuta nel primo periodo del presente comma costituiscono illecito disciplinare e determinano responsabilità erariale. La disposizione di cui al presente comma non si applica all'attività di formazione effettuata dalle Forze armate, dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco e dalle Forze di Polizia tramite i propri organismi di formazione"

1.13 Il Piano Triennale Aziendale di Comunicazione Pubblica e Istituzionale

Premessa

Il Piano di comunicazione aziendale è lo strumento utile alla programmazione ed al coordinamento delle azioni al fine di attuare la comunicazione istituzionale dell'A.S.L. di Foggia nel triennio di riferimento.

Attraverso la pianificazione, inoltre, si individuano:

- gli obiettivi;
- gli strumenti;
- le risorse.

Il presente Piano di comunicazione, pertanto, coordina i precitati elementi in modo da permettere all'azienda di garantire la comunicazione con una visione strategica di insieme.

Esso rappresenta uno degli strumenti con cui l'Azienda pubblicizza divulga e valorizza le iniziative attuate e i servizi forniti ai cittadini. Di conseguenza, definisce ed aggiorna periodicamente gli obiettivi, i contenuti, gli strumenti, i tempi di attuazione e le modalità di verifica delle proprie iniziative di comunicazione.

La Legge 150/2000, e.s.m.i., *"Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"*; prevede, infatti, che tutte le attività di informazione e di comunicazione svolte in modo istituzionale dall'Azienda siano contenute in modo coordinato ed integrato nel *"Piano di comunicazione istituzionale"*.

La comunicazione, pertanto, diventa *"parte integrante dell'azione aziendale"*, così come previsto altresì dalla direttiva 7 febbraio 2002 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica.

La Direzione Strategica della ASL FG, infatti, in applicazione alla L.150/2000, ha voluto adottare il Piano di Comunicazione Aziendale nell'ambito della Pianificazione triennale e della Programmazione annuale delle attività.

In tale contesto, il processo di comunicazione non deve essere inteso come una mera esigenza di "dare le notizie", ma è parte integrante dei processi decisionali della Direzione Strategica.

La modalità con cui l'Azienda è in grado di informare, coinvolgere ed orientare i cittadini nella tutela della propria salute ed all'appropriato utilizzo dei servizi sanitari è un passaggio indispensabile nel percorso di gestione aziendale.

Una comunicazione aziendale efficace, sia interna che esterna, consente, infatti, ricadute positive non solo sulla percezione della qualità del servizio offerto al cittadino, ma anche sul miglioramento della qualità dei servizi a partire dal loro più razionale utilizzo.

Il presente piano di comunicazione, pertanto, garantisce e coordina una parte specifica della comunicazione aziendale, quella che viene definita *"comunicazione istituzionale"*.

La comunicazione, infatti, è un elemento fondamentale nel settore sanitario, basti pensare alla costante e quotidiana comunicazione con il cittadino/paziente in merito ai percorsi di diagnosi e cura o ai servizi erogati dall'azienda.

Il coordinamento della comunicazione aziendale secondo gli indirizzi contenuti nel presente piano è indispensabile anche alla luce della complessità orografica del territorio e dell'organizzazione dell'Azienda.

Nel settore “**Comunicazione Istituzionale Aziendale**” convergono tutte le attività di relazione con il pubblico, quali la gestione dei reclami, le segnalazioni e le attestazioni di soddisfazione dei cittadini, la rilevazione del grado di soddisfazione sui servizi erogati, la relazione e coinvolgimento del Terzo settore e degli organismi di volontariato, le informazioni agli utenti in merito alla fruizione di servizi e all’accesso alle strutture, i sistemi di accoglienza nei Presidi ospedalieri di riferimento, l’Ufficio Stampa e la gestione dei rapporti con gli organi di informazione.

I Riferimenti Normativi

La tematica della comunicazione istituzionale è stata riconosciuta come uno degli assi portanti nella programmazione delle politiche per la salute, nonché dalla normativa in materia di qualità ed umanizzazione dei servizi pubblici.

I riferimenti normativi di carattere nazionale riguardanti la comunicazione istituzionale delle Aziende pubbliche sono:

- Decreto Legislativo n. 502/1992 e ss.mm.ii.: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994: “*Principi sull’erogazione dei servizi pubblici*”;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994: “*Direttiva sui principi per le relazioni con il pubblico*”;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995: “*Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari*”;
- Decreto del Ministro della Sanità 15 ottobre 1996: “*Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie*”;
- Legge n. 650/1996: “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 ottobre 1996, n. 545, recante disposizioni urgenti per l’esercizio dell’attività radiotelevisiva e delle telecomunicazioni, interventi per il riordino della RAI S.p.a., nel settore dell’editoria e dello spettacolo, per l’emittenza televisiva e sonora in ambito locale nonché per le trasmissioni televisive in forma codificata*”;
- Legge n. 150/2000: “*Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni*”;
- Decreto legislativo n. 267/2000: “*Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali*”;
- Decreto Legislativo n. 165/2001: “*Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*”
- Decreto del Presidente della Repubblica n° 422/01: “*Regolamento recante norme per l’individuazione dei titoli professionali del personale da utilizzare presso le pubbliche amministrazioni per le attività di informazione e di comunicazione e disciplina degli interventi formativi*”;
- Direttiva 7 febbraio 2002 della presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della funzione pubblica: “*attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni*”;

- Direttiva 8 maggio 2002 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica: *“Semplificazione del linguaggio dei testi amministrativi”*;
- Direttiva 24 marzo 2004 Ministro della funzione pubblica: *“Rilevazione della qualità percepita dai cittadini”*;
- Direttiva 27 luglio 2005 Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie: *“Qualità dei servizi on-line e misurazione della soddisfazione degli utenti”*;
- Legge n. 69/2009: *“Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile”* - art. 21, comma 1 – pubblicazione delle informazioni relative ai dirigenti (curriculum vitae, retribuzione, recapiti istituzionali);
- Direttiva n.8/09 del Ministro per la Pubblica amministrazione e l'innovazione, per la riduzione dei siti web delle pubbliche amministrazioni e per il miglioramento della qualità dei servizi e delle informazioni on line al cittadino;
- Linee guida per i siti web della PA – ex art. 4 della Direttiva 8/09 del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione;
- Decreto legislativo n. 235/2010: *“Codice dell'Amministrazione Digitale”*;
- Legge n. 183/2010: *“Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”* - art. 5: necessità di istituire la banca dati “Dirigenti” presso il Dipartimento della Funzione Pubblica - Circolare n. 03/2009, 17 luglio 2009 - Circolare n. 05/2009, 12 ottobre 2009 - Circolare n. 01/2010, 14 gennaio 2010.

Le Finalità

A partire dagli anni '90 prende avvio in Italia una riflessione organica sulla necessità di riforma del sistema delle pubbliche amministrazioni e, in particolare, sul ruolo da attribuire alla comunicazione pubblica. Si avverte, pertanto, la necessità di stabilire un rapporto nuovo con il cittadino su basi relazionali, collaborative, partecipative e di servizio, in funzione del principio della trasparenza.

È in questa stagione che si comincia a parlare di “amministrazione condivisa” il cui elemento cardine è la collaborazione e la reciproca fiducia fra amministrazione e cittadini, incardinati, per la prima volta, al centro delle attività amministrative come soggetti attivi.

L'Azienda Sanitaria Locale di Foggia, in conformità con quanto disposto dalle norme e dai regolamenti nazionali e regionali (e in particolare dall'art. 1 della legge 23 dicembre 1996 n. 650) che prevedono che gli enti pubblici territoriali e gli altri enti pubblici a rilevanza regionale e locale sono tenuti a destinare almeno il 25% delle somme stanziare in bilancio per le campagne pubblicitarie e di promozione delle proprie attività, con questo Piano di Comunicazione Pubblica e Istituzionale intende pianificare la comunicazione istituzionale e le campagne di informazione finalizzati ad aggiornare i cittadini sull'attività delle strutture, dei servizi e di tutta l'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Foggia, in una ottica di trasparenza enunciata dalla legge n. 142 dell'8/06/1990 e ss.mm.ii..

La pianificazione della comunicazione aziendale è un mezzo a disposizione di tutti i soggetti istituzionali interessanti da processi e procedure di rilevanza esterna utili a dare massima e diffusione alle attività svolte e tutte le informazioni al cittadino, alle imprese, alle associazioni e alla crescita dell'immagine dell'organizzazione nel principio della massima trasparenza.

Sul piano dei contenuti, all'interno della pianificazione della "Comunicazione Pubblica", si possono individuare due diverse tipologie d'indirizzo:

- **Publicità Istituzionale:** divulgazione dell'attività dell'Azienda sotto forma di informazione ai cittadini, imprese e associazioni;
- **Publicità di Utilità Sociale:** promozione di campagne istituzionali a cura dell'Azienda su grandi temi sociali e di interesse pubblico.

In questo Piano sono state considerate entrambe le esigenze, per soddisfare le quali, nell'attuale contesto cross-mediale, non si può prescindere dalla digitalizzazione dei media che ha cambiato il volto della circolazione dell'informazione.

La diffusione di internet ha portato al proliferare, anche in provincia di Foggia, di innumerevoli testate giornalistiche on line con indici di visualizzazione molto elevati, che hanno affiancato i "mezzi" tradizionali quali carta stampata, radio e televisione.

Una comunicazione istituzionale efficace, dunque, per raggiungere un target eterogeneo quale è quello della comunità di riferimento di una Azienda sanitaria Locale, deve essere essa stessa cross-mediale, capace di affidare lo stesso messaggio ai diversi canali parlando il loro linguaggio.

La traduzione della comunicazione istituzionale in chiave cross-mediale comporta quindi la realizzazione di progetti editoriali che prevedano l'uso, la partecipazione e la contaminazione di più linguaggi e di diversi mezzi e tecnologie di comunicazione simultaneamente, che ben si adattano alle nuove competenze che la digitalizzazione ha imposto agli utenti di acquisire. Tra queste la capacità di multitasking, intesa come la possibilità di eseguire contemporaneamente più operazioni, che predispone alla fruizione contestuale di più media.

La Pianificazione delle "Publicità Istituzionali" e delle "Publicità di Utilità Sociale"

La realizzazione di programmi di informazione e spot, così come la pubblicazione cartacea di redazionali, è affidata all'autonomia redazionale della testata giornalistica e sotto propria diretta responsabilità.

Il Dirigente Responsabile della Comunicazione Istituzionale ha il compito di verificare il rispetto delle condizioni contrattuali, segnalando l'andamento dell'attività per l'adozione delle decisioni di merito, con riferimento anche al mantenimento della qualità di produzione.

Lo stesso Dirigente svolgerà, inoltre, una generale attività di coordinamento sulla pianificazione della comunicazione pubblica avvalendosi dell'U.R.P., dell'addetto stampa e di eventuali esperti e consulenti di comunicazione e marketing.

Allo stesso tempo sarà preposto alla vigilanza e all'indirizzo della programmazione.

Per quanto altro si fa riferimento al "Codice di Autodisciplina Pubblicitaria Italiana", 26a edizione in vigore dal 1° ottobre 1997, che al titolo VI parla di "Publicità Sociale" ed alla legge 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni".

1.13.1 **La Pianificazione Triennale Aziendale**

I concessionari rispondenti alle caratteristiche individuate in un bando pubblico sono vincolati alle direttive del Dirigente Responsabile della Comunicazione Istituzionale della ASL FG che annualmente elabora il **Programma Annuale della Comunicazione Pubblica e Istituzionale**.

Al fine di una più equa distribuzione delle risorse disponibili, è opportuno prevedere una ripartizione che produca il migliore rapporto costo – beneficio.

Una volta individuate l'azienda realizzatrice dei contributi audiovisivi e l'azienda di stampa dei prodotti cartacei e le testate secondo i criteri esplicitati nel bando pubblico, attraverso uno specifico capitolato, è opportuno organizzare il Programma annuale di Comunicazione Pubblica e Istituzionale prevedendo strumenti e tecniche appropriate ed efficaci come:

- **Produzione spots:** a carattere “territoriale”. È preferibile affidare questa produzione, costituita da riprese, interviste, registrazioni e montaggio audio, montaggio video e grafica computerizzata, ad una azienda specializzata, capace di assicurare un rapporto competitivo tra costi e qualità tecnologica e professionale. Lo stesso prodotto sarà messo in onda su tutte le emittenti individuate dal bando pubblico;
- **Spots pubblicitari:** su **emittenti televisive** per la pianificazione a livello provinciale e regionale. La loro messa in onda deve essere concentrata sulle emittenti provinciali e programmata all'inizio o subito in coda ai telegiornali o all'interno di trasmissioni a carattere locale; solo un numero esiguo, in considerazione della particolarità del tema trattato, sarà trasmesso sulle emittenti a carattere regionale. Dovendo le testate individuate utilizzare gli spots pubblicitari, come illustrato al precedente punto A, non solo per informare i cittadini di nuovi servizi, ma anche per le manifestazioni e le iniziative che si svolgeranno in Capitanata, oltre che per campagne di utilità sociale e messaggi di pubblica utilità, appare evidente che essi debbano essere diffusi in modo capillare tra le comunità interessate. L'eventuale messa in onda sulle emittenti va pianificata nella quantità in relazione alle loro aree di competenza;
- **Redazionali televisivi “brevi”:** prioritariamente su emittenti televisive locali. Tale scelta è giustificata dal fatto che le stesse, a fronte di costi competitivi, sono solite produrre notiziari e trasmissioni fortemente radicate al territorio, con indici di ascolto elevati. La loro messa in onda deve avvenire all'interno o subito in coda ai telegiornali o trasmissioni a carattere locale;
- **Redazionali su carta stampata:** prioritariamente sulle testate giornalistiche locali o che abbiano inserti dedicati alla provincia di Foggia individuate dal bando pubblico. La pubblicazione va programmata all'interno delle pagine destinate alla Capitanata;
- **Manifesti e locandine:** strumenti classici e di intramontabile utilizzo da distribuire nelle sale di attesa. Servono a raggiungere l'utenza che presenta ancora difficoltà ad interagire con le nuove tecnologie e predilige l'informazione cartacea;
- **Banner:** la scelta dovrà ricadere principalmente su siti web di informazione locale individuati dal bando pubblico;
- **Maxischermo:** per la riproduzione continua degli spot aziendali e per la trasmissione di comunicazioni di pubblica utilità. L'unico costo è derivante dall'acquisto della strumentazione;

- **Social Network:** apertura e gestione di una pagina su Facebook. Al momento è certamente lo strumento che ha un maggiore impatto sociale e un numero esponenziale di fruitori abituali. Tale strumento è a carattere gratuito;
- **App istituzionale:** messa a disposizione dalla GPI, azienda fornitrice dei servizi informatici aziendali. Tale strumento è a carattere gratuito;
- **Rivista aziendale online:** dovrà essere regolarmente registrata presso il tribunale di Foggia e diretta da un direttore responsabile iscritto all'Ordine dei Giornalisti. Vi si dedicherà esclusivamente personale interno all'azienda. Tale strumento è a carattere gratuito.

Gli Obiettivi

Il Piano di comunicazione della Azienda Sanitaria Locale di Foggia è correlato con gli obiettivi strategici della Pianificazione e Programmazione delle attività aziendale.

Gli obiettivi che il presente Piano di Comunicazione si prefigge sono:

- sviluppo di una coerente strategia di comunicazione, effettuata in modo costante, coordinato ed integrato;
- sviluppo e gestione professionale e sistematica della comunicazione esterna in particolare nei rapporti con gli organi di informazione;
- realizzazione di un sistema continuo di comunicazione interna ed esterna, sia per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa, che per un pieno coinvolgimento degli operatori nel cambiamento, stimolando in tal senso lo spirito di appartenenza all'Azienda;
- ottimizzazione dei costi e dell'impiego delle risorse finanziarie attraverso la pianificazione e il monitoraggio delle attività di informazione e comunicazione.

Strumenti ed Azioni di Intervento					
n.	Obiettivo Generale	Obiettivi Specifici	Azioni	Indicatori di Risultato	Servizi coinvolto
1.	Informazione e Comunicazione Potenziare la rete di Informazione e Comunicazione interna	a) Collaborare con la redazione dell'URP per la realizzazione di campagne di promozione e di sensibilizzazione;	Definizione di una scheda progetto per ogni evento comunicativo;	<ul style="list-style-type: none"> o N. Schede progetto pervenute; o N. proposte realizzate tramite questo canale/anno; 	URP e Gruppo Operativo della Rete aziendale Ufficio Stampa
		b) Migliorare il livello d'informazione , tra strutture, servizi e personale e favorire la circolarità;	Invio News letter, rassegna stampa, Conferenze alle dipendenti e ai dipendenti formati nei Corsi organizzati dal Comitato Unico di Garanzia e dal TTSMG;	<ul style="list-style-type: none"> o N. invii effettuati nel mese; 	URP e Gruppo Operativo della Rete aziendale

		c) Potenziare la dotazione tecnologica delle sedi URP	Creazione Archivio PEC di San Severo; Dotazione PC e stampante sedi di Foggia;	o Attivazione o N. PC/sede	Controllo di Gestione e Informatizzazione Responsabile Edotto
2.	Informazione e Comunicazione Potenziare la rete di Informazione e Comunicazione esterna	a) Realizzare la Newsletter aziendale	Redazione coordinata su input interno della Rete aziendale e input esterno del CCM	o N. News Inviata e pubblicate sul sito/anno	Ufficio Stampa URP Gruppo Operativo della Rete aziendale, CCM
		b) Potenziare la fruibilità dei servizi	Realizzazione di Totem, targhe e altro tipo di strumenti nei servizi carenti Raccolta e diffusione di materiali informativo con strumenti audio-video	o N. Presidi coperti o N. Materiale prodotto/anno	URP, Gruppo Operativo della Rete aziendale, CCM Ufficio Stampa
		c) Migliorare l'accoglienza nelle sale d'attesa (Report trimestrale dei reclami, segnalazioni, suggerimenti)	N. Presidi coperti N. Materiale raccolto/anno	o N. Monitor installati	URP, Controllo di gestione e Informatizzazione Resp.Edotto
3.	Umanizzazione Potenziare l'Ascolto e la Tutela	a) Regolamentare l'apertura del CUP diretto con comunicazioni (cartellonistica, ecc.) chiare e trasparenti (Report trimestrale dei reclami, segnalazioni, suggerimenti)	Restyling cartelli e chiarezza delle informazioni	o N. Reclami per trimestre/totale	URP, GPI, Controllo di gestione e Informatizzazione
		b) Uniformare gli orari di apertura degli sportelli Front Office di ciascun Distretto S.S. (CUP, Scelta e revoca del MMG e PLS, esenzione ticket), (Report trimestrale dei reclami, segnalazioni, suggerimenti)	Regolamentazione orario e controllo sulla realizzazione	o N. Reclami per trimestre/totale	URP, GPI, Distretti S.S. Ufficio Stampa
		c) Unificare il sistema elimina code per selezionare con semplicità il servizio di interesse (Report trimestrale dei reclami, segnalazioni, suggerimenti)	Installazione di Totem unico per permettere ai pazienti di selezionare con semplicità il servizio di loro interesse	o N. Reclami per trimestre/totale	URP, GPI, Distretti S.S. Ufficio Stampa
		d) Formare il personale del Front Office sulle tecniche di comunicazione e gestione dei conflitti con il pubblico (Report trimestrale dei reclami, segnalazioni, suggerimenti)	Corso di Formazione con supervisione e affiancamento sul campo	o N. Reclami per trimestre/totale	URP, Controllo di gestione e Informatizzazione, Distretti S.S., Agenzia di Formazione Servizio Civile

		e) Attivare WIFI gratuito per l'accesso al Portale e altre necessità	Realizzazione di Free WI zone nelle strutture a maggior accesso di pubblico	<ul style="list-style-type: none"> o N. Zone Free WIFI o 	URP, Controllo di gestione e Informatizzazione Ufficio Stampa
		f) Migliorare la tutela delle donne maltrattate e vittime di violenza	Gruppo di coordinamento aziendale Redazione Regolamento Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> o N. casi gestiti 	URP, Prog. Femminile Plurale, Gruppo Medici Prog. Viola, TTSMG Ufficio Stampa
4.	Partecipazione Coinvolgere le Associazioni e gli Organismi di tutela	a) Coinvolgere il CCM nella stesura dell'Atto Aziendale e in tutti gli atti di pubblico interesse (Carta dei Servizi, Guide, ecc)	Incontri programmati con produzione di atti ufficiali e programmi attuativi	<ul style="list-style-type: none"> o N. Atti condivisi/totale atti prodotti 	URP, CCM, Direzione Strategica
5.	Gestire i rapporti con i media	a) Organizzare le Conferenze Stampa unitamente al U.I. attivando la partecipazione del CCM (Accountabiliy)	Redazione di articoli a carattere scientifico e divulgativo e pubblicazione su testate e quotidiani on line	<ul style="list-style-type: none"> o N. Articoli/anno 	Ufficio Stampa URP, Direz. Strategica
		b) Organizzare Video, spot, a tema	Redigere un piano di priorità	<ul style="list-style-type: none"> o N. Video/anno 	Ufficio Stampa URP, Direz. Strategica
		c) Organizzare videoriprese autonome (ASL FG) a integrazione dei media nei casi i cui le postazioni non sono raggiungibili	Gara d'appalto	<ul style="list-style-type: none"> o Evidenza Atto deliberativo o N. video realizzati 	Area del Patrimonio, URP, Uff. Inf. e stampa
6.	CUG Implementare il Benessere organizzativo	a) Implementare il modello di Ascolto	Deliberazione dello Sportello Ascolto	<ul style="list-style-type: none"> o Evidenza Atto deliberativo 	CUG, Direzione Strategica
		b) Adottare la Carta delle Pari Opportunità	Redazione Piano priorità	<ul style="list-style-type: none"> o Evidenza Atto deliberativo 	CUG, Direzione Strategica
		c) Adottare strategie di lotta al mobbing e sostegno alle pari opportunità	Formazione Focus Group Redazione Regolamento sul rispetto delle differenze di genere nella lingua (atti aziendali)	<ul style="list-style-type: none"> o N. Eventi/anno 	CUG, Strutture e Servizi
		d) Promuovere indagine benessere organizzativo	Coinvolgimento Consigliera di Parità Provinciale come da protocollo di intesa Aggiornamento dati indagine aziendale Laboratorio di idee e proposte con	<ul style="list-style-type: none"> o N. indagini/anno o N. Proposte realizzate/anno 	CUG, Area Gest. Risorse Umane CUG, Direzioni Strutture e Servizi

			consiste/ti corso CUG (prima e seconda edizione)		
		e) Coinvolgere attivamente direttori e dirigenti per promuovere il CUG e le azioni dello stesso	Intervento della Direzione strategica nelle azioni correttive del CUG	<ul style="list-style-type: none"> o N. Riunioni/anno o N. Lettere/anno 	CUG, Direzione strategica
7.	Tavolo Tecnico Salute e Medicina di Genere Promuovere la salute su misura e la presa in carico delle Cronicità e Fragilità	a) Implementare percorsi personalizzati di prevenzione	Redazione Linee Guida Ricognizione ambulatori e percorsi	<ul style="list-style-type: none"> o N. ambulatori che hanno adottato le linee guida 	Gruppo Coordinamento operativo TTSMG, strutture e serv. Interni
		b) Continuare la formazione del personale sanitario e socio-sanitario sui determinanti della salute legati al genere	Formazione e affiancamento	<ul style="list-style-type: none"> o N. eventi formativi/anno 	Gruppo Coordinamento operativo TTSMG, strutture e serv. Interni
		c) Promuovere la pubblicazione e la divulgazione di documenti e ricerche scientifiche sul tema	Richiesta materiale interno ed esterno Coordinamento scientifico Pubblicazione sul sito aziendale	<ul style="list-style-type: none"> o N. documenti e materiale pubblicato 	Gruppo Coordinamento operativo TTSMG, strutture e serv. interni

1.13.2 **La Programmazione Annuale Aziendale di Comunicazione Pubblica e Istituzionale**

La Pubblicità Istituzionale e la Pubblicità di Utilità sociale possono avvalersi di molteplici strumenti, tradizionali e innovativi, gratuiti e a pagamento.

Gli strumenti

Per l'attuazione del Piano di Comunicazione l'Azienda Sanitaria Locale di Foggia utilizza tutti gli strumenti tipici della comunicazione sia pubblica che privata.

A seconda dell'attività e della relativa tipologia di azione che si intende svolgere, vengono individuati gli strumenti ritenuti più efficaci per raggiungere i target di utenza corrispondenti agli obiettivi prefissati.

Gli strumenti e le azioni di comunicazione previsti per l'attuazione del Piano di Comunicazione sono:

- **comunicati stampa** di lancio (diffusione gratuita e a tappeto su vecchi e nuovi media);
- **conferenze stampa** di presentazione delle attività (aperte a tutti i giornalisti referenti delle testate locali con i quali l'ufficio stampa intesse regolarmente relazioni bilaterali di fiducia e interdipendenza, secondo il modello della *Public Information*) e **cartelle stampa**;
- **redazionali** di "approfondimento" o di "richiamo" in momenti successivi (diffusione a pagamento su testate giornalistiche scelte di volta in volta, in base al target di riferimento);
- **spot** (diffusione a pagamento sulle televisioni locali e regionali e sotto forma di **banner** sui siti web di informazione locali; proiezione gratuita continua su maxischermo collocati nelle sale di attesa aziendali più popolate del territorio, pubblicizzazione gratuita sul sito web aziendale all'interno di spazi dedicati nello home page);
- articoli dedicati con specifiche caratteristiche di impaginazione (diffusione sulla **rivista aziendale**);
- **roll up, brochure e dépliant informativi** (da posizionare e distribuire presso le sale di attesa aziendali, i consultori, i Medici di Medicina Generale).

Nel pieno rispetto delle leggi che regolano questa materia e, per quanto concerne la pubblicizzazione radiotelevisiva, acquisito e tenuto conto del parere del Comitato Regionale per i Servizi Radiotelevisivi (CO.RE.RAT.) L. R. n. 3 del 28 febbraio 2000, organo preposto alla vigilanza dell'applicazione del "Codice di Autodisciplina Pubblicitaria Italiana", la presente pianificazione prevede i seguenti spazi di comunicazione sui principali media presenti sul territorio:

- a. **Spots pubblicitari (30")**: da utilizzare per la pubblicizzazione di nuovi servizi al cittadino o di servizi già attivi, ma poco conosciuti o utilizzati, di attività organizzate direttamente (es. spettacoli, mostre, ecc.), di manifestazioni a carattere sociale di particolare rilievo patrocinate dalla ASL FG, di campagne di pubblicità sociale e di pubblica utilità come ad esempio:
 - Campagne di prevenzione sull'uso di sostanze stupefacenti, contro il gioco d'azzardo, a favore dell'uso di contraccettivi, ecc.;
 - Pubblicizzazione dell'ADI, di particolari attività di screening, ecc.;

- Pubblicizzazione di convegni e progetti formativi su tematiche sociali di particolare rilevanza;
 - Pubblicizzazione dell'eventuale informatizzazione di un servizio.
- b. **Redazionali audiovisivi “brevi”** (circa 90”): per una più completa illustrazione e pubblicizzazione degli argomenti elencati nel punto A e per dare la massima informazione, sull’attività e sulle iniziative dell’Azienda;
 - c. **Redazionali su carta stampata** (a pagina intera): per una più completa illustrazione e pubblicizzazione degli argomenti elencati nel punto A e per dare la massima informazione sull’attività e sulle iniziative dell’Azienda;
 - d. **Manifesti, Opuscoli informativi e Locandine**: da utilizzare per la divulgazione degli argomenti elencati nel punto A. La consegna “brevi manu” di materiale informativo tascabile è ancora tra le forme di divulgazione dell’informazione più diffuse;
 - e. **Social Network**: da utilizzare per la divulgazione delle più importanti iniziative istituzionali avviate nonché aggiornamenti sui temi di attualità e di interesse pubblico;
 - f. **App (applicazione tecnologica per dispositivi mobile)**: da utilizzare, oltre che per la prenotazione online delle prestazioni ambulatoriali, come una finestra sul mondo della ASL FG, arricchita di news, comunicati stampa, eventi formativi, rivista aziendale;
 - g. **Banner (annunci su una pagina web)**: da utilizzare come immagine fissa per la divulgazione di manifesti e locandine o per la proiezione degli spot audiovisivi;
 - h. **Rivista aziendale online**: per la pubblicizzazione di vecchi e nuovi servizi (in particolare di promozione delle eccellenze sul territorio) e di campagne di pubblicità sociale e di pubblica utilità, per la diffusione di informazioni e consigli pratici sulle patologie più comuni con interviste e contributi degli specialisti aziendali ambulatoriali e ospedalieri; la rivista sarà sfogliabile sul sito web istituzionale in uno spazio dedicato e nella app istituzionale;
 - i. **Maxischermo**: per la riproduzione continua degli spot aziendali.

1.13.3 Piano Economico Annuale

Al fine di rendere operativo il piano di comunicazione della Azienda Sanitaria Locale di Foggia, dopo aver verificato la consistenza delle disponibilità finanziarie inserite nel bilancio 2015 che prevede gli spazi individuati ed illustrati in precedenza, si ritiene opportuno individuare il periodo interessato dalla pianificazione che è di un anno.

Tale periodo può essere confermato dopo aver verificato l'efficacia e la qualità dei servizi effettuati.

La ripartizione della comunicazione su emittenti televisive, giornali e siti web deve avvenire prendendo in considerazione le testate che operano sul territorio (si intendono quelle che seguono, attraverso i propri articoli giornalistici, telegiornali e programmi di informazione, in modo praticamente quotidiano, gli avvenimenti non solo politici e amministrativi, ma anche di cronaca e di costume che riguardano le comunità coinvolte dalle attività dell'Azienda e che per comodità chiameremo "**testate giornalistiche**" a carattere "**Territoriale**".

Sono escluse, pertanto, tutte le testate che, pur coprendo con il proprio segnale i territori della provincia, forniscono una copertura giornalistica sporadica e relativa solo ad avvenimenti di particolare rilievo. Fanno eccezione tutte quelle che assicurano una copertura anche regionale ed extraregionale, qualora il tema trattato richieda, eccezionalmente una più vasta copertura.

Le testate giornalistiche saranno selezionate secondo procedure di evidenza pubblica per la possibilità di pubblicizzare comunicazioni istituzionali e campagne di promozione dei servizi e delle prestazioni.

Sempre attraverso procedure di evidenza pubblica saranno selezionate, inoltre, **l'azienda realizzatrice dei contributi audiovisivi** (riprese, interviste, montaggio audio/video e grafica computerizzata) e **l'azienda di stampa dei prodotti cartacei** (locandine, manifesti, roll up).

Il Piano Annuale Previsionale dei Costi

Si riporta di seguito la programmazione a copertura provinciale e regionale:

- Produzione di una media di 10 spot (da 30"): spesa presunta 8.000,00 euro;
- Produzione di una media di 10 redazionali (90"): spesa presunta 10.000,00 euro;
- Messa in onda dei 10 spot prodotti sulle emittenti prescelte tra quelle a copertura provinciale per un totale di circa 3.500 passaggi; spesa presunta 30.000,00 euro;
- Messa in onda di almeno 4 degli spot prodotti sulle emittenti a copertura regionale per un numero massimo di 200 passaggi; spesa presunta 10.000,00 euro;
- Messa in onda di n. 10 redazionali da 90" sulle emittenti a copertura provinciale con frequenza media settimanale; spesa presunta 8.000,00 euro.

La programmazione economica deve essere integrata annualmente nel Programma Annuale della Comunicazione.

Pianificazione della programmazione su carta stampata locale e extraregionale

- Pubblicazione di n. 120 redazionali sulle testate giornalistiche locali o che abbiano inserti dedicati alla provincia di Foggia. Spesa presunta 25.000,00 euro;
- Pubblicazione di n. 4 redazionali sulle testate giornalistiche extraregionali specializzate. Spesa presunta 6.000,00 euro;

Pianificazione della programmazione sul web

- Acquisto di 90 banner sui siti web di informazione locale. Spesa presunta 13.000,00 euro;

Manifesti e Locandine

- Realizzazione e stampa di circa 30.000 tra manifesti, opuscoli, dépliant, locandine e roll up. Spesa presunta 25.000,00 euro.

Ai costi sopra riportati vanno aggiunti piccoli investimenti che valorizzeranno la comunicazione istituzionale a lungo termine.

Per tale ragione sono da considerarsi parte integrante del Piano triennale. Nel dettaglio si tratta di:

- N. 6 Apparecchi televisivi 55 pollici da installare nelle sale di attesa CUP; costo presunto 4.200,00 euro. Gli apparecchi saranno installati:
 - N. 1 a San Severo (Presidio Ospedaliero "Masselli Mascia"),
 - N. 1 a Cerignola (Presidio Ospedaliero "Tatarella"),
 - N. 1 a Lucera (Plesso "Lastaria"),
 - N. 1 a Manfredonia (Presidio Ospedaliero "De Lellis"),
 - N. 2 a Foggia (sede centrale Piazza della Libertà e Poliambulatorio via Grecia):
- N. 6 Raspberry da collegare agli apparecchi televisivi: costo presunto 300,00 euro;
- N. 12 casse acustiche da collegare agli apparecchi televisivi: costo presunto 1200,00 euro.

Costi correnti complessivi preventivati € **135.000,00**

Costi investimenti apparecchiature € **5.700,00**

Le Testate giornalistiche che verranno prescelte, dovranno prendere visione:

- della Pianificazione della Comunicazione Pubblica e Istituzionale
- della Programmazione Annuale della Comunicazione Pubblica e Istituzionale

al fine di operare secondo le direttive fissate.

Il piano economico è strutturato in modo tale da permettere l'acquisto globale degli spazi, oppure di acquisire, di volta in volta, a seconda delle necessità, le inserzioni che l'Amministrazione riterrà opportuno.

1.14 Aggiornamento della Carta dei Servizi e rilevazione della qualità percepita dai cittadini

La Carta dei Servizi è un documento dedicato alla tutela dei diritti dei Cittadini-Utenti. Il suo contenuto, infatti, rappresenta un impegno che l'Azienda Sanitaria prende nei confronti di chi usufruisce dei propri servizi.

La Carta dei Servizi della ASL di Foggia comprende informazioni sul ricovero in ospedale, le visite specialistiche e gli esami diagnostici, il rapporto con i Medici di Famiglia e i Pediatri, l'informazione, la tutela e la partecipazione degli Utenti al Servizio Sanitario Nazionale.

Nella Carta, inoltre, l'Azienda dichiara i propri standard di qualità, che possono essere controllati direttamente dal Cittadino, e informa sulle modalità attraverso le quali è possibile segnalare un disservizio o presentare reclamo.

Nel corso del biennio 2015-2016, la Carta dei Servizi della ASL FG deve essere oggetto di aggiornamento sulla scorta delle linee guida regionali, redatte dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, in ottemperanza agli adempimenti del Programma Operativo Regionale 2013-2015.

La Carta dei Servizi deve essere aggiornata ogni anno e deve essere disponibile al pubblico nei luoghi di accesso all'Azienda, nelle aree di attesa, presso gli Uffici Relazione con il Pubblico e in ogni situazione in cui ne sia fatta richiesta da parte dei cittadini.

Essa sarà essere prodotta anche in formato elettronico, garantendo tuttavia la possibilità di fornire all'utente copia Cartacea in qualsiasi punto informativo o di accoglienza o di accesso all'Azienda, qualora richiesta.

Una attenzione particolare sarà rivolta in merito alla chiarezza espositiva, la sintesi delle informazioni e soprattutto la sobrietà della veste grafica che possa garantire facile riproducibilità ed aggiornamento del documento senza che ciò incida pesantemente sui costi Aziendali.

Il documento sarà aggiornato strutturandolo nelle seguenti quattro sezioni in base alle quali impostare lo sviluppo della Carta dei Servizi:

- Presentazione dell'Azienda sanitaria e principi fondamentali;
- Informazioni sulle strutture ed i servizi forniti;
- Standard di qualità, impegni e programmi;
- Meccanismi di tutela e di verifica.

La Carta dei Servizi della ASL FG, in quanto strumento di dialogo tra Azienda e Cittadini rappresenta un fondamentale strumento di comunicazione con cui la Direzione Strategica informa sulle attività svolte, dei servizi disponibili, delle prestazioni erogate, degli orari degli ambulatori delle modalità di accesso, degli impegni presi con i cittadini in termini di garanzia del servizio sia in ottica di funzionalità al sistema che di efficienza ed efficacia rispetto ai bisogni censiti ed alla ricognizione effettuata sulle aspettative.

Attraverso, quindi, la rielaborazione di materiale informativo, deve essere prodotto un documento completo, coerente con le politiche aziendali, semplice e di diretta interpretazione da parte di tutti coloro che, a vario titolo, utilizzano i servizi sanitari (Utenti, Dipendenti, Studenti, Istituzioni pubbliche e private, Medici Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, Associazioni rappresentative dei cittadini).

1.14.1 Indagine sul gradimento dei servizi e delle prestazioni

La ASL della Provincia di Foggia sta perfezionando le capacità di ascolto dei bisogni e di valutazione della qualità percepita da parte dei cittadini attraverso lo strumento della “*Customer Satisfaction*”.

Negli ultimi anni, infatti, la ASL FG ha avviato alcune indagini conoscitive sulla qualità percepita dai cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari dell’Azienda.

La rilevazione sistematica della qualità percepita può costituire uno strumento per introdurre innovazioni e cambiamenti organizzativi rilevanti, sia nei confronti degli operatori che nel rapporto con i fruitori dei servizi, in direzione dell’approccio della presa in carico globale.

Le ricadute potenziali che tale processo ha sull’organizzazione possono essere le seguenti:

- la continuità assistenziale, perché si attiva la revisione dei processi diagnostico-terapeutici che accompagnano il paziente attraverso il percorso assistenziale che dall’ospedale conduce ai servizi territoriali;
- il miglioramento del comfort e in generale degli aspetti fisici legati all’accoglienza e alla qualità degli spazi ospedalieri;
- una maggiore attenzione alle relazioni interpersonali, attraverso una comunicazione efficace non solo tra operatori e utenti, ma anche tra il personale stesso;
- miglioramento della qualità tecnica;
- rilevazione di bisogni specifici o di criticità nel funzionamento dei servizi.

Gli obiettivi, pertanto, che la ASL FG deve perseguire attraverso la rilevazione della Qualità Percepita dai Pazienti/Utenti sono:

- comprendere meglio le aspettative dei pazienti;
- conoscere come i pazienti percepiscono le prestazioni erogate;
- quantificare gli scostamenti tra aspettative e percezioni dei pazienti;
- valutare se le prestazioni percepite raggiungono un livello minimo ed accettabile per i pazienti;
- tenere sotto controllo l’evoluzione delle aspettative dei pazienti nel tempo;
- monitorare continuamente le prestazioni erogate e le eventuali criticità del servizio;
- valutare l’efficacia delle azioni correttive adottate;
- realizzare un sistema informativo sulla qualità;
- rendere il personale consapevole delle criticità del servizio;
- impostare un sistema premiante in linea con la strategia della qualità.

In tale ambito la Regione Puglia ha costituito un gruppo di lavoro per la redazione delle Linee Guida regionali per la corretta gestione della valutazione della qualità percepita dai cittadini, costituita dai esperti nel settore individuati dalle Aziende sanitarie Pugliesi.

Il documento regionale è in fase di adozione ed ha l’obiettivo di omogeneizzare le procedure di rilevazione della qualità percepita su tutto il territorio regionale.

L’ambito di indagine previsto è la soddisfazione dei pazienti/utenti nei confronti dei servizi offerti dall’area ospedaliera. La ASL FG avvierà la rilevazione sistematica della qualità percepita non appena le Linee Guida regionali saranno adottate.

1.15 La definizione degli Obiettivi del Piano triennale della ASL di Foggia

Nella definizione del Piano triennale, si è inteso adottare una programmazione per Obiettivi quale risultato di una serie di indicazioni che, a cascata, dal Governo Centrale e dalle Regioni, hanno orientato la programmazione delle strutture aziendali, in particolare:

1. Obiettivi Nazionali:

- Patto per la Salute 2014-2016 e norme di riferimento;
- Decreto 2 aprile 2015 , n. 70.

2. Obiettivi Regionali:

- Programma Operativo 2013-2015 e norme regionali di riferimento.
- DGR n. 1295 del 27 maggio 2015.

3. Obiettivi Specifici dell'ASL FG:

- Piano Triennale di Attività.

4. Obiettivi delle Strutture interne all'ASL (Centri di Coordinamento, di Responsabilità e Centri di Costo):

- Programma Annuale delle Attività;
- Obiettivi d'Equipe.

1. Obiettivi Nazionali

Gli obiettivi nazionali sono recepiti dalla Direzione Generale, raggruppati per macro aree di intervento, in modo da selezionare le attività programmate nel Piano Triennale 2015-2017 e Annuale di Attività 2015 che riguarderanno soprattutto i compiti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, previsti per l'ASL FG, in conformità ai principi e ai seguenti obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale:

- Miglioramento degli indici legati alla degenza (tradizionali e secondo DRG);
- Ottimizzazione delle condizioni di fruibilità delle prestazioni ospedaliere, pieno utilizzo dei servizi attraverso l'ampliamento dell'orario di accessibilità al pubblico, maggiore orientamento dell'utenza;
- Abbattimento delle liste d'attesa;
- Personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni ospedaliere;
- Razionalizzazione della spesa per consumi sanitari e farmaceutici;
- Miglioramento dei livelli qualitativi di intervento di sanità collettiva e degli ambienti di lavoro;
- Formazione del personale finalizzata all'acquisizione dei crediti ECM secondo le linee tracciate dal Ministero della Salute;
- Individuazione di forme alternative all'ospedalizzazione (attivazione di Day Service ed Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale);
- Razionalizzazione e Semplificazione dei procedimenti amministrativi finalizzati all'acquisizione di beni e servizi ed al reclutamento del personale;
- Svolgimento di funzioni strumentali e di supporto collegate con le attività istituzionali;

- Realizzazione di modelli organizzativi innovativi per le attività delle articolazioni delle Aziende.

2. Obiettivi Regionali

Si fa riferimento, soprattutto:

- al Programma Operativo 2013-2015;
- al "Documento di Indirizzo Economico – Funzionale" vigente;
- alle prescrizioni previste dalle norme regionali, agli atti di programmazione della Regione, all'aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali.

3. Obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende USL, Aziende Ospedaliere, E.E. ed IRCCS della Regione Puglia

Gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende USL, Aziende Ospedaliere, E.E. ed IRCCS della Regione Puglia, sono riportati di seguito in modo da organizzare quanto necessario per monitorare l'equilibrio economico ed effettuare la valutazione comparativa dei costi e della qualità dei servizi sanitari delle stesse Aziende.

- D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- prescrizioni previste dall'Intesa Conferenza Stato Regioni del 23 Marzo 2005;
- prescrizioni previste dalle norme statali e regionali, nonché dagli atti di programmazione della Regione e dalle prescrizioni previste dai Documenti di indirizzo Economico – Funzionale del SSR.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Rispetto delle prescrizioni previste dalle Intese della Conferenza Stato Regioni	
a)	garanzia dell'equilibrio economico di bilancio;
b)	tenuta della contabilità analitica che consenta analisi comparative dei costi, rendimenti e risultati;
c)	certificazione di accompagnamento del conto economico trimestrale;
d)	contenimento della spesa farmaceutica e garanzia dei relativi flussi informativi, assicurando un ruolo specifico alle Associazioni di tutela tramite l'Audit Civico;
e)	riduzione del tasso di ospedalizzazione e promozione del Day Hospital e Day Surgery, al fine di raggiungere gli indicatori previsti dall'intesa;
f)	realizzazione dei programmi ADI e assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Rispetto delle prescrizioni previste dalle norme statali e regionali, nonché dagli atti di programmazione della Regione	
a)	garanzia della tempestività e correttezza dei flussi informativi;
b)	adeguamento delle prestazioni ai livelli essenziali di assistenza;
c)	realizzazione delle procedure relative all'attuazione dei progetti previsti dall'accordo di programma, di cui alla DGR n. 329/2004 e dalle eventuali successive modifiche che verranno apportate dalla Giunta Regionale;
d)	sburocrazia dei rapporti, improntando gli stessi al rispetto dei requisiti di legittimità degli atti, all'efficacia economica e qualitativa della gestione;
e)	accelerazione attuativa ed incentivata del Piano di integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale per il miglioramento dei livelli di professionalità e qualità del servizio, dei saldi di mobilità sanitaria (intraregionale ed interregionale) e dell'equilibrio economico del "sistema";
f)	concertazione con i Medici di base e con i Pediatri di libera scelta, per una migliore razionalizzazione della domanda, onde evitare il ripetersi di impieghi impropri delle risorse;
g)	consolidamento dei processi di dipartimentalizzazione interaziendale in materia di prevenzione e di assistenza sanitaria distrettuale ed ospedaliera;
h)	realizzazione dei programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori con la corretta utilizzazione dei fondi finalizzati;
i)	miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattie mentali;
j)	realizzazione delle strutture di emergenza urgenza, in esecuzione della deliberazione n. 688/2003 con particolare riferimento alla realizzazione delle strutture di ricovero per osservazioni brevi; realizzazione delle unità di terapia intensiva e rianimazione;
k)	attuazione delle intese definite in sede di Conferenza Stato – Regioni in materia di abbattimento delle liste di attesa;
l)	potenziamento dei servizi territoriali con particolare riferimento all'assistenza domiciliare e valorizzazione dei piccoli ospedali riconvertiti;
m)	intensa sinergia con la Conferenza dei Sindaci anche al fine di garantire la gestione integrata dei processi assistenziali socio-sanitari;
n)	miglioramenti dei rapporti con l'utenza, dotazione dei tesserini di riconoscimento del personale aziendale;
o)	valorizzazione della comunicazione istituzionale;
p)	piena attuazione del progetto regionale trapianti di cui alla DGR n. 1197 del 06/08/2005;
q)	progressiva riduzione dei tempi di attesa per l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap al massimo a 40 gg. dalla presentazione della domanda da parte degli interessati;
r)	attuazione di procedure volte alla semplificazione ed all'accesso degli utenti, anche attraverso sportelli dedicati ad alcune categorie di soggetti deboli, assicurando un ruolo specifico alle Associazioni di tutela;
s)	predisposizione piani formativi aziendali in relazione agli obiettivi formativi comuni per il triennio 2005-2007 attuazione regolamento regionale n. 14 del 29/03/2005 riqualificazione personale con la qualifica OTA in O.S.S.;
t)	effettiva applicazione degli istituti di partecipazione civica che favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini nel rispetto della normativa vigente in materia.

INDICE DEGLI OBIETTIVI

Rispetto delle prescrizioni previste dal Documento Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale. Ripartizione 2014-2015

- | | |
|-----------|---|
| 1. | Riduzione della spesa regionale per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici in misura non inferiore a 110 milioni di euro. |
| 2. | Monitoraggio trimestrale dei costi ed alla relativa riduzione degli stessi al fine di garantire l'equilibrio economico di esercizio. |
| 3. | Al fine del contenimento dei costi, le Aziende del SSR devono provvedere: <ul style="list-style-type: none"> a. Alla riorganizzazione dei magazzini intraziendali; b. Alla puntuale e corretta gestione delle giacenze di magazzino anche nella verifica e la gestione di eventuale materiale scaduto; c. Alla riduzione dei tempi per la gestione delle protesi in conto; d. Alla verifica che gli acquisti di beni e servizi siano preceduti da un ordine informatizzato incluse le spese con cassa economale ad esclusione delle spese obbligatorie; e. All'attuazione di tutte le misure utili al rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori in modo da evitare l'addebito, per il ritardo nella liquidazione, di interessi di mora; f. In caso di carenze di organico, i Direttori Generali possono fare ricorso ad accordi interaziendali per la gestione dei servizi amministrativi senza aggravio di costi per il SSR. |
| 4. | La ASL FG, per l'anno 2015, deve raggiungere l'obiettivo minimo per la spesa destinata all' ADI di € 9.804.000,00. |
| 5. | Potenziamento delle attività dei centri di igiene mentale e dei servizi territoriali di Neuro Psichiatria Infantile. |

1.16 Sintesi degli obiettivi prioritari per la ASL FG per il triennio 2015 - 2017

1. Obiettivi legati alla razionalizzazione della spesa e al pareggio di bilancio

a. Obiettivi da monitorare al fine di razionalizzare e contenere la Spesa e perseguire il pareggio di bilancio:

- Contenimento della Spesa della ASL FG all'interno del budget assegnato;
- Consolidamento delle tecniche e delle procedure per il Controllo di Gestione;
- Individuazione dei budget distrettuali e miglioramento del monitoraggio e dei controlli delle prestazioni "territoriali";
- Monitoraggio mensile degli andamenti - "debito informativo";
- Monitoraggio trimestrale dei costi;
- Adeguamento del rapporto Costi/Ricavi;
- Miglioramento dell'Indice di appropriatezza dei ricoveri;
- Riduzione dell'Indice di Ospedalizzazione;
- Contenimento della Spesa Farmaceutica e Dispositivi Medici;
- Contenimento della Spesa Protesica;
- Contenimento della Spesa per Convenzionati Esterni;
- Contenimento del ricorso agli istituti dello straordinario e delle missioni (adeguamento degli Standard aziendali alle norme contrattuali e alle medie regionali);
- Adeguamento agli Standard regionali del peso medio dei DRG;
- Adeguamento e superamento dello standard dell'80% dell'indice di occupazione dei posti letto;
- Adeguamento degli Standard aziendali di produttività (soprattutto quelli legati agli indici classici) finalizzato all'ottimizzazione delle risorse e del rapporto Costi/Benefici;
- riorganizzazione dei magazzini interaziendali e puntuale e corretta gestione delle giacenze di magazzino;
- riduzione dei tempi per la gestione delle protesi in conto;
- verifica che gli acquisti di beni e servizi siano preceduti da un ordine informatizzato incluse le spese con cassa economale ad esclusione delle spese obbligatorie;
- attuazione di tutte le misure utili al rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori in modo da evitare l'addebito, per il ritardo nella liquidazione, di interessi di mora;
- promozione di accordi interaziendali per la gestione dei servizi amministrativi;
- Intensificazione della attività di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso le UVAR;
- Verifica che le risorse umane in dotazione presso i Presidi Territoriali di Assistenza siano adeguatamente utilizzate anche in loco, ma in maniera

coerente rispetto ai bisogni territoriali, favorendone la riconversione anche attraverso processi formativi ad hoc;

- Potenziamento dell'offerta dell'assistenza alla persona non autosufficiente attraverso i servizi distrettuali, con specifico riferimento all'assistenza domiciliare integrata e alla rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali a medio-bassa intensità assistenziale e sociosanitari per qualificare il percorso delle dimissioni protette ed accrescere il grado di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri anche rispetto alla riduzione della durata dei ricoveri”.

b. Obiettivi di Miglioramento della Qualità finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa; all'uso razionale e intensivo delle tecnologie, dei Servizi e delle Strutture:

- Attivazione di processi di miglioramento della qualità finalizzati alla riduzione programmata delle giornate complessive di degenza alla riduzione della mobilità passiva attraverso il pieno impiego dei potenziali erogativi dei Servizi e delle Strutture;
- Sviluppo di percorsi aziendali di cura ed assistenza e adozione di protocolli, procedure e linee guida finalizzate allo snellimento delle procedure e/o all'abbattimento delle liste di attesa, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e Specialisti Ambulatoriali dipendenti e convenzionati dell'Azienda;
- Promozione della Formazione Continua del personale di ruolo e convenzionato, utilizzando fondi all'uopo costituiti;
- Potenziamento delle postazioni CUP – TICKET e snellimento delle procedure di prenotazione, riscossione ed erogazione delle prestazioni;
- Revisione, aggiornamento e pubblicazione della Carta dei Servizi (Linee Guida A.Re.S.);
- Revisione, aggiornamento e rilevazione della qualità percepita dai cittadini (Linee Guida A.Re.S.);
- Promozione di attività di umanizzazione delle cure;
- Potenziamento della presa in carico delle persone fragili ed affette da patologie croniche attraverso il modello assistenziale multi professionale e multidisciplinare (Chronic Care Model);
- Sviluppo di forme di promozione attiva della salute intervenendo sugli stili di vita salutari (in ambito scolastico, con gli Enti e le comunità locali, con le Associazioni sportive, dei pazienti e del volontariato);
- Incrementare l'adesione della popolazione ai programmi di screening per la prevenzione del Carcinoma della Cervice Uterina, della Mammella e del Colon Retto;
- Sviluppo reti assistenziali per intensità di cure:
 - Rete IMA;
 - Rete Stroke;
 - Rete Trauma;
 - Rete Oncologica;
- attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) relativamente a malattie cronico degenerative (BPCO-Asma,

Cardiovascolari, Oncologici, malattie metaboliche) e per le malattie ambiente-correlate.

c. Obiettivi di razionalizzazione delle risorse e mantenimento delle attività (quando non direttamente collegati al contenimento della spesa):

- Potenziare il sistema costante di monitoraggio sullo stato di attuazione dei LEA;
- Miglioramento in termini di completezza e qualità e dei flussi informativi NSIS;
- Realizzazione di quanto previsto dall'art. 50 del D.L. 269/2003 e relativi decreti attuativi (ricetta elettronica, ricetta de materializzata, verifica esenzioni);
- Censimento delle Risorse Umane disponibili (raffronto tra dotazioni organiche teoriche e reali) per avviare un piano di assunzioni pluriennale legato alle indicazioni del Programma Operativo e alla riorganizzazione ospedaliera rinveniente dal Regolamento Regionale n. 14/2015;
- Coordinamento della "Programmazione per Obiettivi" finalizzato al miglioramento della gestione delle risorse Economiche, Tecnologiche e Umane;
- Attivazione di procedure per il miglioramento del controllo, monitoraggio e valutazione dei processi erogativi.

2. Obiettivi di rilevanza strategica che investono l'intera Azienda:

- a. Attivazione di procedure, protocolli, linee guida finalizzate al miglioramento dell'organizzazione e Gestione Aziendale;
- b. Attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali;
- c. Attivazione di strumenti innovativi di gestione finalizzati al potenziamento dei sistemi di monitoraggio, controllo e verifica dei costi e dei rendimenti aziendali.

3. Obiettivi che investono i Centri di Coordinamento o Macro Strutture:

- a. Attivazione di procedure, protocolli e linee guida, finalizzate al miglioramento dell'organizzazione e gestione delle Strutture Aziendali;
- b. Attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali;
- c. Miglioramento della Gestione delle Risorse Dipartimentali.
- d. Miglioramento delle Attività Interdipartimentali.

4. Obiettivi specifici aziendali

- a. Gli obiettivi specifici aziendali riguardano aree di intervento attraverso le quali centrare alcuni obiettivi finalizzati e in linea con le direttive regionali e con il Piano Attuativo Locale.

CAPITOLO

II

Programmazione per Obiettivi 2015 - 2016

2.1 Obiettivi di Equipe

Per gli anni 2015 e 2016, in base a quanto emerso dall'andamento complessivo dell'Azienda, relativamente alle attività svolte nell'anno 2014, dalla negoziazione con i responsabili dei Centri di Costo e dalle ipotesi fatte pervenire dagli stessi, a seguito della condivisione con i collaboratori della propria Unità Organizzativa, gli interventi programmati per la realizzazione degli obiettivi di equipe, legati agli obiettivi di budget, sono distinti in:

- 1. Obiettivi legati alla razionalizzazione e al monitoraggio continuo della spesa; al pareggio di bilancio aziendale; al monitoraggio continuo e alla diminuzione del ricorso alle prestazioni ospedaliere;**
- 2. Obiettivi di Miglioramento della Qualità finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa; all'uso razionale e intensivo delle tecnologie, dei Servizi e delle Strutture;**
- 3. Obiettivi di razionalizzazione delle risorse e mantenimento delle attività** (quando non direttamente collegati al risparmio della spesa).

Programmazione degli Obiettivi di Equipe

Nel dettaglio, le azioni di miglioramento, gli indicatori e gli standard sono descritti nel **“Piano degli Obiettivi di Equipe” (allegato “A”)**.

2.1.1 Indici di Riferimento

Gli indici più aggiornati sono quelli emanati dal Ministero della Salute con:

- DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70 - *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.*

Si tratta di un set di indicatori che interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari , inclusi i relativi costi.

Sebbene di pesante impatto sulla realtà della ASL FG, sono in linea con le tendenze internazionali ed in particolar modo con le esperienze in corso in ambito comunitario.

- Deliberazione della Giunta Regionale 27 maggio 2015, n. 1295 - *“Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori generali delle Aziende sanitarie Locali ed aziende Ospedaliero - Universitarie del S.S.R. per l'anno 2015 ai fini della erogazione del trattamento economico di risultato”.*

2.1.2 La costruzione degli Standard Interni

La scelta degli standards

Gli Standard adottati per la verifica dei risultati, sono di tre tipi:

- a. "Standard Esterni" Nazionali e Regionali;
- b. "Standard Interni" Aziendali per Aree Omogenee;
- c. "Standard Interni" delle Unità Organizzative Sanitarie ed Amministrative.

Standard Aziendale per Aree Omogenee

Si tratta del Valore Medio ottenuto negli Anni dalle varie Equipe Sanitarie ed Amministrative dell'Azienda rispetto agli Indici di Valutazione individuati come significativi.

Standard Interno per Unità Organizzative Sanitarie ed Amministrative

Si tratta del Valore Medio ottenuto negli anni da ciascuna Unità Organizzativa (Centro di Costo) Sanitaria ed Amministrativa, Indici di Valutazione individuati come significativi.

Questa strategia ha permesso di costruire una serie di "Standard Aziendali" rispetto ai quali saranno confrontati i dati ottenuti dalle Unità Organizzative Sanitarie ed Amministrative.

E' stato possibile anche costruire lo "Standard Interno" all'equipe oggetto della verifica e lo abbiamo definito "**Valore Atteso**".

Il "Valore Atteso", confrontato con il "Valore Ottenuto" nell'anno in cui si effettua la valutazione, ci permetterà di operare una verifica anche sul trend delle attività programmate.

Pertanto, dove non è possibile ottenere uno "Standard Aziendale" per Aree Omogenee, perché alcune Unità Organizzative, essendo uniche, non possono essere comparate con altre Unità analoghe presenti nell'Azienda, si farà ricorso al confronto con gli "Standard Interni" ottenuti dalla Unità Organizzativa Sanitaria ed Amministrativa, cercando di rendere significativo il Valore Atteso attraverso riferimenti legati ad indici nazionali o alla letteratura scientifica.

I dati ottenuti a conclusione di questo processo saranno intergrati con quanto dichiarato dai responsabili di Unità Organizzative e in relazione agli obiettivi pervenuti al fine di addivenire ad una valutazione complessiva e più possibile oggettiva.

2.1.3 Standard di riferimento per la Programmazione 2015/2016 dell'ASL di Foggia

Assistenza Sanitaria

- Adozione Protocolli Diagnostico-Terapeutici relativi ai DRG che evidenziano un elevato tasso di inappropriatazza del setting assistenziale adottato;
- Miglioramento dell'appropriatazza organizzativa dell'assistenza ospedaliera:
 - a. **$\leq 0,32$** – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (allegato B del Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DGR non a rischio in appropriatazza in regime ordinario;
 - b. **> 70%** - % DRG ad alto rischio di inappropriatazza trasferiti in Day Service, ai sensi della D.G.R. n. 1002/2014 e ss.mm.ii.;
 - c. **Incremento controlli anno 2015 vs. anno 2014:** Potenziamento dei controlli sull'appropriatazza delle prestazioni e rispetto del limite percentuale dei controlli previsto dal D.M. 10/12/2009.

Assistenza Farmaceutica

- Contenimento della spesa entro lo standard previsto dalla normativa regionale rapportato alle risorse disponibili per il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale.

Monitoraggio, Verifica e Controllo

- Mantenimento del livello dei costi per beni e servizi entro il limite massimo concordato in sede di negoziazione di budget;
- Raggiungimento dell'equilibrio economico;

- Budgetting e Controllo di Gestione per singolo Presidio, Struttura ed U. Organizzativa aziendale;
- Monitoraggio mensile degli andamenti: con particolare riferimento a quelli prescrittivi, (debito informativo) gli obblighi e le responsabilità in materia di rilevazione, elaborazione ed anche di comparazione dei dati epidemiologici e di spesa necessari per il controllo e la valutazione delle attività assistenziali sono estesi a tutto il personale, opportunamente individuato dal Direttore Generale, destinato a tali specifiche attività.

2.1.4 Definizione dei criteri e della metodologia per la valutazione dei risultati

La metodologia usata per l'individuazione degli indicatori e per la Valutazione della Programmazione per Obiettivi ha richiesto una particolare attenzione per tre ordini di motivi:

- La difficoltà di reperire dati omogenei e attendibili relativi alla produttività d'equipe;
- La necessità di costruire Standards compatibili con la realtà produttiva interna all'Azienda e che fossero allo stesso tempo significativi in ambito nazionale e regionale;
- L'esigenza di individuare Indici di Valutazione che rispondessero a criteri di oggettività e scientificità;

Il processo che abbiamo messo a punto e applicato risponde a queste tre esigenze. Infatti, attraverso l'individuazione e la valutazione di una serie di Indici, scientificamente validati, e la pesatura degli stessi secondo criteri di importanza strategica, è stato possibile oggettivare le performance delle Unità Organizzative tenendo conto delle "Dinamiche" più importanti che concorrono al raggiungimento degli Obiettivi.

Si è trattato di un lavoro di BENCHMARKING che ha preso in esame una serie di fattori monitorati negli anni e che ha permesso una "Standardizzazione Interna" finalizzata anche alla individuazione e alla valorizzazione delle Unità Organizzative "Leader" a livello aziendale.

2.2 Lo strumento del Benchmarking

E' uno strumento mutuato dal settore privato.

E' un importante mezzo d'analisi che permette la comparazione di tipologie organizzative diverse tra loro.

Nelle nostre realtà aziendali l'applicazione, sia pure parziale, di questo modello ha consentito di comparare Unità organizzative omogenee presenti sul territorio e soprattutto nell'Ospedale.

Alla luce della riorganizzazione in senso dipartimentale e dell'affidamento del budget diventa metodologicamente significativo continuare secondo questo approccio per realizzare concretamente un modello virtuoso di monitoraggio e valutazione.

2.2.1 La metodologia del Benchmarking

Tenuto conto del contesto di riferimento e, quindi, applicate tutti gli opportuni correttivi che una organizzazione aziendale come quella della ASL di Foggia richiede, il modello di riferimento applicato è il seguente:

- Individuazione di un "Concorrente" leader di riferimento nel settore;
- Comparazione tra Servizio/Prodotto erogati dalla propria organizzazione e quelli del " leader ";
- Confronto di tutti i protocolli, le procedure e i processi collegati alla produzione;
- Rilevazione delle differenze (scostamenti);
- Analisi delle differenze rilevate;
- Pianificazione, per tappe, dei processi di miglioramento da attuare per conquistare la LEADERSHIP nel settore di riferimento.

2.2.2 Benchmarking e P.D.C.A.

Il P.D.C.A. è il processo che permette l'applicazione del Modello previsto dal Banchmarking in quanto ne racchiude i tratti essenziali.

L'acronimo P.D.C.A. sta a significare Plan Don Chek Action	
• PLAN	(Pianificazione delle Azioni);
• DON	(Realizzazione delle Azioni Pianificate);
• CHECK	(Verifica dei Risultati Attesi)
• ACTION	(Diffusione delle Azioni Sperimentate che hanno ottenuto i Migliori Risultati)

Si tratta, in sostanza, di implementare la metodologia delle direzioni per obiettivi con in più la fase di "Action" che prevede azioni di miglioramento legate alle logiche della "Qualità".

2.2.3 Le logiche del Benchmarking

Il Benchmarking è una metodologia di gestione strettamente connessa alla Direzione per Obiettivi in quanto definisce gli ambiti di sviluppo dell'organizzazione e costruisce parametri certi e compatibili sui quali confrontare le azioni di miglioramento.

Le logiche di questo processo sono in linea con quanto previsto dalle norme più recenti in materia di gestione pubblica che attribuiscono nuove competenze e quindi, nuove responsabilità agli operatori del settore, a tutti i livelli e con la giusta gradualità, per ogni funzione svolta.

In questo senso, l'applicazione di un modello di gestione di riferimento può essere determinante per la realizzazione degli obiettivi concordati in quanto:

- Si pone in stretta connessione con il Sistema Qualità in quanto mira ad individuare i fattori della "Non Qualità";
- Un processo che serve a correggere le cause della Non-Qualità e non ad esprimere giudizi;
- Il cittadino (cliente) è al centro di ogni attenzione ed obiettivo;
- La metodologia investe tutti i dipendenti e prevede percorsi di apprendimento continuo e l'abitudine al lavoro di gruppo.

2.3 I dati necessari per la valutazione a consuntivo degli obiettivi prioritari della ASL di Foggia per il triennio 2015 - 2017

Il supporto critico per ogni sistema di valutazione è quello legato ai flussi dei dati, alla loro correttezza e attendibilità degli stessi.

Nel nostro caso i dati indispensabili per un corretto monitoraggio, propedeutico alla valutazione a consuntivo, sono relativi a:

- **costi diretti;**
- **ricavi diretti;**
- **valore alla produzione ambulatoriale;**
- **mobilità attiva delle discipline presenti;**
- **mobilità passiva delle discipline presenti;**
- **numero di posti letto per presidio ospedaliero;**
- **numero di posti letto per singolo Centro di Costo;**
- **giornate di degenza per presidio ospedaliero;**
- **giornate di degenza per singolo Centro di Costo;**
- **numero di ricoveri effettuati per presidio ospedaliero;**
- **numero di ricoveri effettuati per singolo Centro di Costo;**
- **numero di dimissioni effettuati per singolo Centro di Costo;**
- **numero di interventi chirurgici effettuati;**
- **numero di ricoverati in reparti chirurgici non operati;**
- **numero di ricoveri per utenti del territorio della ASL;**
- **numero di ricoveri per utenti fuori ASL;**
- **numero dipendenti per ruolo e qualifica professionale per singolo Centro di Costo;**
- **numero esami diagnostici effettuati per interni;**
- **numero esami diagnostici effettuati per esterni;**
- **costo del convenzionamento esterno per tipo di prestazione;**
- **numero accessi per servizio territoriale;**
- **numero dipendenti per ruolo e qualifica professionale per servizio territoriale.**

Il Programma Annuale delle Attività

2015-2016

2.4 Il Programma Annuale delle Attività 2015-2016

La Programmazione per Obiettivi 2015-2016 e la definizione degli Obiettivi di Equipe

La Programmazione degli Obiettivi si sviluppa in un arco temporale a breve e medio termine per consentire all'intera organizzazione di programmare, nei tempi e nei modi più opportuni, le azioni di miglioramento necessarie a realizzare quanto concordato.

Si tratta di un documento ufficiale nel quale la Direzione Strategica disegna il programma della ASL e definisce gli obiettivi da raggiungere, secondo una scala di priorità e compatibilmente con le risorse disponibili.

È necessario, pertanto, attivare procedure snelle ed efficaci - anche attraverso l'acquisizione, la progettazione e la costruzione di modelli e strumenti condivisi di gestione - secondo il modello della "direzione per obiettivi".

La Programmazione degli Obiettivi dovrà scaturire dalle intese tra la Direzione Generale, le Aree, le Macrostrutture, le Strutture ed i Servizi.

Rispetto alla programmazione annuale, i responsabili delle Aree, delle Macrostrutture, delle Strutture e dei Servizi devono condividere con i propri collaboratori quanto definito durante gli incontri che stabilirà la Direzione Generale e fare pervenire ipotesi e contributi.

Gli obiettivi d'Equipe saranno verificati sulla base di indicatori e standard definiti preventivamente.

Considerato che la fase negoziale è stata conclusa nel mese di giugno (2015), il peso di ciascun obiettivo è stabilito dal rapporto $100/n$ (n = al numero di obiettivi assegnati alla struttura). Nella valutazione dei risultati relativi al primo esercizio si terrà conto più delle modalità in cui il processo è stato avviato.

Per gli esercizi successivi si procederà ad un calcolo ponderato di ciascun obiettivo, determinandone il peso; nella valutazione finale si terrà conto del grado di raggiungimento dello stesso.

La programmazione annuale sarà inviata alle OO. SS..

Le modalità d'utilizzo delle risorse economiche incentivanti sarà oggetto di informativa negoziale preventiva alle OO.SS..

**Il Programma Annuale
delle Attività
2015-16**

**Sintesi degli incontri tenuti dal
Comitato di budget con le Direzioni
Operative e di supporto
Tecnico-Amministrativo**

2.5 Sintesi degli incontri tenuti dal Comitato di budget con le Direzioni Operative e di supporto Tecnico-Amministrativo

La negoziazione degli obiettivi e del budget tra la Direzione Strategica e i Dirigenti Responsabili dei Centri di Costo

Il Comitato di Budget dell'ASL di Foggia si è riunito dal 26 maggio al 24 giugno 2015 presso la sede legale dell'Azienda, sita in Foggia, dove ha incontrato i vari Responsabili di "Centri di Costo" per la negoziazione del budget 2015-2016, nel rispetto della metodologia *bottom-up*, adottata dalla Direzione Strategica come strumento di gestione per l'elaborazione di un budget aziendale condiviso, partecipato e propositivo.

La Direzione Strategica ha inteso, infatti, di sviluppare il programma delle attività per il 2015-2016 attraverso la negoziazione delle ipotesi di budget condivise con i vari Responsabili di Centri di Costo, concordando, con gli stessi, obiettivi e risorse da destinare alla loro realizzazione.

A seguito della riunione per la negoziazione del budget e degli obiettivi quali-quantitativi nonché degli incontri individuali con i singoli Responsabili di Centri di Costo sono emerse una serie di criticità inserite nel dettaglio del resoconto della negoziazione.

Tuttavia, le criticità evidenziate dai Responsabili durante il contraddittorio dovranno essere verificate tramite analisi specifiche.

Nel corso degli incontri sono stati sottoposti ad esame congiunto gli obiettivi quantitativi ed economici di ogni Struttura e Servizio affiancando ad essi, per ragioni di organicità e completezza, gli obiettivi quali-quantitativi.

I Responsabili di Centri di Costo sono stati ascoltati singolarmente, secondo il seguente ordine di convocazione:

Di seguito si riportano, in sintesi, i contenuti degli incontri tenuti dal Comitato di budget con le Direzioni Operative e di supporto Tecnico-Amministrativo nei quali sono emerse le specifiche peculiarità, i punti di forza e i punti critici da cui si è partiti per elaborare il percorso di budget e di attribuzione degli obiettivi annuali.

26 maggio 2015 ore 9,30

Direzione Medica di Presidio Ospedaliero:

- **Direzione Medica P.O. S. Severo – Lucera; P.O. Cerignola; P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro le Direzioni Mediche di Presidio evidenziano le seguenti criticità.

L'**assistenza ospedaliera** nella provincia di Foggia è particolarmente influenzata dalla presenza di due poli ospedalieri di alta specializzazione, A.O.U. Ospedali Riuniti di Foggia e I.R.C.C.S. Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo.

Nell'ambito della rete assistenziale ospedaliera i Presidi della ASL FG dovrebbero rappresentare il primo riferimento per l'erogazione di prestazioni assistenziali di intensità medio-bassa. Dall'analisi dei dati, relativa all'anno 2014, si evidenzia che ciò non si verifica poiché tali prestazioni di peso medio-basso sono trattate in misura significativa anche dall'IRCCS e dagli OO.RR..

Nella discussione, è emersa la necessità di addivenire ad un sistema complementare nella erogazione delle prestazioni di ricovero, che consenta di utilizzare al meglio e senza sovrapposizioni le risorse in campo. Ciò sarà possibile incidendo sulla cultura organizzativa anche attraverso analisi dettagliate e modelli diversi come quello dipartimentale.

La strutturazione di tale modello rientrerà nel processo di costruzione dell'Atto aziendale.

Altra criticità riguarda la **difformità nella gestione igienico-organizzativa dei PP.OO.** Se, infatti, in tutti i Presidi la gestione igienico-sanitaria (pulizia spazi comuni, scelta dei prodotti per la sanificazione degli ambienti ospedalieri, gestione del personale addetto) è affidata a SanitaService, solo in alcuni la funzione di gestione diretta dell'attività, dal punto di vista organizzativo, è condivisa con la Direzione Medica di Presidio, che ha facoltà di adibire il personale alla pulizia dei locali secondo necessità. In altri, invece, tale attività è preclusa.

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

E' emerso il mancato **rispetto della tempistica nella trasmissione delle S.D.O.**, in particolare da parte delle Strutture: Ginecologia e Ostetricia, Cardiologia, Chirurgia e Ortopedia del P.O. di Cerignola. Tale criticità, secondo le Direzioni Mediche di Presidio, è attribuibile a:

- radicata ed erronea considerazione che relega la SDO ad un atto avulso dalla cartella clinica, della quale, invece, è parte integrante;
- tempistica di ricezione di referti provenienti da P.O. esterni, i cui ritardi non consentono la chiusura della cartella nei tempi prestabiliti;
- gestione della procedura affidata ad un solo operatore.

Il Comitato di Budget ha richiamato l'attenzione sull'**erronea compilazione delle schede dei flussi informativi** relativi a ricoveri ordinari, Day Surgery, Day Hospital evidenziando l'improprio caricamento dei dati delle prestazioni in Day Surgery tra i ricoveri ordinari.

Per quanto attiene al **rimborso delle spese sostenute per le degenze di cittadini stranieri convenzionati**, si lamenta un carente soddisfacimento dell'adempimento dell'iter di rimborso, che dovrebbe coinvolgere direttamente le Strutture di degenza interessate.

Sono emerse, inoltre, delle **anomalie in merito alla procedura degli ordini** e al processo per l'approvvigionamento di beni sanitari e non sanitari.

Sintesi delle criticità emerse:

- La funzione “filtro” su prestazioni assistenziali ospedaliere di medio-bassa intensità non viene esercitata in maniera appropriata dai Presidi Ospedalieri;
- Difformità in merito alla gestione igienico-organizzativa dei PP.OO.;
- Mancato rispetto della tempistica nella trasmissione delle S.D.O.;
- Erronea compilazione delle schede dei flussi informativi relativi a ricoveri ordinari, Day Surgery, Day Service;
- Inadempienza in merito all'iter relativo al rimborso delle spese sostenute per le degenze di cittadini stranieri convenzionati;
- Anomalie della procedura degli ordini e del processo per approvvigionamento di beni sanitari e non sanitari.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Promozione di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali;
2.	Coordinamento con il Direttore di Anestesia e con i Direttori delle specialità chirurgiche la formalizzazione del calendario trimestrale delle sedute operatorie;
3.	Controllo della qualità delle Cartelle cliniche relativamente alla completezza e alla leggibilità delle firme degli operatori che hanno effettuato le consulenze. Dotazione di ciascun dirigente di un timbro nominativo, con l'obbligo di utilizzo dello stesso per una più facile identificazione sugli atti medici;
4.	Gestione dei ricoveri degli stranieri convenzionati, estrapolando il file dei ricoveri. Seguire l'iter della pratica per il rimborso delle spese presso l'ufficio stranieri del Distretto;
5.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni, al fine di ridurre le liste di attesa;
6.	Somministrazione di un questionario di gradimento, anonimo, secondo il protocollo elaborato dall'URP in attuazione delle linee guida regionali.
Obiettivi Qualitativi	
7.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali;
8.	Gestione igienico-organizzativa complessiva del Presidio Ospedaliero;
9.	Promozione di interventi di carattere organizzativo per facilitare i processi di gestione e di comunicazione tra le diverse strutture aziendali, supporto delle determinazioni della Direzione Generale per il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'azienda, collaborazione nella gestione

	del processo di budget del Presidio Ospedaliero;
10.	Umanizzazione dell'assistenza ospedaliera e miglioramento degli indici di Customer Satisfaction;
11.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017 collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: <ul style="list-style-type: none"> a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
12.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi;
13.	La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è da considerarsi condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL;
14.	Formazione e aggiornamento professionale;
15.	Attuazione delle linee contenute nella D.G.R. 427 sull'abbattimento delle consulenze esterne.

26 maggio 2015 ore 10,30

Servizio Farmaceutico Territoriale

▪ **Dipartimento Farmaceutico Territoriale**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

Nel corso di tale anno si è registrata una percentuale del 100% di alimentazione dei Flussi Informativi Regionali/Ministeriali da parte dell'area Gestione del Servizio Farmaceutico. Si segnala che il **monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei MMG e PLS** ed il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica vengono effettuati in maniera puntuale dal Servizio Farmaceutico. Un lavoro che, a detta dello stesso Servizio, rischia di essere vanificato in quanto, nonostante siano state regolarmente istituite le Commissioni di Appropriatezza Prescrittiva distrettuali, non tutti i direttori di Distretto le convocano lasciando inavase le segnalazioni effettuate dall'Area Farmaceutica.

Si rilevano alcune criticità in merito al **miglioramento dei tempi medi di pagamento dei fornitori**. La Responsabile del servizio riferisce che ciò è dovuto essenzialmente alla carenza di personale amministrativo assegnato e alla tempistica legata alle fasi di Registrazione, Pagamento e di Liquidazione, di competenza dell'Area Gestione Risorse Finanziarie.

Al fine di monitorare i reali tempi a carico dell'Area Farmaceutica, la dott.ssa Foglia suggerisce di inserire nella procedura di registrazione della Fattura, presentata dai fornitori, il campo: *“data di assegnazione ai centri di responsabilità ordinatori di spesa”*.

Il dott. Cervia riferisce che da una verifica effettuata, la procedura informatizzata prevede che: per ogni fattura è disponibile la data di emissione, la data di acquisizione dello SDI, la data di ricezione presso la ASL, la data di registrazione che coincide con quella in cui la fattura è messa a disposizione dell'ufficio preposto alla liquidazione.

Sintesi delle criticità emerse:

- Alcune Commissioni di Appropriatezza Prescrittiva distrettuali non si riuniscono per valutare le segnalazioni effettuate dall'Area Farmaceutica;
- Criticità in merito al miglioramento dei tempi medi di pagamento dei fornitori;
- La procedura di registrazione della Fattura, presentata dai fornitori, non prevede il campo: *“DATA DI ASSEGNAZIONE ai centri di responsabilità ordinatori di spesa”*;
- Dotazione organica carente.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Farmacia Territoriale

Obiettivi Quantitativi

1.	Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS; ob. 4c; 4d
2.	Monitorare la spesa farmaceutica dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con segnalazione al Direttore del Distretto di appartenenza di almeno 10 medici che nel mese hanno registrato una spesa farmaceutica superiore alla media aziendale anche al fine di prevedere le azioni di censura previste dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale in caso di spesa inappropriata e/o ingiustificata; ob. 4c
3.	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale attraverso: <ul style="list-style-type: none"> o la razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; ob. 4f o la preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; o la razionalizzazione logistica dei magazzini; ob. 4f o controllo dei MMG e PLS relativamente ad aderenza ai provvedimenti regionali di appropriatezza e contenimento della spesa farmaceutica territoriale; ob. 4c
4.	Rendicontazione trimestrale dei consumi per centro di costo all'Unità Controllo di Gestione, da effettuarsi entro il mese successivo al trimestre;
5.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato; ob. 4e
6.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5)

Obiettivi Qualitativi

7.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali; ob. 4g
8.	Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (L.R. 405/2001; DGR n. 1718/2004); ob. 4b
9.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017 collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: <ul style="list-style-type: none"> a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; o d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
10.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

26 maggio 2015 ore 12,00

Direzione Amministrativa di Presidio Ospedaliero:

- **Direzione Amministrativa P.O. S. Severo - Lucera; PO Cerignola; PO Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

Dall'analisi di alcuni conti economici è evidenziata una **incongruità rispetto alla spesa storica**. Il Comitato di budget richiama i Direttori a non effettuare polverizzazioni della spesa e a rispettare i singoli conti economici al fine di ottenere un corretto monitoraggio del budget assegnato.

Inoltre, come esplicitato in fase di assegnazione dei limiti di spesa, si è tenuto conto degli stanziamenti a Bilancio che in fase programmatica non possono essere né ignorati, né tanto meno superati.

In sede di negoziazione si evidenziano alcune anomalie in merito alla procedura degli ordini e al processo per l'approvvigionamento di beni sanitari e non sanitari.

Sintesi delle criticità emerse:

- Il budget assegnato, per alcuni conti economici, non corrisponde alla spesa storica; occorre evitare polverizzazioni.
- Anomalie di processo per l'approvvigionamento di beni sanitari e non sanitari.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Direzioni Amministrative dei Presidi Ospedalieri	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali;
2.	Gestione informatizzata dei magazzini economici, gestione ordini contabilità per beni strumentali e servizi;
3.	Assolvimento delle attività, informatiche e amministrative, inerenti l'inventario fisico dei beni installati e funzionanti nel P.O.;
4.	Cura delle attività di mancato ritiro dei referti, recupero dei ticket e sollecito di pagamento fino alla fase di costituzione in mora dell'utente e al relativo incasso delle somme dovute;
5.	Liquidazione fatture beni sanitari e non di pertinenza del PO rivenienti da programmi di spesa;
6.	Contenimento della spesa;
7.	Somministrazione di un questionario di gradimento, anonimo, secondo il protocollo elaborato dall'URP in attuazione delle linee guida regionale.
Obiettivi Qualitativi	
8.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017 collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di

	<p>controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:</p> <ul style="list-style-type: none">a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso.b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
9.	Publicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.
10.	Formazione e aggiornamento professionale.

26 maggio 2015 ore 15,30

Servizio Farmacia Ospedaliera:

▪ **Dipartimento Farmaceutico Ospedaliero**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

Il Documento di Indirizzo Economico Finanziario 2015-2016 prevede come obiettivo assegnato alle Aziende Sanitarie la **riduzione della spesa per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici** anche attraverso la riorganizzazione logistica dei magazzini interaziendali e il corretto controllo delle giacenze, anche mediante la verifica e gestione di materiale scaduto. Nel merito del raggiungimento di questo obiettivo, il Responsabile del Servizio sottolinea che è necessario far riferimento al materiale di pertinenza della spesa farmaceutica ospedaliera.

Si evidenziano, inoltre, le seguenti **anomalie relative alla procedura della fatturazione**:

- attribuzione impropria di fatture non pertinenti alla Struttura;
- fatture in cui il numero d'ordine non è presente, a causa di omissione dell'informazione da parte dell'Azienda;
- presenza di residuo di fatture relative all'anno 2014.

Il dott. Cervia evidenzia che per quanto attiene la procedura relativa alla trasmissione delle fatture in formato digitale, con l'ingresso di GPI, da ottobre 2013, è stato superato il grosso problema verificatosi con l'introduzione di un applicativo con le stesse funzioni rilasciato dal vecchio fornitore. Dal 31 marzo 2015, con la fatturazione elettronica, ogni residuo problema, di ordine tecnico, è stato rimosso.

Sintesi delle criticità emerse:

- “Razionalizzazione e riduzione della spesa relativa ai prodotti farmaceutici mediante la riorganizzazione logistica”: per la programmazione annuale e l'ottimizzazione delle scorte e la riduzione dei costi connessi alla perdita di materiale stoccato si segnala la necessità di precisare il materiale di pertinenza della spesa farmaceutica ospedaliera;
- Anomalie relative alla procedura della fatturazione.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Farmacia Ospedaliera	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera, ai fini del suo contenimento attraverso: <ul style="list-style-type: none"> o la razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici; o la preferenza, a parità di indicazione terapeutica, dell'utilizzo di farmaci equivalenti; o la razionalizzazione logistica dei magazzini.
2.	Razionalizzazione e riduzione della spesa relativa ai prodotti farmaceutici mediante la riorganizzazione logistica. Programmazione annuale e ottimizzazione delle scorte e riduzione dei costi connessi alla perdita di materiale stoccato.
3.	Utilizzo di una mappatura dei centri di costo univoca all'interno dell'azienda.
4.	Rendicontazione trimestrale dei consumi per centri di costo.
5.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato con Deliberazione aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato
6.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
Obiettivi Qualitativi	
7.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
8.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017 collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: <ul style="list-style-type: none"> a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.
9.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

27 maggio 2015 ore 9,30

Laboratori Analisi:

- **Laboratorio Analisi P.O. S. Severo - Lucera**
- **Laboratorio Analisi P.O. Cerignola**
- **Laboratorio Analisi P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

Si lamenta la **carenza, se non la totale assenza, di infrastrutture informatiche** presso le sedi di Lucera, San Severo, Torremaggiore. Tale carenza comporta l'utilizzo della forma cartacea per le comunicazioni tra i Servizi, incidendo sulla tempistica di consegna dei referti e sull'organizzazione del lavoro.

Presso la sede di San Severo è stato recentemente installato il nuovo software, ma la novità non è stata supportata dalla necessaria **formazione del personale** in merito all'utilizzo. Per quanto riguarda le sedi di Cerignola e di Manfredonia, le stesse sono collegate telematicamente con le strutture di degenza dei rispettivi Presidi.

Il dott. Cervia riferisce che la carenza lamentata non riguarda l'hardware ed il software, bensì la formazione e l'affiancamento nell'utilizzo della cartella clinica informatizzata.

Viene riferito, inoltre, il **sottodimensionamento del personale**, a cui si associa anche una disomogeneità nell'assegnazione secondo il seguente schema:

- **Lucera:** presso il laboratorio sono presenti n. 2 dirigenti medici (n. 1 a tempo parziale e n. 1 a tempo pieno) e due Tecnici di laboratorio. Si registra un incremento delle attività presso i centri prelievi limitrofi serviti dal Laboratorio (quasi 60 prelievi al giorno). Intensificati gli accessi del Servizio di Dialisi e di Oncologia;
- **Manfredonia:** il laboratorio, di medie dimensioni, è dotato di un numero maggiore di personale tecnico rispetto al personale medico;
- **Torremaggiore:** situazione analoga a quella del laboratorio di Manfredonia
- **Cerignola:** presso il laboratorio sono presenti n. 3 dirigenti medici e n. 3 specialisti ambulatoriali.

Sintesi delle criticità emerse:

- Informatizzazione: infrastrutture carenti o assenti in alcune sedi e mancata formazione del personale in merito all'utilizzo del nuovo software;
- Sottodimensionamento del personale associato anche ad una disomogeneità nell'assegnazione presso i laboratori aziendali.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Laboratorio Analisi	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Risposta a tutta la domanda interna di prestazioni di laboratorio analisi entro i termini convenzionali.
2.	Equilibrio economico
3.	Aumento della produttività
4.	Incremento performance dei Servizi
5.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo "One Care", per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
6.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le attività prestate ai reparti. Per le attività verso pazienti ambulatoriali si farà riferimento alle rilevazioni inserite nel sistema CUP - Cassa ticket.
Obiettivi Qualitativi	
7.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.

27 maggio 2015 ore 11,00

Radiodiagnostica Ospedaliera:

- **Radiodiagnostica P.O. S. Severo - Lucera**
- **Radiodiagnostica P.O. Cerignola**
- **Radiodiagnostica P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

È condivisa la percezione di **non appropriatezza della scheda economica 2014**, anche per la presenza di voci complessive, dalle quali è difficile ricavare gli specifici riferimenti di spesa.

Si segnala una **disomogeneità nelle procedure di registrazione** nel Sistema informativo radiologico (RIS) degli esami eseguiti dalle singole Strutture. Ci sono, infatti, Centri che registrano la singola prestazione, altri che spaccettano la stessa prestazione, secondo le fasi di esecuzione. Tali pratiche differenziate incidono sui carichi di attività.

Il dott. Cervia comunica che è in corso l'implementazione del ciclo CUP/RIS-ONE CARE/RIS. Precisa, inoltre, che, se la prestazione radiologica può essere definita come l'evento che genera il flusso di informazioni (workflow), dati ed immagini, diventa fondamentale garantire il sincronismo tra le due componenti RIS e PACC, per ottenere il miglioramento dei processi di lavoro e l'ottimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi resi.

Il dott. Cervia riferisce che con l'inserimento automatico delle prenotazioni fatte dal CUP sul RIS, oltre a rendere più efficiente il processo, saranno superati anche i disguidi nelle attività di RECALL determinati dalla gestione separata dei sistemi.

Il Responsabile del Centro di San Severo lamenta:

- una inidoneità strutturale degli ambienti dovuta al coinvolgimento nella progettazione degli spazi, nonostante le richieste rivolte in tal senso all'arch. Carbonara;
- l'inadeguatezza della strumentazione in dotazione (ecografo vetusto e malfunzionante; RX digitale inutilizzato per mancanza di personale adeguatamente formato);
- problematiche inerenti la procedura di acquisto dei mezzi di contrasto che dovrebbe essere a carico della Farmacia ospedaliera, ma che di fatto viene svolta dal Servizio di Radiologia di San Severo.

Per la criticità della logistica del Centro di San Severo si conviene di programmare un incontro tra Servizio di Radiologia di San Severo, Direzione Generale e Area Gestione Tecnica.

In merito al Personale, i Responsabili di Struttura riferiscono un **sottodimensionamento dell'organico** e una difficoltà organizzativa in merito al **coordinamento e gestione delle risorse umane**. In particolare, a San Severo il personale distrettuale spesso non può essere operativo, a causa dei frequenti malfunzionamenti della strumentazione in dotazione. Al contempo, nonostante tale blocco operativo, lo stesso personale non può essere adibito ad attività radiologiche presso il Presidio Ospedaliero.

Nelle **attività di Recall**, inoltre, si segnala un pessimo coordinamento del sistema a causa del quale sovente il paziente viene richiamato da tre operatori diversi: Direzione Sanitaria di Presidio, CUP e N°Verde.

Sintesi delle criticità emerse:

- Informatizzazione: Disomogeneità nelle procedure di registrazione nel Sistema informativo radiologico (RIS) degli esami eseguiti dalle singole strutture;
- Centro di San Severo: inidoneità strutturale degli ambienti, inadeguatezza della strumentazione in dotazione e procedura di acquisto dei mezzi di contrasto;
- Personale: sottodimensionamento dell'organico e difficoltà organizzativa in merito al coordinamento e gestione delle risorse umane;
- Mancato coordinamento del sistema nelle attività di Recall.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Radiodiagnostica ospedaliera e Neuroradiologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Risposta a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali
2.	Aumento produttività
3.	Equilibrio economico
4.	Incremento performance dei Servizi
5.	Massimizzazione dell'utilizzo delle grandi macchine (TAC) garantendo una media di 16 prestazioni per turno di 6 ore per singola macchina, in orario istituzionale
6.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo "One Care", per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le attività prestate ai reparti. Per le attività verso pazienti ambulatoriali si farà riferimento alle rilevazioni inserite nel sistema CUP - Cassa ticket
Obiettivi Qualitativi	
8.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
9.	Garanzia di un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte RIS)

27 maggio 2015 ore 12,00

Cardiologia – UTIC:

- **Cardiologia – UTIC P.O. S. Severo - Lucera**
- **Cardiologia – UTIC P.O. Cerignola**
- **Cardiologia P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

I Responsabili delle UU.OO. rilevano che dalla **scheda economica**, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi. Lamentano, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività. A tale proposito si conviene che il Controllo di Gestione invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo.

Il dott. Cervia comunica che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile. La gestione a sistema dei dati consente il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback.

Dall'analisi dei dati di attività dell'anno 2014 si evidenzia che:

- il peso dei DRG UTIC di Cerignola è particolarmente influenzato dalla mancanza dell'emodinamica. Per tale ragione, il paziente viene dirottato verso le Cliniche private oppure verso IRCCS e OO.RR.. In questo caso si conviene di introdurre il "*DRG Condiviso di Percorso*" con il quale il trattamento del paziente può essere appunto condiviso tra la Struttura di Cardiologia del P.O. di Cerignola, per la parte clinico-assistenziale, e gli OO.RR., per la parte Diagnostico-strumentale;
- dai DRG di San Severo si rileva un'incidenza superiore del grado d'inappropriatezza rispetto a Cerignola. Il Dott. Villella specifica che tale situazione scaturisce dalla mancata funzione di "filtro" del Pronto Soccorso;
- i tempi di degenza in UTIC, previsti per un tempo definito (3 gg), comportano, allo scadere dei 3 giorni, il trasferimento del paziente in Cardiologia. Quando non vi è disponibilità di posto letto il trasferimento viene effettuato solo formalmente, dando origine ad un tasso di occupazione superiore al 100%. Diversamente, se il trasferimento non venisse effettuato, si genererebbe inappropriatezza organizzativa per il superamento delle giornate di degenza in UTIC;
- I pazienti "dimessi" dall'UTIC sono normalmente trasferiti presso gli OO.RR., non a casa.

Per le **procedure di approvvigionamento** di materiale sanitario si sottolinea la presenza del vincolo di procedere all'acquisto attraverso un'unica centrale d'acquisto che, in taluni casi, risulta non conveniente rispetto ad altre possibilità di acquisto.

In merito al Personale, i Responsabili di Struttura riferiscono un **sottodimensionamento dell'organico**.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Manca il feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione;

- Analisi dati 2014: alcune inapproprietezze dei DGR a San Severo, peso dei DRG UTIC di Cerignola, tempi di degenza e dimissione dalle UTIC;
- Per alcuni materiali sanitari l'approvvigionamento attraverso un'unica centrale d'acquisto risulta sconveniente;
- Sottodimensionamento dell'organico.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Cardiologia-UTIC	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati.
3.	Riduzione della ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
4.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa
5.	Equilibrio economico
6.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo "One Care", per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
8.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
9.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
10.	Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
11.	Revisione della cartella clinica su casi clinici di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale/Territorio
12.	Attività di "filtro" di medicina e chirurgia d'urgenza (Pronto Soccorso) e accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Direzione Sanitaria di PO, U.O. di medicina e chirurgia d'urgenza e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.

27 maggio 2015 ore 15,00

Chirurgia Generale:

- **Chirurgia Generale P.O. S. Severo - Lucera**
- **Chirurgia Generale P.O. Cerignola**
- **Chirurgia Generale P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

I Responsabili delle UU.OO. rilevano che dalla **scheda economica**, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi. Lamentano, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività.

Il dott. Cervia riferisce che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica, è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile. La gestione a sistema dei dati consentirà il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback. Nel corso del 2015 sarà completata la fornitura delle postazioni di lavoro ed il loro collegamento in rete.

Si conviene che nella scheda economica si aggiunga il campo "n. posti letto effettivi". Il servizio Controllo di Gestione, inoltre, invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo. In merito al Personale, i Responsabili di Struttura riferiscono un sottodimensionamento dell'organico che genera le seguenti problematiche:

- **Lucera:** presenza di n. 4 medici e di n. 1 Direttore di S.C.. Ciò non consente la guardia notturna. Inoltre, il Direttore è in reperibilità per 15 gg al mese, essendo preclusa la possibilità di organizzare i turni;
- **Cerignola:** è necessario prevedere una guardia attiva H24.

Il dott. Ciavarella lamenta la mancata attivazione, presso il P.O. di Manfredonia, dei n. 2 p.l. per la Terapia sub intensiva e il mancato allestimento dello spazio riservato a tale attività con la relativa installazione di n. 2 monitor. In riferimento all'assistenza anestesiologicala, il dott. Ulivieri sottolinea che, dopo l'abolizione dei turni aggiuntivi per gli anestesisti, le sedute operatorie sono ridotte a 2/3 a settimana. L'Assistenza cardiologica, inoltre, è garantita sino alle ore 14,00.

Presso l'Ospedale di Lucera, l'organizzazione delle sedute operatorie presenta le seguenti lacune:

- chirurgia ortopedica: c'è un solo chirurgo ortopedico. Una volta a settimana opera il Direttore di struttura;
- chirurgia ginecologica: è assicurata da un medico della Chirurgia;
- chirurgia oftalmica: la gestione è del tutto autonoma; n° 3 sedute settimanali con operatore specialista nella disciplina.

Pertanto, il raggiungimento degli obiettivi n. 2 - 3 - 4, di seguito riportati, è, secondo i Responsabili delle UU.OO., strettamente correlato al numero (carente) di sedute operatorie. Il Commissario Straordinario evidenzia la necessità di costruire nuovi modelli organizzativi di continuità assistenziale in ospedale. A tal fine, occorre incidere sulla organizzazione notturna dei PP.OO., in particolare, sulla presenza dei medici in guardia attiva, il cui ricorso determina un alto consumo di risorse rispetto alle attività svolte. Si auspica, pertanto, il ricorso al Day-Service, all'adozione di Percorsi Assistenziali Territorio-Ospedale-Territorio e l'incremento delle Dimissioni programmate.

Per quanto riguarda l'Endoscopia digestiva vengono riferite le seguenti criticità:

- **San Severo:** mancato apporto informatizzazione;

- Cerignola: grosse difficoltà nell’approvvigionamento del materiale;
- Cerignola: si propone attività di endoscopia interventistica.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Manca il feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione;
- Sottodimensionamento del personale;
- Mancata attivazione dei n. 2 p.l. per la Terapia sub intensiva presso l’ospedale di Manfredonia;
- Difficoltà nell’organizzazione delle sedute operatorie presso l’Ospedale di Lucera;
- Per l’Endoscopia di San Severo: mancato apporto informatizzazione;
- Per l’Endoscopia di Cerignola: grosse difficoltà nell’approvvigionamento del materiale;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Chirurgia Generale	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.
3.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell’assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati.
4.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile.
5.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa.
6.	Equilibrio economico.
7.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell’applicativo “One Care”, per quanto di competenza, per l’effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
8.	Riduzione dei tempi pre-operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l’intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all’atto chirurgico, al paziente e all’atto anestesiológico.
9.	Messa a regime del modulo applicativo per la gestione della sala operatoria.
10.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
11.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali..
Obiettivi Qualitativi	
12.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.

2

8 maggio 2015 ore 9,30

Nefrologia e Dialisi:

- **Nefrologia e Dialisi P.O. S. Severo - Lucera**
- **Nefrologia e Dialisi P.O. Cerignola**
- **Nefrologia e Dialisi P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

I Responsabili delle UU.OO. rilevano che dalla **scheda economica**, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi. Lamentano, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività.

Il dott. Cervia riferisce che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile.

La gestione a sistema dei dati consentirà il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback. Nel corso del 2015 sarà completata la fornitura delle postazioni di lavoro ed il loro collegamento in rete.

Si conviene che il servizio Controllo di Gestione invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo.

In merito all'**informatizzazione del sistema** viene riferita una disomogeneità dovuta all'utilizzo del software "GEPADIAL", (gestione informatizzata delle UU.OO. di Nefrologia e Dialisi) nelle sedi di Cerignola e Lucera e di un database creato con Access nella sede di San Severo. L'informatizzazione risulta invece del tutto assente nella sede di San Nicandro Garganico.

Al fine di superare le disomogeneità nell'informatizzazione del sistema, il dott. Cervia propone il riversamento del database creato con Access in GEPADIAL e il successivo allineamento GEPADIAL - ONE CARE – EDOTTO.

Il Dott. Dell'Aquila chiede che gli venga fornito un **report giornaliero delle attività**, da parte del CUP. Il Dott. Cervia, altresì, abiliterà i responsabili delle Strutture di scaricare direttamente il report giornaliero delle attività.

Inoltre, per quanto attiene al report, i pazienti in dialisi non transitano dal CUP, hanno accesso diretto. Per questa ragione, resta a carico della struttura il caricamento dei dati. Non ci sono ostacoli alla stampa quotidiana di un report analitico delle prestazioni erogate.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Manca il feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione;
- Disomogeneità nell'informatizzazione del sistema;
- Report giornaliero delle attività da parte del CUP.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Nefrologia e Dialisi	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati
3.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
4.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa
5.	Equilibrio economico
6.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Attività di "filtro" di Med. Chir. Urg. e accettazione: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Direzione Sanitaria di PO, UO di Med. Chir. Urg. e accettazione
8.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne
9.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
10.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
11.	Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
12.	Presentazione di un progetto sulla Dialisi peritoneale a domicilio in collaborazione con la specialistica ambulatoriale

28 maggio 2015 ore 11,30

Medicina Generale:

- **Medicina Generale P.O. S. Severo - Lucera**
- **Medicina Generale P.O. Cerignola**
- **Medicina Generale P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

I Responsabili delle UU.OO. rilevano che dalla **scheda economica**, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi. Lamentano, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività.

Si conviene che il servizio Controllo di Gestione invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo.

Per quanto riguarda l'**organizzazione delle UU.OO.**, i Responsabili di struttura riferiscono le seguenti problematiche:

- **P.O. Manfredonia:** i 24 p.l., 2 p.l. D.H. e 6 p.l. di lungodegenza sono affidati ad unico personale, che assicura l'assistenza secondo una turnazione programmata. La chiusura di alcuni reparti richiede l'attivazione di 12 p.l. di lungodegenza e di 12 p.l. di riabilitazione;
- **P.O. Cerignola:** si rileva il sottodimensionamento del personale, che rende difficoltosa la gestione delle attività. Tale criticità incide anche sull'attivazione dei posti letto per pazienti critici (area critica), così come previsto dal Patto per la Salute 2015-2017. Sono stati allestiti gli spazi e le attrezzature per Day Hospital oncologico, mentre sono in standby le attività per l'allestimento dell'ambiente per immagazzinamento, preparazione e somministrazione dei farmaci antineoplastici. In merito a quest'ultima criticità si suggerisce di contattare le ditte in service per approvvigionamento farmaci antitumorali. Si segnala, inoltre, la difficoltosa gestione del Sistema "ONE CARE" che risulta lenta.

Il dott. Cervia riferisce che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile. La gestione a sistema dei dati consentirà il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback.

Per quanto riguarda "ONE CARE" sono stati riprogrammati corsi di formazione e affiancamento affinché anche nei reparti di San Severo e Lucera sia utilizzata la cartella informatizzata.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Mancato feedback trimestrale del Controllo di Gestione;
- Sottodimensionamento e difficoltà nella gestione del personale distribuito in tre distinti reparti di degenza;
- Interruzione dei lavori per l'allestimento dell'ambiente per immagazzinamento, preparazione e somministrazione dei farmaci antineoplastici al P.O. di Cerignola;
- Difficoltosa gestione del Sistema "ONE CARE";

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Medicina Generale	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto
2.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato
3.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
4.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa
5.	Equilibrio economico
6.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.
8.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
9.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
10.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
11.	Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere
12.	Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

28 maggio 2015 ore 15,30

Oftalmologia

▪ **Oftalmologia P.O. Cerignola**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

I Responsabili delle UU.OO. presenti all'incontro non condividono quanto contenuto nelle schede di attività e segnalano le seguenti criticità:

- **Day Surgery - San Severo:** mancato allestimento n. 1 postazione informativa nonostante reiterate richieste;
- **Day surgery - San Severo e Oftalmologia – Cerignola:** dalla lettura delle SDO scaturisce la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni. Per quanto riguarda il MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante), con il quale è possibile valutare la complessità assistenziale della persona assistita, consentendo la stima del correlato fabbisogno delle risorse umane, si segnala la difficoltà a inserire nel sistema di classificazione CUP, quelle patologie minori, per le quali si eseguono la gran parte delle prestazioni. Si lamenta l'assenza di adeguamento nel nomenclatore regionale nonostante la segnalazione di tale criticità al CUP;
- **Oftalmologia – Cerignola:** difficoltà operativa nell'osservare la prescrizione del protocollo, che prevede il trattamento di alcune patologie in regime del Day Surgery. Contravvenendo a tale regime, la prestazione è ritenuta inappropriata. A tal proposito, è stato fatto osservare che il MAP prevede dei filtri, che consentono alcune eccezioni al trattamento assistenziale senza incorrere nell'inappropriatezza delle prestazioni.

Sintesi delle criticità emerse:

- allestimento di n. 1 postazione informativa presso il Day Surgery - San Severo;
- difficoltà di inserimento nel sistema di classificazione CUP di quelle patologie minori, per le quali si eseguono la gran parte delle prestazioni;
- difficoltà operativa ad osservare la prescrizione del protocollo, che prevede il trattamento di alcune patologie in regime di Day Surgery, presso l'Oftalmologia – Cerignola;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Oftalmologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.
3.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati
4.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
5.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa
6.	Equilibrio economico
7.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
8.	Riduzione dei tempi pre-operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiológico.
9.	Messa a regime del modulo applicativo per la gestione della sala operatoria
10.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
11.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
12.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.

28 maggio 2015 ore 16,30

Ostetricia e Ginecologia:

- **Ostetricia e Ginecologia P.O. S. Severo - Lucera**
- **Ostetricia e Ginecologia P.O. Cerignola**
- **Ostetricia e Ginecologia P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

I Responsabili delle UU.OO. rilevano che dalla **scheda economica**, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi e chiedono, pertanto, di incorporare le sale operatorie, non trattandosi di costi di gestione diretta.

Lamentano, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività.

Si conviene che il servizio il Controllo di Gestione invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo.

Il dott. Cervia comunica che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile. La gestione a sistema dei dati consentirà il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback.

Nel corso del 2015 sarà completata la fornitura delle postazioni di lavoro ed il loro collegamento in rete. Per il costo delle sale operatorie si sta calcolando un costo orario, specifico per disciplina, che consentirà il conteggio, con maggior precisione, degli oneri da addebitare alla struttura. Circa la lentezza del sistema, sono in corso attività per aumentare le performance del sistema stesso e della rete.

Si rileva, inoltre, il **disallineamento tra il Sistema ONE CARE e le prescrizioni regionali**, in merito al setting assistenziale entro il quale alcune prestazioni devono essere espletate. ONE CARE, infatti, non riconosce il corretto regime per quelle prestazioni, creando DRG non validabili da parte della Dirigenza Medica di Presidio.

Si segnala, dunque, la difficoltà di gestione di ONE CARE a causa del collegamento lento. Tale criticità è attribuita all'intero Presidio Ospedaliero.

Il dott. Cervia riferisce che in merito alla appropriatezza del setting assistenziale, DRG o Day-Service, non è compito dell'applicativo stabilire se la prestazione è ambulatoriale o in ricovero.

Dall'analisi dei dati si evince un'**erronea compilazione delle SDO** ed il mancato aggiornamento relativamente al setting assistenziale da osservare per alcune patologie, ai sensi delle attuali disposizioni regionali. A tal proposito, la dott.ssa Corrado segnala la mancata informazione alle strutture di degenza e Servizi del P.O., da parte della Dirigenza Medica di Presidio.

In merito al Personale, i Responsabili di Struttura riferiscono un **sottodimensionamento dell'organico** e difficoltà organizzative a causa della presenza di personale in età pensionabile e personale beneficiario della L. n. 104/92. Ne conseguente la difficoltà di gestione dei turni di lavoro, guardia attiva e reperibilità.

Si richiede, inoltre, l'implementazione della rete LAN presso il P.O. Tatarella.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Manca il feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione;
- Erronea compilazione delle SDO;
- Mancata trasformazione di alcuni DRG in Day Service;
- Gestione di ONE CARE particolarmente difficile a causa del collegamento lento;
- Sottodimensionamento del personale e difficoltà nella gestione dei turni.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Ostetricia e Ginecologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.
3.	Riduzione dei parti cesarei
4.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati
5.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
6.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa
7.	Equilibrio economico
8.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
9.	Riduzione dei tempi pre-operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesilogico.
10.	Messa a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria
11.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
Obiettivi Qualitativi	
12.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
13.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.

28 maggio 2015 ore 18,00

Otorinolaringoiatria

▪ **Otorinolaringoiatria P.O. Cerignola**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

I Responsabili delle UU.OO. rilevano che dalla **scheda economica**, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi e chiedono, pertanto, di incorporare le sale operatorie, non trattandosi di costi di gestione diretta.

Lamentano, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività.

Si conviene che il servizio il Controllo di Gestione invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo.

Dall'analisi dei dati si evince il mancato aggiornamento relativamente al setting assistenziale da osservare per alcune patologie, ai sensi delle attuali disposizioni regionali. Tale problematica è dovuta alla mancata informazione alle strutture di degenza e Servizi del P.O., da parte della Dirigenza Medica di Presidio.

Il dott. Cervia riferisce che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile.

La gestione a sistema dei dati consentirà il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback.

Nel corso del 2015 sarà completata la fornitura delle postazioni di lavoro ed il loro collegamento in rete. Per il costo delle sale operatorie si sta calcolando un costo orario, specifico per disciplina che consentirà il conteggio, con maggior precisione, degli oneri da addebitare alla struttura.

Circa la lentezza del sistema, sono in corso attività per aumentare le performance del sistema e della rete. Riguardo alla appropriatezza del setting assistenziale, DRG o Day-Service, non è compito dell'applicativo stabilire se la prestazione è ambulatoriale o in ricovero.

In merito al Personale, i Responsabili di Struttura riferiscono un sottodimensionamento dell'organico e le difficoltà organizzative in merito alla gestione dei turni a causa della presenza di personale in età pensionabile e personale beneficiario della L. n. 104/92. Ne conseguente la difficoltà di gestione dei turni di lavoro, guardia attiva e reperibilità.

Si propone di attivare un ambulatorio pomeridiano per due volte a settimana, anche presso i P.O. di San Severo e Manfredonia.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Mancato feedback trimestrale del Controllo di Gestione;
- Mancata trasformazione di alcuni DRG in Day Service;
- Sottodimensionamento del personale e difficoltà nella gestione dei turni.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Otorinolaringoiatria	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.
3.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati
4.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
5.	Estensione orario di lavoro per le attività ambulatoriali rivolte a pazienti esterni ed interni al fine di ridurre le liste di attesa
6.	Equilibrio economico
7.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
8.	Riduzione dei tempi pre-operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiológico.
9.	Messa a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria
10.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
11.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
12.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.

4 giugno 2015 ore 9,30

Diabetologia

- **Diabetologia P.O. Manfredonia**
- **Diabetologia P.O. San Severo**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, emergono le seguenti criticità.

I Responsabili delle UU.OO. rilevano che dalla **scheda economica**, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi e chiedono, pertanto, di scorporare le sale operatorie, non trattandosi di costi di gestione diretta.

Lamentano, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività.

Si conviene che il servizio il Controllo di Gestione invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo.

Il dott. Cervia comunica che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile.

La gestione a sistema dei dati consentirà il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback. Nel corso del 2015 sarà completata la fornitura delle postazioni di lavoro ed il loro collegamento in rete.

Circa la lentezza del sistema, sono in corso attività per aumentare le performance del sistema stesso e della rete. Per la gestione di una attività ambulatoriale è prevista una cartella clinica per attività ambulatoriale e l'applicativo non è ONE CARE.

In merito alla **gestione integrata della malattia diabetica** con i MMG si rileva la scarsa partecipazione degli stessi agli incontri promossi nel triennio precedente, oltre alla scarsa collaborazione dell'Ufficio Formazione, relativamente alla presentazione di un Progetto di formazione con i MMG.

Considerato che per i MMG è essenziale approfondire l'approccio terapeutico ed assistenziale alla patologia diabetologica, la dott.ssa Azzarone propone di rinnovare, a livello aziendale, un Progetto di formazione già svolto in primavera a Manfredonia. Si propone di estendere la partecipazione anche ad altri medici specialisti, ginecologi, nefrologi e ad altre figure professionali come gli infermieri.

Si segnala che nel Distretto Socio Sanitario di Manfredonia non ci sono specialisti ambulatoriali e che il Servizio di Diabetologia ospedaliero copre tale carenza, a differenza di quanto accade nel territorio di San Severo.

Dall'analisi della scheda economica risulta incongruo il dato ricavi/attività. Si segnala, infatti, che tale scheda non tiene conto della estesa attività del servizio, oltre alle visite di controllo. Il conto economico, altresì, valorizza la prestazione a tariffa: il controllo corrisponde a euro 12,00 di valorizzazione, non di ticket, perché trattasi di pazienti esenti. Quindi, il valore economico che ne discende è minimo.

A tale proposito si precisa che dal 2014 è stata ridotta la terapia occupazionale ed è avvenuta la trasformazione da day hospital a day service.

Si considera opportuno, pertanto, introdurre un'unità di misura specifica, al fine di consentire la valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali e individuare una codifica per visita di screening diabetologico.

Gli screening diabetologici vengono eseguiti una volta all'anno, ma questi non sono censibili in quanto la ricetta riporta genericamente "Visita diabetologica".

In passato, inoltre, il Servizio di Diabetologia di Manfredonia ha già avviato un Progetto di prevenzione rivolto ai figli dei pazienti con patologia diabetologica.

Il Servizio di Manfredonia ha partecipato al Progetto Nazionale sulla presa in carico del paziente diabetico, giungendo tra i primi 10 servizi in Italia.

Da tale esperienza è scaturita una Carta dei Servizi.

Durante l'incontro si discute in merito alle misure ed azioni da intraprendere per attivare l'associazionismo dei pazienti, quale leva per il coinvolgimento dei MMG e PLS e si sottolinea l'ottimo rapporto con l'Associazione pazienti diabetici che è anche ospite del P.O. di Manfredonia.

Si condivide la necessità di avviare il monitoraggio delle Associazioni di pazienti nella provincia di Foggia.

Si segnala il **mancato utilizzo del Sistema Informativo ONE CARE** a causa della sua lentezza e malfunzionamento. Il software in uso è EURO TOUCH, che, comunque, richiederebbe un aumento di personale dedicato.

Si chiede di poter proseguire nell'utilizzo della procedura di prenotazione delle visite di controllo, che vengono gestite direttamente dal Servizio, attraverso una postazione CUP presente presso l'ambulatorio.

Le prime visite sono prenotabili dal CUP centrale.

Una ulteriore criticità viene segnalata in merito alla redazione obbligatoria dei Piani Terapeutici. Infatti, nonostante i pazienti siano in condizioni tali da potersi autogestire e considerato che i MMG non possono prescrivere il Piano terapeutico, gli stessi pazienti devono tornare al servizio di diabetologia per la relativa prescrizione.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Manca il feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione;
- Gestione integrata della malattia diabetica con i MMG;
- Nel Distretto Socio Sanitario di Manfredonia non ci sono specialisti ambulatoriali;
- Rendicontazione dell'attività relativa agli screening diabetologici;
- Misure ed azioni per attivare l'associazionismo dei pazienti;
- Non utilizzo del Sistema Informativo ONE CARE;
- Redazione obbligatoria dei Piani Terapeutici.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Diabetologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	In occasione della Giornata Mondiale del Diabete (che si tiene generalmente nel mese di novembre), in tutti gli Ospedali dell'ASL, nell'ambito delle attività locali in merito ed in collaborazione con il Servizio SIAN, organizzazione di punti di prelievo per la rilevazione della glicemia, con contestuale misurazione di peso, circonferenza addominale e pressione arteriosa
2.	Screening di base su piede diabetico
3.	Miglioramento dell'equilibrio economico
4.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.)
5.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
Obiettivi Qualitativi	
6.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali
7.	Attività di prevenzione del Diabete e delle Malattie metaboliche: - formazione dei MMG per l'utilizzo delle occasioni opportune ai fini dell'individuazione precoce dei soggetti a rischio, anche in relazione alla frequente co-morbilità
8.	Attività di prevenzione del Diabete e delle Malattie metaboliche: - perseguimento di una "Gestione integrata" con i Medici di Medicina Generale del territorio, finalizzata alla più precoce evidenziazione dei segni e sintomi propri della patologia diabetica
9.	Attività di prevenzione del Diabete e delle Malattie metaboliche: - definizione di percorsi diagnostici costo/efficaci per la diagnosi precoce e protocolli per la gestione integrata della malattia - coinvolgimento delle associazioni per monitorare il consumo delle striscette, reinvestendo parte del risparmio
10.	Educazione Terapeutica alla somministrazione di insulina (modalità, sedi, uso delle penne) svolti da personale infermieristico
11.	Realizzazione, in collaborazione con la struttura di statistica ed epidemiologia, di uno studio epidemiologico longitudinale e di popolazione mirato alla evidenziazione della <i>"Diffusione/prevalenza del Diabete Mellito nella provincia di Foggia"</i>

4 giugno 2015 ore 10,30

Colpocitologia

▪ **Colpocitologia P.O. Cerignola**

Durante l'incontro si tratteggia il quadro generale del Servizio.

La Regione ha disposto il potenziamento del Servizio, quale Centro pilota per gli screening del carcinoma cervico-uterino, assegnando n. 2 medici, postazione informatica e organizzazione della segreteria.

Dal 2008 al 2010 si è eseguita la "*lettura del territorio non da screening*" (pap test provenienti dai Consultori familiari), che però è andata via scemando fino al 2011.

Nel 2011 la titolarità delle attività di screening è passata alla Dott.ssa Prato e fu stipulata una convenzione con l'IRCCS di San Giovanni Rotondo per l'assistenza di II livello. Da allora l'attività del Servizio si è ridotta notevolmente, nonostante le capacità e le competenze presenti nel servizio. Nel 2012 si registra una ulteriore flessione delle attività che si indirizzano essenzialmente alla S.C. Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Cerignola.

Vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche e si segnalano le seguenti criticità.

Dall'analisi della scheda economica risulta incongruo il dato ricavi/attività e il mancato aggiornamento relativamente al setting assistenziale da osservare per alcune patologie, ai sensi delle attuali disposizioni regionali. Tale problematica è dovuta alla mancata informazione alle strutture di degenza e Servizi del P.O, da parte della Dirigenza Medica di Presidio.

In tal senso si condivide la necessità di pubblicare sul sito istituzionale aziendale l'informativa regionale relativa ai regimi entro i quali le prestazioni devono essere eseguite. Inoltre, si segnala la necessità di allineare il Sistema informativo ONE CARE a tali disposizioni regionali, oltre che di migliorare il sistema di valorizzazione delle prestazioni.

Si ritiene opportuna, altresì, la stipula di convenzioni con Centri verso i quali la popolazione si rivolge abitualmente per gli interventi chirurgici, in particolar modo per i carcinomi invasivi.

Al fine di incrementare le attività del servizio, la dott.ssa Corrado propone l'attivazione di un "Punto Diagnosi" presso il Consultorio, con dislocazione di n. 1 biologo (il più anziano) e dotazione di un microscopio a fresco. Si richiede, inoltre, la presenza di un anatomopatologo, anche a tre accessi a settimana, per il controllo di qualità sulla lettura pap test.

La dott.ssa Corrado lamenta la presenza nel servizio di attrezzature obsolete, mai sostituite.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dall'analisi della scheda economica risulta incongruo il dato ricavi/attività;
- Riduzione delle attività del Servizio;
- Mancata comunicazione, da parte delle Direzioni Sanitarie, delle disposizioni regionali in materia di appropriatezza dei setting assistenziali;
- Presenza nel servizio di attrezzature obsolete.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Colpocitologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Partecipazione al programma regionale di screening cervico-carcinoma come centro di II e III livello per le pazienti provenienti da tutta la provincia
2.	Attivazione di DH della gestione della paziente in citologia cervico-vaginale dall' ACSUS in poi
3.	Attivazione di Day-Surgery per gestione pazienti che necessitano di intervento chirurgico (conizzazione) e per la gestione degli interventi di endoscopia ginecologica (isteroscopia operativa e resettoscopia)
4.	Attivazione di un programma relativo alla diagnosi precoce e terapia medico/chirurgica delle patologie benigne o neoplastiche della cavità uterina
5.	Equilibrio economico
6.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
Obiettivi Qualitativi	
8.	Ricerca del papilloma virus nei partner della pazienti positive al papilloma virus ad alto e basso rischio (HR, LR)
9.	Sensibilizzazione e informazione sulle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) della popolazione giovanile delle scuole secondarie mediante incontri formativi e attivazione di un centro di ascolto e del territorio attraverso le Associazioni

4 giugno 2015 ore 11,30

Pneumologia

▪ **Pneumologia P.O. Cerignola**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Non vengono evidenziate criticità da parte del Dirigente Responsabile.

Al fine di ottimizzare le attività del servizio si propone l'attivazione dell'ambulatorio per urgenze.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Pneumologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto
2.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato
3.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
4.	Equilibrio economico
5.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
6.	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.
7.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
8.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
9.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
10.	Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

4 giugno 2015 ore 12,30

Gastroenterologia

▪ **Gastroenterologia P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche. Sono rilevate le seguenti criticità.

In merito al **peso dei DGR** si rileva che anche a livello nazionale le gastroenterologie hanno costi elevati e un basso o medio peso.

Il Dirigente Responsabile chiede di scorporare dai dati di attività la voce costo Ricoveri Ordinari / Day Service.

In merito ai **costi** sostenuti dal Servizio, il dott. Furio lamenta un improprio addebitamento da parte del Centro di Radiodiagnostica in quanto le prestazioni vengono scomposte sulla base delle procedure di esecuzione.

Si condivide la necessità di adottare una funzionalità, nel **Sistema ONE CARE**, che garantisca la corrispondenza tra prescrizione e corretto inserimento dei dati di esecuzione della prestazione: es. la prescrizione di una tac addome superiore corrisponderà ad una prestazione e non più alla scomposizione della stessa.

Si segnala, inoltre, il **mancato feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione**, utile a migliorare il livello prestazionale delle strutture, attraverso le analisi intermedie dell'andamento delle attività.

Si conviene che il servizio il Controllo di Gestione invierà con cadenza trimestrale la scheda economica ai centri di costo.

Il dott. Cervia comunica che con l'avvio di applicativi dedicati alla contabilità analitica è possibile fornire ai Centri di Costo informazioni dettagliate con frequenza trimestrale e, per alcune voci di spesa, anche mensile. La gestione a sistema dei dati consentirà il superamento delle criticità relative sia alla analiticità dei dati che al feedback.

Viene rilevata la **mancanza di aggiornamento relativamente al setting assistenziale** da osservare per alcune patologie, ai sensi delle attuali disposizioni regionali. Tale problematica è attribuita alla mancata informazione alle strutture di degenza e Servizi del P.O da parte della Dirigenza Medica di Presidio che, di conseguenza genera, sul piano operativo, l'esecuzione di prestazioni in setting inappropriati.

Si propone la valorizzazione delle attività assistenziali con nuovi parametri di riferimento e la valorizzazione delle prestazioni in regime di Day Service.

Per quanto riguarda il Personale, il dott. Furio riferisce una criticità dovuta essenzialmente all'utilizzo improprio di personale infermieristico che non effettua le funzioni per cui è stato assunto. Lamenta, inoltre, la difficoltà di gestione dei turni di lavoro, guardia attiva e reperibilità a causa della presenza massiccia di personale a tempo determinato.

Sintesi delle criticità emerse:

- Dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi;
- Manca il feedback trimestrale da parte del Controllo di Gestione;
- Improprio addebitamento da parte del Centro di Radiodiagnostica in quanto le prestazioni vengono scomposte sulla base delle procedure di esecuzione;
- Sottodimensionamento del personale in dotazione.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Gastroenterologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto
2.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato
3.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
4.	Equilibrio economico
5.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
6.	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.
7.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
8.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
9.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
10.	Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio

4 giugno 2015 ore 13,00

Senologia:

▪ **Senologia P.O. Cerignola**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche. Si tratteggia lo stato attuale.

Il Servizio di Senologia di Cerignola ha una lista d'attesa di sei mesi e garantisce prestazioni con prenotazione diretta presso il Servizio ed accettazione presso il CUP.

L'attività di Recall, nei casi di patologia oncologica e di urgenze, è gestita direttamente dal Servizio.

Il Servizio è collegato al flusso informativo regionale SENOLAB, che collega i Centri senologici pugliesi. La Responsabile del servizio riferisce che l'attuale **organico** non consente l'attuazione dell'attività di screening oncologico. Lamenta, inoltre, che alle attrezzature non è garantita la necessaria **manutenzione** e chela struttura risulta deficitaria di:

- Strumentazione per l'archiviazione, stampante e fax;
- collegamento al sistema ONE CARE;
- programma informatico di scrittura dei CD mammografici.

Propone, pertanto:

- l'inserimento, nei capitolati di gara, della manutenzione delle attrezzature per almeno due anni;
- il collegamento al sistema ONE CARE e l'attivazione della Cartella clinica ambulatoriale;
- l'implementazione del sistema PAC.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento del personale in dotazione che non permette l'esecuzione dello screening oncologico;
- Assenza di manutenzione delle attrezzature, di collegamento al sistema ONE CARE e programma informatico di scrittura dei CD mammografici.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Senologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Mantenimento dei dati di attività rispetto all'anno 2014
2.	Attivazione RM e biopsie steorotassiche;
3.	Abbattimento, nel corso del triennio, delle liste di attesa
4.	Equilibrio economico
5.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
6.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
Obiettivi Qualitativi	
7.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
8.	Accompagnamento della pazienti nell'iter diagnostico-terapeutico finalizzato all'intervento chirurgico e successiva terapia oncologica

4 giugno 2015 ore 15,30

Urologia:

▪ **Urologia P.O. Cerignola**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche. Dall'analisi delle schede economiche si evidenzia che l'incidenza del costo del personale più i consumi di materiali è al di sotto del 70% del valore delle prestazioni erogate.

Il dott. Cervia specifica che l'equilibrio economico si ottiene quando il valore della produzione copre gli oneri direttamente gestiti, quali ad esempio il costo del personale, consumi dei beni sanitari, costi per prestazioni acquistati da altri servizi e correlati al volume di attività. Il livello di inappropriata è del 24%.

Viene rilevato che tutti i DRG urologici relativi ad interventi chirurgici sono sottostimati: a parità di qualità d'intervento tra gli interventi di chirurgia e quelli di urologia esiste un gap di 0,20.

Il dott. De Ceglie riferisce la **difficoltà nel garantire il percorso diagnostico** ai pazienti in quanto gli esami istologici delle biopsie effettuate a livello ambulatoriale non possono essere inviati, accompagnati da impegnativa del SSN, agli Ospedali Riuniti in quanto non previsto dalla normativa vigente. Il Servizio di Anatomia patologica aziendale esegue solo esami istologici per i ricoverati.

Per effettuare la **biopsia**, inoltre, è necessaria l'esecuzione dell'elettrocardiogramma, pertanto si ritiene necessaria l'attivazione di un percorso preferenziale di accesso all'ambulatorio di cardiologia.

In merito all'utilizzo del **Sistema informativo ONE CARE**, il Direttore della struttura riferisce che, pur essendo valido negli scopi, è poco funzionale per lentezza e blocchi continui.

Viene riferita, altresì, la **criticità organizzativa per la gestione delle sedute operatorie**.

Le proposte operative che presentate sono le seguenti:

- Attivazione del servizio di anatomia patologica per prestazioni ambulatoriali;
- Esecuzione delle biopsie per pazienti esterni: attivazione convenzioni o inserimento della prestazione in regime di day service;
- Attivazione di un Protocollo operativo con la Cardiologia per l'esecuzione di elettrocardiogramma propedeutici alle biopsie;
- Introduzione di un applicativo informativo che consenta la gestione temporale degli interventi chirurgici;
- Individuazione di percorsi operativi condivisi attraverso la predisposizione di specifici protocolli.

Sintesi delle criticità emerse:

- Esecuzione di esami istologici relativi a biopsie effettuate in regime ambulatoriale;
- Effettuazione di ECG e visita cardiologica per pazienti che devono eseguire biopsie in regime ambulatoriale;
- Scarsa funzionalità del sistema informativo ONE CARE per lentezza e blocchi continui;
- Organizzazione per la gestione delle sedute operatorie.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Urologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.
3.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati
4.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
5.	Equilibrio economico
6.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Messa a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria
8.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
9.	Attività di "filtro" di Med. Chir. Urg. e accettazione: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Direzione Sanitaria di PO, UO di Med. Chir. Urg. e accettazione
Obiettivi Qualitativi	
10.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.

4 giugno 2015 ore 16,30

Ortopedia e Traumatologia:

- **Ortopedia e Traumatologia P.O. S. Severo - Lucera**
- **Ortopedia e Traumatologia P.O. Cerignola**
- **Ortopedia e Traumatologia P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Dall'analisi dei dati si evidenzia l'erogazione di prestazioni effettuate nell'ambito di setting assistenziale inappropriati:

- **P.O. di Cerignola:** 16% a causa della non attivazione del day surgery;
- **P.O. di San Severo:** 9,82%;
- **P.O. di Manfredonia:** 7,57;

Per quanto riguarda il numero di posti letto attivi, i Responsabili di struttura riferiscono la seguente situazione:

- **P.O. di Cerignola:** n. 12 p.l.;
- **P.O. di San Severo:** da gennaio n. 16 p.l. anziché i n. 23 p.l. previsti;
- **P.O. di Manfredonia:** n. 17 p.l. e ne è stata richiesta una riduzione per carenza di personale, mentre sulla scheda economica risultano n.23 p.l..

In merito alla disponibilità delle sale operatorie, viene riferita come buona a Manfredonia, ma limitata a n. 2 sedute alla settimana a Cerignola, con conseguente riduzione di interventi di impianto di protesi anche a causa della mancanza di trapani, richiesti più volte.

Il dott. Cervia chiede che gli venga comunicato trimestralmente l'elenco delle prestazioni erogate per singolo Centro di Costo (consulenze al P.S., reparti, ecc.). Ciò valorizzerà l'attività delle Strutture.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Acquisto di trapani chirurgici monouso;
- Differenziazione delle prestazioni erogate nei tre PP.OO. per tipologie di specializzazione d'intervento, in modo da evitare dispersioni "clinico-organizzative";
- Temporaneo accorpamento delle attività per ottimizzazione delle risorse.

Sintesi delle criticità emerse:

- Erogazione di prestazioni effettuate nell'ambito di setting assistenziale inappropriati;
- Riduzione di posti letto a causa della carenza di personale;
- Limitata disponibilità di sedute operatorie presso il P.O. di Cerignola;
- Mancanza di trapani chirurgici;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Ortopedia e Traumatologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Ottimizzazione del tasso operati/dimessi.
3.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati
4.	Riduzione ospedalizzazione ordinaria e diurna (DH e DS) inappropriata o domiciliabile
5.	Equilibrio economico
6.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Riduzione dei tempi pre-operatori in degenza ordinaria e comunicazione trimestrale del n° di casi per i quali si è rinviato l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesilogico.
8.	Messa a regime il modulo applicativo per la gestione della sala operatoria
9.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
10.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
11.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
12.	Miglioramento della qualità clinica dell'assistenza

4 giugno 2015 ore 17,30

Anestesia e Rianimazione:

- **Anestesia e Rianimazione P.O. S. Severo - Lucera**
- **Anestesia e Rianimazione P.O. Cerignola**
- **Anestesia e Rianimazione P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

In riferimento alla dotazione di personale, i Responsabili di Struttura riferiscono le seguenti criticità:

- **Sottodimensionamento dell'organico:**
 - **P.O. San Severo:** in organico n. 17 unità, di cui n. 10 unità effettive (tra questi n.1 unità non fa reperibilità), n. 6 unità per la Rianimazione;
 - **P.O. Lucera:** n. 2 unità di Medici Anestesisti; con questa situazione è impossibile fronteggiare le ferie estive;
 - **P.O. Cerignola:** n. 5 unità in Rianimazione e n. 6 in Anestesia;
 - **P.O. Manfredonia:** n. 5 unità.
- **Difficoltà nel reclutamento di Medici Specialisti**, che pur formandosi a Foggia, prediligono Bari come sede lavorativa;
- **Riorganizzazione del personale infermieristico:** la Regione prevede, per il funzionamento della Sala Operatoria, la presenza di numero 3 infermieri (strumentista, infermiere di sala e un addetto all'anestesia), mentre la legge nazionale prevede n. 2 unità. I sindacati rivendicano la presenza della terza unità di sala;
- **Attrezzature:** lettini e ventilatori mancanti;
- Presso il P.O. di Lucera , essendo presenti solo n. 2 unità (n. 1 a tempo indeterminato n. 1 a tempo determinato), non risulta possibile garantire la copertura H 24;

In riferimento all'utilizzo delle sale operatorie si conviene che è necessario affrontare la tematica programmando una riunione congiunta con le Direzioni Sanitarie di Presidio, i Responsabili delle strutture dell'area chirurgica, gli anestesisti e i rianimatori in modo da programmare l'efficientamento dell'assistenza, per stanare le suggestioni del sistema relativamente all'uso intensivo e ottimizzato delle sale operatorie ed analizzare i carichi di lavoro.

La criticità maggiore è rilevata nella pratica organizzativa che rivela un utilizzo parziale delle sessioni programmate di sala operatoria: le varie Strutture potrebbero concentrare gli interventi anziché distribuirli su più sedute operatorie, agevolando così i chirurghi delle altre discipline che dovessero avere maggiori necessità. Tale criticità riguarda in particolar modo la branca di ortopedia.

Viene evidenziato dai Responsabili che spesso i pazienti giungono in sala operatoria con valori ematochimici sfalsati o senza gli esami di preliminari già eseguiti.

Inoltre, in merito al trasferimento di pazienti dall'UTIC in rianimazione, forte è la criticità segnalata in merito all'impossibilità di garantire il monitoraggio emodinamico per assenza della strumentazione.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Per superare le criticità presenti nel P.O. di Lucera sarebbe opportuno sospendere le attività di ricovero ordinario e lasciare solo quelle in day surgery,

eliminare il Servizio di anestesia, sostituibile a chiamata. In tal modo, si rilancerà la Chirurgia. Il dott. Altieri si dichiara disponibile a riorganizzare il servizio in tal senso. È necessario, inoltre, trasformare il Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento;

- Utilizzo sale operatorie: occorre considerare i tempi operatori e analizzare i carichi di lavoro per ottimizzare il tutto;
- Per gli interventi di frattura del Collo del femore è necessario ridurre i tempi d'attesa a due giorni;
- Monitoraggio emodinamico in rianimazione: acquisto attraverso la centrale unica di acquisto.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento del personale;
- Difficoltà nel reclutamento di Medici Specialisti;
- Riorganizzazione del personale infermieristico nelle sale operatorie;
- Attrezzature: lettini e ventilatori mancanti;
- I pazienti giungono in sala operatoria con valori ematochimici sfalsati o senza gli esami di preliminari già eseguiti;
- Utilizzo sale operatorie;
- Assenza della strumentazione per il monitoraggio emodinamico in rianimazione.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Anestesia e Rianimazione	
Obiettivi Quantitativi	
1.	In accordo con i Primari delle specialità chirurgiche, concordare con frequenza trimestrale il calendario delle sedute, tale che, agli stessi, per motivi tecnici, non sia precluso il raggiungimento dell'obiettivo "operati/dimessi > al 70%.
2.	Pieno utilizzo delle sale operatorie: garantire per ogni sala operatoria una fruibilità minima di n. 5 ore die per n. 6 giorni alla settimana oltre la sala per le urgenze h 24.
3.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
4.	Collaborazione nell'introduzione e funzionamento delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
5.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne e utilizzo sale operatorie (ore die per specialità).
Obiettivi Qualitativi	
6.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
7.	Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente
8.	Eliminazione dei casi in cui si rinvia l'intervento del paziente, ricoverato e già preparato, conseguenti alla valutazione specialistica complessiva delle condizioni di salute e dei rischi legati all'atto chirurgico, al paziente e all'atto anestesiológico. Adeguata pianificazione dell'anestesia e attuazione del consenso informato.
9.	Organizzazione del reparto per economizzare i tempi di rialzo

5 giugno 2015 ore 9,30

Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione:

- **Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione P.O. S. Severo - Lucera**
- **Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione P.O. Cerignola**
- **Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione P.O. Manfredonia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Vengono evidenziate delle anomalie nel sistema fatture che risulta fermo (dal 27 aprile non si registrano fatture).

Il Direttore Responsabile del Dipartimento di Emergenza e Accettazione lamenta la disomogeneità nelle procedure di acquisto e liquidazione delle bombole d'ossigeno in dotazione delle ambulanze, del materiale monouso e degli elettromedicali. Inoltre, nonostante le numerose richieste, non si lamenta il mancato espletamento della gara per i mezzi di soccorso nautico da utilizzare nella stagione estiva.

Vengono riferite, dai Responsabili di Struttura, le seguenti criticità:

- **P.O. di Lucera:** le consulenze specialistiche non sono registrabili nel sistema, in quanto sono state eliminate le codifiche corrispondenti ad alcune branche specialistiche (cardiologia ad esempio), in quanto non più presenti nel plesso ospedaliero. Le consulenze, infatti, vengono effettuate da medici specialisti ambulatoriali;
- **P.O. di Manfredonia:** mancato collegamento al programma FOLIUM e con i reparti, in particolare con il Laboratorio analisi. Viene, pertanto, inficiata la tempestiva trasmissione delle refertazioni;
- **P.O. di San Severo:** dotazione di personale sottodimensionata in quanto è presente un ambulatorio per la gestione del Codice Bianco che dovrebbe essere gestito dai medici di continuità assistenziale. È consuetudine usufruire della disponibilità dei medici del Servizio 118, per compensare il sottodimensionamento del personale, ma ciò non è previsto dal Contratto.
- **P.O. di Cerignola:** a causa della carenza di personale è impossibile effettuare il triage. Si effettuano visite in contemporanea, dilatando il rischio clinico della prestazione ed è riemerso il fenomeno del triage effettuato dal personale del servizio di vigilanza.
- invii impropri da parte dei MMG;
- refertazione cartacea (e non tramite EDOTTO) da parte degli specialisti interpellati per le consulenze;
- anomalie nella procedura di rilascio della refertazione di pronto soccorso all'utente: le Direzioni Mediche di presidio indirizzano l'utente al P.S. per il rilascio della Cartella clinica completa degli esami effettuati;
- osservazione breve: rilevata inappropriata tramite il MAP che è riconducibile alla scarsa osservazione, a causa della mancanza di strumentazione e di personale.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- attivazione della pianificazione assunzionale nel triennio;

- promozione di incontri periodici e permanenti, a carattere obbligatorio, finalizzati al coinvolgimento dei MMG e PLS, per una più congrua azione di filtro e di sensibilizzazione dell'utente;
- presa in carico integrata attraverso l'attivazione di un software condiviso all'interno di EDOTTO, che costituirà una rete telematica di connessione ospedale - territorio, per l'assistenza a persone in condizioni di cronicità;
- intervento tecnico per il miglioramento dei collegamenti con EDOTTO, FOLIUM e ONE CARE;
- ricognizione delle disponibilità di dirigenti medici;
- sblocco della proposta di delibera per reclutamento di personale medico;
- emanazione di bando di concorso ed avviso pubblico per dirigenti medici nella misura del 75% delle deroghe concesse e preventivo monitoraggio delle date di seduta specializzazioni, in modo da evitare che bando ed avviso vadano deserti (data presunta invio per pubblicazione sul BURP successivamente alle sedute programmate nel mese di luglio);
- invio di una nota circolare alle Direzioni Mediche e Direzioni Amministrative dei Presidi ospedalieri per l'osservanza del Regolamento aziendale per il ritiro di cartelle cliniche e documentazione sanitaria;
- invio di una nota circolare di diffida dello specialista consulente che rilascia la refertazione cartacea, eludendo il programma EDOTTO;
- applicazione di un software condiviso tra strutture di degenza e servizi, al fine di ricostruire la storia clinica del paziente.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento della dotazione di personale nelle Strutture di Medicina d'Urgenza e Accettazione;
- Consulenze specialistiche non registrabili nel sistema EDOTTO;
- Mancato collegamento al programma FOLIUM e con i reparti nel P.O. di Manfredonia;
- Mancato triage presso il P.O. di Cerignola;
- Invii impropri da parte dei MMG;
- Inappropriatezza, tramite il MAP, delle attività in osservazione breve.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
2.	Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste diagnostiche. Diminuzione della spesa sui farmaci e presidi.
3.	Miglioramento attività di "filtro" del reparto.
4.	Analisi degli accessi classificati sinteticamente con gli esiti
5.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre. Informazioni da trasmettere: numero di accessi; quanti trattenuti in osservazione breve, quanti inviati ad altri presidi, quanti dimessi e quanti ricoverati; per quelli ricoverati, quanti da osservazione breve; per quelli ricoverati, il reparto di accettazione; per quelli inviati ad altri presidi, indicare quali presidi.
Obiettivi Qualitativi	
6.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
7.	Integrazione con il 118 e territorio (con i DSS di appartenenza)
8.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.

5 giugno 2015 ore 11,00

Riabilitazione:

▪ **Dipartimento di Riabilitazione**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, sono segnalate le seguenti criticità.

Dall'analisi dei dati si evidenziano delle anomalie nel sistema delle fatture. Infatti l'obiettivo n. 10, oggetto di negoziazione, prevede una tempistica che il Responsabile di Dipartimento ritiene critica (20 gg per liquidazione fatture).

L'obiettivo proposto è considerato di difficile sostenibilità per le ragioni che seguono: l'attività della protesica richiede la fatturazione con allegati, che puntualmente non vengono trasmessi, con ricadute che inficiano l'osservanza della tempistica di liquidazione, soprattutto in considerazione della mole di attività della protesica.

Il Dipartimento genera circa n. 200 ordini virtuali risultanti insufficienti e che vengono puntualmente restituiti dall'AGREF, in quanto mancanti dei tre codici richiesti.

I migliaia di fornitori della Struttura, inoltre, non sono sempre gli stessi e non sono obbligati ad apporre i codici, che invece la procedura amministrativa dell'Azienda richiede, subordinandone la relativa accettazione. Dalla data di emissione alla data di contabilizzazione della fattura trascorrono anche 28 - 30 gg. Nella sede centrale della Struttura vengono riferite criticità legate all'organizzazione delle attività quotidiane, all'accoglienza e al decoro.

Il Direttore del Dipartimento chiede quale procedura debba essere attivata quando un ordine di massima diventa incapiente. Per far fronte a liquidazioni inderogabili, il Servizio ha provato a generare un altro ordine per lo stesso fornitore: il sistema, si segnala, ha consentito tale operazione, ma se il precedente ordine ha un residuo inutilizzato, questo incide sullo splafonamento del budget assegnato. Sull'argomento il dr Cervia chiarisce le modalità da osservare.

In riferimento alla diffida da parte della Regione per mancata compilazione dei flussi informativi, il Direttore del Dipartimento riferisce che ciò è attribuito alla mancanza di postazioni informatiche. Sull'argomento il dr Cervia precisa che il problema non sono le postazioni informatiche, bensì l'assenza delle informazioni (dati) da inserire nei flussi.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Presa in carico integrata attraverso l'attivazione di un software condiviso all'interno di EDOTTO che costituirà una rete telematica di connessione ospedale - territorio, al fine di garantire l'assistenza a persone in condizioni di cronicità;
- Programmazione di incontri in merito a strutture di riabilitazione ex art. 26 e centri di riabilitazione territoriali;
- La fornitura e l'attivazione di altre postazioni informatiche è ineludibile ai fini di una costante e puntuale attività di aggiornamento dei flussi informativi e relativamente all'immissione dei dati dei Progetti riabilitativi;
- Valutazione ed attivazione dell'applicativo ADIUVAT per la gestione dell'attività della protesica, che consentirebbe la messa in rete di tutte le fasi del sistema "protesica": prescrizione-autorizzazione-fornitura, con evidenza della storia dello specifico processo e coinvolgimento degli attori di sistema interessati;
- Procedura amministrativa per la registrazione delle fatture: predisposizione di una informativa nella Sezione "fornitori" del sito aziendale, nella quale si specifichi la necessità di apposizione del numero d'ordine sulle fatture e di inserimento degli allegati, quale condizione necessaria ed ineludibile per far

fronte alla corresponsione delle forniture rese, con specifica di “nulla a pretendere dall’Azienda”, nei casi di mancata osservanza di detta procedura. È necessario, inoltre, prevedere un’informativa sui moduli in uso alla Struttura, quale veicolo di corretta e tempestiva comunicazione;

- È opportuno effettuare una verifica tecnica durante la fase di accettazione delle fatture;
- In merito al quesito sull’incapienza di un ordine, si specifica che è necessario inviare una comunicazione al Controllo di Gestione su residuo inutilizzato rispetto all’ordine precedente. Il Controllo di Gestione provvederà ad annullare il residuo inutilizzato, che caricherà sul nuovo ordine;
- Inventariare i beni di proprietà e in uso nei Presidi della ASL e i beni di proprietà concessi a terzi, ad oggi presenti nella voce “Cespiti”.

Il Commissario Straordinario evidenzia che il principio di prossimità può essere considerato in fase di invio presso strutture che abbiano solo l’autorizzazione all’esercizio.

In fase di riordino della Rete della riabilitazione occorre valutare le strategie volte ad attrarre presso strutture pugliesi gli utenti di questo territorio, onde evitare che si rivolgano ad altre strutture presenti in altre regioni.

A fronte di ciò, occorrerebbe una rilevazione epidemiologica del fabbisogno.

Sintesi delle criticità emerse:

- Anomalie nel sistema delle fatture;
- Mancata compilazione flussi informativi regionali;
- Assenza di strumentazione informatica;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Dipartimento di Riabilitazione	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Elaborare un piano di attività rivolto a ridurre le prestazioni extraregionali ambulatoriali, di internato e quelle domiciliari rispetto alla spesa contabilizzata nell’anno precedente.
2.	Concordare con le strutture accreditate la consegna mensile del dettaglio delle prestazioni erogate su un supporto magnetico.
3.	Monitorare attraverso una rigorosa valutazione dei piani di cura, la degenza media negli istituti di riabilitazione (ricoveri residenziali e non residenziali), con evidenza dei controlli effettuati.
4.	Assegnazione dei limiti di spesa per protesi ed ausili ad ogni Distretto aziendale e monitoraggio-analisi trimestrale con conseguente comunicazione ai direttori di Distretto.
5.	Controllo prescrittori in relazione alla spesa protesica.
6.	Mantenimento della spesa protesica rispetto al 2014
7.	Concorrere al completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l’effettivo avvio

	delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
8.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività erogata dalle strutture del Dipartimento all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre.
9.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
10.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
Obiettivi Qualitativi	
11.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
12.	Attuazione di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi in modo da garantire una presa in carico globale del paziente in relazione alla domanda di psicomotricità, kinesiterapia, logopedia e terapia occupazionale.
13.	Cure domiciliari. Definizione del Protocollo operativo
14.	Avvio procedure di sanificazione degli ausili e del loro riutilizzo.
15.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: <ul style="list-style-type: none"> a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
16.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

5 giugno 2015 ore 12,00

Dipendenze Patologiche:

- **Dipartimento di Dipendenze Patologiche**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

In riferimento alla negoziazione degli obiettivi di seguito riportati, si rileva che:

- **Obiettivo n. 1:** è riferibile al prossimo triennio, considerato che la relazione 2012-2014 è già stata presentata;
- **Obiettivo n. 2:** istituzionalmente i Ser.T. devono svolgere attività di vigilanza sulle strutture presenti sul territorio regionale, attraverso un'unità specifica, non ancora istituita. Il Decreto ministeriale del 1993, inoltre, stabilisce che il Ser.T. deve svolgere attività di vigilanza sulla Comunità terapeutica eventualmente presente sul territorio. In tal caso deve trasmettere al Ser.T. inviante la relazione della verifica sullo stato del progetto terapeutico in atto.
- **Obiettivo n. 3:** le quote del Piano sanitario di zona dedicate alle dipendenze sono attualmente bloccate. La competenza, infatti, è condivisa tra comuni e D.D.P.
- **Obiettivi n. 4 e 5:** i due punti possono essere aggregati. Ogni Piano triennale delle risorse finanziarie deve misurarsi con le quote assegnate e differenziate per Strutture (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Salute Mentale). Il Piano della Prevenzione deve avere indicatori trasversali, che rendano chiari gli obiettivi e i processi, evidenziando ruoli e competenze, attraverso un'integrazione coordinata, che eviterebbe sovrapposizioni e ridondanze. Il Piano paleserà gli attori della rete della prevenzione (DDP, DSM, DP, Distretti S.S., ecc.). Il Piano Sanitario 2008-2010 ha trasferito la titolarità della materia al Dipartimento di Prevenzione, che è chiamato a programmare con i soli Distretti, escludendo di fatto i Dipartimenti. Si rischia di inficiare l'attività di prevenzione svolta continuativamente dal Dipartimento.
- **Obiettivo n. 10:** il Programma di investimenti e di ristrutturazioni necessita di un'attenta analisi di contesto e di fabbisogno emergente dal territorio, che guiderà la politica aziendale degli investimenti. Per ridurre la quota di mobilità passiva occorre una analisi seria del territorio, dalla quale possa emergere il fabbisogno;
- **Obiettivo n. 13:** per la riconversione della spesa residenziale nel limite del 20%, occorrono specifiche Linee d'intervento, progetti che consentano lo start up, sostenibili sul nostro territorio e finalizzati al superamento della residenzialità.

Il Direttore del Dipartimento riferisce una sottodimensionata dotazione di personale e che gli "ordini d'acquisto" dei Ser.T., essendo "Autorizzazioni", non sono pubblicabili.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Programmazione di un ciclo di incontri per la strutturazione di un Gruppo di lavoro per l'elaborazione di un Piano di prevenzione per la gestione condivisa e coordinata delle attività;
- Per l'obiettivo n. 14 è necessario richiedere il coinvolgimento di enti terzi (enti ausiliari, servizio civile).

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento della dotazione di personale;
- Le quote del Piano sanitario di zona dedicate alle dipendenze sono attualmente bloccate;

- Titolarità della programmazione della attività del Dipartimento di prevenzione assegnata ai Distretti.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Dipartimento di Dipendenze Patologiche	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Predisposizione, una volta all'anno entro il mese di gennaio, di una relazione sulla situazione della popolazione utente che evidenzia l'attività svolta, i risultati conseguiti e la nuova popolazione utente.
2.	Attività di vigilanza ex L.R. n.22/96 e ss.mm. ii. nelle CC.TT. operanti nell'ambito territoriale della ASL FG da effettuarsi, per quanto di competenza, a cura delle sezioni dipartimentali competenti territorialmente, mediante visite periodiche finalizzate all'accertamento della permanenza dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento e nel rispetto dei diritti degli utenti.
3.	Progettazione/Comunicazione sullo stato dell'arte delle quote dei Piani sociali di Zona dedicate alle Dipendenze Patologiche con particolare riguardo agli interventi mirati al reinserimento socio-lavorativo dei soggetti con dipendenza patologica, con il coinvolgimento degli enti ausiliari ed in connessione con i progetti condivisi nei Piani sociali di Zona, compatibilmente con le risorse umane a disposizione dei vari servizi. Il programma potrà prevedere l'affidamento di servizi agli enti ausiliari con coinvolgimento lavorativo di pazienti in trattamento.
4.	Predisposizione di un piano triennale di prevenzione sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress.
5.	Elaborazione di un progetto specifico per la dipendenza patologica da gioco, sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress.
6.	<ul style="list-style-type: none"> a. Elaborazione di un progetto specifico per la dipendenza patologica da alcool sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress; b. Elaborazione di un progetto specifico per la dipendenza patologica da tabacco sulla base delle risorse finanziarie assegnate al DDP aggiornato in Progress.
7.	Progettazione/Comunicazione sullo stato dell'arte del programma di investimenti per la infrastrutturazione socio-sanitaria del territorio con particolare attenzione alle strutture intermedie terapeutico - riabilitative
8.	Controllo e rendicontazione semestrale della spesa verso comunità terapeutiche provinciali, regionali ed extraregionali, evidenziando per ogni struttura numero di utenti, giornate di degenza e retta giornaliera
9.	Rendicontazione semestrale dei dati di attività erogata dalle strutture del DDP all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del semestre
10.	Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato
11.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5)
Obiettivi Qualitativi	
12.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
13.	Riconversione nei limiti del 20% della spesa comunitaria residenziale da destinare al finanziamento di proposte/progetti per l'ampliamento di attività non residenziali sulla base di programmi personalizzati
14.	Definizione di un modello di integrazione tra DDP e DSM attraverso: <ul style="list-style-type: none"> a. l'individuazione congiunta degli ambiti di intervento; b. l'attivazione di esperienze di gestione integrata.
15.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: <ul style="list-style-type: none"> a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
16.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

5 giugno 2015 ore 13,00

Radiologia Territoriale

▪ **Radiodiagnostica territoriale Foggia**

Durante l'incontro, in cui vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche, si segnalano le seguenti criticità.

Il Responsabile del Servizio riferisce una **sottodimensionata dotazione di personale** e alcune criticità legate all'impossibilità di utilizzare i nuovi locali e le nuove strumentazioni presenti a Piazza Libertà. Dopo un primo avvio, infatti, le attività sono state ritrasferite nella sede precedente poiché mancavano ancora alcuni adempimenti burocratici formali.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento della dotazione di personale;
- Impossibilità di utilizzare i nuovi locali e le nuove strumentazioni

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Servizio di Radiodiagnostica Territoriale	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Risposta a tutta la domanda interna di prestazioni di Radiologia nei termini convenzionali
2.	Aumento produttività
3.	Equilibrio economico
4.	Incremento performance dei Servizi
5.	Massimizzazione dell'utilizzo delle grandi macchine (TAC) con la garanzia di una media di 16 prestazioni per turno di 6 ore per singola macchina, in orario istituzionale
6.	Collaborare per il pieno funzionamento dell'applicativo "One Care", per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
7.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le attività prestate ai reparti. Per le attività verso pazienti ambulatoriali si farà riferimento alle rilevazioni inserite nel sistema CUP - Cassa ticket
Obiettivi Qualitativi	
8.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
9.	Garanzia di un livello ottimale delle prestazioni erogate (esterne ed interne - fonte RIS)

8 giugno 2015 ore 15,30

Distretti SocioSanitari

- **Distretto SocioSanitario San Severo**
- **Distretto SocioSanitario San Marco in Lamis**
- **Distretto SocioSanitario Vico del Gargano**
- **Distretto SocioSanitario Foggia**
- **Distretto SocioSanitario Manfredonia**
- **Distretto SocioSanitario Cerignola**
- **Distretto SocioSanitario Lucera**
- **Distretto SocioSanitario Troia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

I Direttori dei Distretti rilevano che dalla scheda economica, così come strutturata e presentata, non si evince chiaramente il dettaglio dei costi. Si richiede, inoltre, l'inserimento del valore delle prestazioni a tariffa tra le voci della scheda.

Nel corso del confronto fra comitato di Budget e Direttori di Distretto vengono evidenziate le seguenti criticità:

- **Sistema d'accoglienza nei servizi:** il rapporto con l'utenza è spesso condizionato da atteggiamenti del personale poco consoni. Anche l'aspetto della logistica ed il comfort dei servizi gioca un ruolo importante per quanto riguarda l'attrattività dei servizi;
- **Specialistica ambulatoriale:** sono necessari maggiori controlli dell'attività che spesso presenta anomalia di gestione (mancato completamento orario da parte degli specialisti ambulatoriali); nell'ambito di alcune branche, quando lo specialista è in ferie, dovrebbe essere sostituito, per non chiudere le agende;
- **Prestazioni prenotabili:** è incongruo che il medico specialista effettui prestazioni "uniche e parziali" (oculista che effettui solo il fondo oculare e non anche visita);
- Nei casi di evidenti violazioni contrattuali è opportuno attivare provvedimenti disciplinari nei confronti di specialisti ambulatoriali, MMG, PLS, Medici di continuità aziendale;
- Insufficiente il numero di PC in dotazione, soprattutto in previsione della messa a regime della ricetta dematerializzata;
- Manutenzione insufficiente ed inefficace per gli strumenti in dotazione;
- Il pareggio economico si può realizzare anche dotando gli specialisti della strumentazione necessaria;
- In caso di persistente riduzione delle attività dello specialista l'Accordo Integrativo Regionale per la specialistica ambulatoriale prevede la riduzione dell'orario di lavoro. L'Azienda, inoltre, non può ridurre l'orario dello specialista, se la causa della riduzione dell'attività deriva da problematicità del sistema organizzativo aziendale (es. mancanza di strumentazione, segnalata dallo stesso specialista);

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Adeguamento delle agende di prenotazione prevedendo classi di priorità;
- Miglioramento della fruibilità delle prestazioni;
- Introduzione della timbratura, solo in ingresso, per gli specialisti ambulatoriali;
- Utilizzo di Cruscotti direzionali, da gestire con GPI, per l'ottenimento delle informazioni relative agli utenti che non si presentano a visite prenotate, per conseguente rivalsa. Per facilitare la procedura di rivalsa è opportuno predisporre una modulistica standard scaricabile dallo stesso cruscotto;
- Miglioramento del sistema di Recall, nell'ottica di evitare che l'utente non si presenti e non che venga sanzionato in tal senso;
- Potenziamento dell'Ambulatorio di chirurgia di San Severo in modo che diventi un punto d'eccellenza;
- Attivazione di un flusso informativo relativo ai ricoveri dei residenti dei singoli distretti. Il flusso informativo dovrà essere periodicamente inviato ai Direttori dei Distretti, per la costruzione di una presa in carico condivisa con i PP.OO. in modo da garantire la continuità assistenziale;
- Costruzione di un modello di ADI efficiente ed efficace;
- Riqualificazione dell'assistenza nel comprensorio della provincia di Foggia attraverso la presa in carico condivisa con l'ospedale;
- Attivazione delle procedure relative alle dimissioni protette;
- Incontri congiunti, su tematiche specifiche, con le Direzioni Sanitarie.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sistema d'accoglienza nei servizi;
- Orari di servizio degli Specialisti ambulatoriali;
- Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche;
- PC in dotazione in numero insufficiente.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Distretto SocioSanitario

Obiettivi Quantitativi

1.	Monitoraggio di abbandono e disdette delle visite specialistiche. Adempimenti consequenziali nei confronti dell'assistito
2.	Potenziamento di adeguati programmi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti, incrementando il numero di assistiti inclusi in programmi di AD.
3.	Predisposizione ed attivazione di un protocollo condiviso con le Direzioni Sanitarie dei presidi Ospedalieri per la dimissione protetta.
4.	Potenziamento azione su immigrati da parte dei CC.FF.. Incontri a tema (vaccinazioni, tabù religiosi e visite ginecologiche,ecc..) con relazioni finali da parte dei CC.FF.
5.	Controllo della spesa farmaceutica effettuando convocazioni dei MMG e PLS segnalati dal Dipartimento Farmaceutico Territoriale e verbalizzando i relativi incontri con obbligo per il medico di giustificare la maggiore spesa anche al fine di prevedere le azioni di censura previste dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale in caso di spesa inappropriata e/o giustificata.
6.	Miglioramento del rapporto tra costo della specialistica (con riferimento al solo costo del personale) e valore delle prestazioni erogate risultante dal CUP - Controlli sulla saturazione delle ore attribuite
7.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato
8.	Invio trimestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre
9.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato
10.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5)

Obiettivi Qualitativi

11.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
12.	Riduzione dei tempi di attesa attraverso il miglioramento della fruibilità e accessibilità. Monitoraggio e valutazione dei livelli prestazionali dei medici specialisti
13.	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per visite specialistiche e prestazioni attraverso incontri con i MMG e PLS
14.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: <ul style="list-style-type: none"> a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
15.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.
16.	Formazione per la presa in carico dei pazienti

9 giugno 2015 dalle ore 9,30 alle 12,30

Prevenzione:

▪ **Dipartimento di Prevenzione**

Il comitato di budget ha incontrato singolarmente i Dirigenti Responsabili delle Aree Organizzative previste nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione:

SIAN NORD E SUD

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Dall'analisi degli obiettivi oggetto di negoziazione i Dirigenti di Struttura evidenziano le seguenti criticità:

- Non è possibile fornire l'elenco delle aziende alimentari soggette a verifiche di controllo ufficiale. Ciò, infatti, contraddice il Codice della privacy, il regolamento igiene e la procedura delle ispezioni che avvengono a sorpresa;
- Sottodimensionamento organico per controlli ufficiali: gli OSA (Operatori del Settore Alimentare) sono classificati secondo basso-medio-alto rischio. Sulla scorta di tale classificazione si eseguono i controlli ufficiali. Viene riferito che il personale in dotazione al servizio è insufficiente per adempiere a tale obbligo;
- Gestione delle risorse umane assegnate: riferite difficoltà di controllo, da parte dei Dirigenti, della presenza del personale in servizio. A tal fine si richiede di poter avere accesso alle timbrature del personale;
- Selezione tecnici della prevenzione: si è ritenuto di non procedere alla selezione dei n. 600 concorrenti all'avviso pubblico bandito circa 3 anni fa dalla ASL. Si attingerà dalla graduatoria della ASL BA;
- Flussi informativi: difficoltà dell'allineamento con i dati pregressi (modifica procedura DIA)
- I controlli previsti dal Piano eseguiti sia dal SIAN che dal SIAV mancano di coordinamento: il SIAN non conosce ciò che è stato espletato dal SIAV e viceversa.

Le proposte operative presentate sono le seguenti:

- Modifica dell'indicatore con: "Esiti delle verifiche di controllo ufficiale su base annuale".
- I dati pregressi devono essere riversati nel nuovo database;
- Creazione di un unico data base che evidenzi l'attività di controllo del SIAN, così da evitare di ripetere i controlli sulle stesse strutture;

Sintesi delle criticità emerse:

- Il Codice della privacy, il regolamento igiene e la procedura delle ispezioni che avvengono a sorpresa non permettono di fornire l'elenco delle aziende alimentari soggette a verifiche di controllo ufficiale;
- Sottodimensionamento organico per controlli ufficiali;
- Difficoltà di controllo delle risorse umane assegnate;
- Flussi informativi: difficoltà dell'allineamento con i dati pregressi (modifica procedura DIA)
- I controlli previsti dal Piano eseguiti sia dal SIAN che dal SIAV: mancato coordinamento.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Dipartimento di Prevenzione	
Servizio di Igiene degli Alimenti – S.I.A.N.	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Redazione di un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo
2.	<p>Compilazione di un elenco (formato excel), suddiviso per comune e settore di attività, delle unità aziendali oggetto di possibile intervento: indicare la data di ultima verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali. b. Campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande. c. Controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro. d. Controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia. e. Controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande. f. Prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare. g. Verifica qualità delle acque destinate al consumo umano. h. Informazione di prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande. i. Prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi.
3.	Riduzione del rischio di malattie trasmesse dagli alimenti. Implementazione della vigilanza sugli operatori del settore alimentare (OSA)
4.	Predisposizione menù e tabelle dietetiche per Enti Pubblici e Privati con evasione di tutte le richieste. Attività formativa rivolta agli addetti alla ristorazione collettiva.
5.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
6.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre.
Obiettivi Qualitativi	
7.	Prevenzione obesità: svolgimento dei programmi di intervento previsti dalla programmazione regionale. Realizzazione di campagne di informazione
8.	<p>In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dallo stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
9.	Publicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

SISP NORD E SUD

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Dall'analisi degli obiettivi oggetto di negoziazione i Dirigenti di Struttura riferiscono le seguenti criticità:

- Sottodimensionamento e difficoltà gestionali del personale;
- Difficoltà logistica - strutturale dei servizi;
- Informatizzazione: la mancata capillarità sul territorio rende difficoltoso il soddisfacimento del debito informativo nei confronti dei Ministeri;
- Scarsa integrazione con le Aree Gestione Tecnica e Risorse Umane;
- Le Vaccinazioni obbligatorie sono a regime;
- Per quanto riguarda le Vaccinazioni a offerta attiva: indipendente dal SISP, l'unico compito del Dipartimento è l'acquisto dei vaccini;
- Screening oncologici: seppur dalle norme è previsto che il coordinamento sia in capo al Dipartimento, di fatto lo stesso non coordina nulla, essendo l'attività affidata al Centro screening aziendale, gestito dalla dott.ssa Prato;
- Commissione patenti: relativamente a coloro che incorrono in fermi per stato di ebbrezza (800-900 l'anno), vengono riferite difficoltà procedurale per la refertazione che avviene in maniera disomogenea all'interno della ASL.

Le proposte operative presentate sono le seguenti:

- Vaccinazioni a offerta attiva: attivare campagne di sensibilizzazione;
- Commissione patenti: incontro congiunto con il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche per confronto e condivisione del protocollo operativo che attualmente è assente.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento e difficoltà gestionali del personale;
- Difficoltà logistica - strutturale dei servizi;
- Disomogeneità dell'Informatizzazione dei servizi;
- Scarsa integrazione con le Aree Gestione Tecnica e Risorse Umane;
- Le Vaccinazioni obbligatorie sono a regime;
- Vaccinazioni a offerta attiva;
- Screening oncologici non coordinati dal Dipartimento;
- Commissione patenti: difficoltà procedurale per la refertazione che avviene in maniera disomogenea all'interno della ASL.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI

Dipartimento di Prevenzione

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - S.I.S.P.

Obiettivi Quantitativi

1.	Strategia di vaccinazione - Anti HPV - 70% ragazze coorte verifica 2001; 80% ragazze coorte di verifica 2002; 95% dodicenni a partire dalla coorte 2003
2.	Offerta attiva e gratuita della vaccinazione Anti HPV agli adolescenti di sesso maschile nel corso del 12° anno di vita a partire dalla coorte di nascita 2003
3.	Garanzia di risposta a tutte le richieste di parere e garanzia della presenza delle sedi di convocazione. Utilizzo del registro
4.	Parere unico per i nuovi insediamenti produttivi entro 30 giorni e per la singola pratica rispetto del limite di 40gg con scostamento del 5%. Utilizzo del registro che evidenzia tale adempimento.
5.	Rilascio del parere per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 5, comma1, lettera a), punto 2 e lettera b), punto 1.2 della L.R. n°8/2004. Utilizzo del registro che evidenzia tale adempimento.
6.	Autorizzazione strutture socio-assistenziali verificando la presenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Utilizzo del registro che evidenzia tale adempimento.
7.	Informatizzazione dei dati vaccinali della popolazione residente nell'ASL. Garantire in tutte le sedi vaccinali la corretta gestione dell'attività vaccinale tramite l'utilizzo del software, fornire adeguata assistenza nelle sedi periferiche per eventuali problemi legati all'utilizzo del software; rendere operativo nelle sedi distrettuali il programma di chiamata attiva.
8.	Vigilanza sulle strutture sanitarie e socio assistenziali in modo da contribuire a contrastare il fenomeno dell'abusivismo professionale sanitario. Sopralluoghi e controlli sui locali per verificare il possesso dei requisiti L.R. n.8/04 e Regolamento regionale n. 3/2005.
9.	Riduzione dell'incidenza dei casi di legionellosi e miglioramento delle qualità igienico-sanitarie delle strutture turistico-ricettive. Ispezioni nelle strutture ricettive, campionamenti negli impianti idrici e condizionamento; acquisizione della documentazione relativa agli impianti di condizionamento; interventi di formazione in accordo con i comuni e con le associazioni. Verificare alberghi mai verificati e 5 critici.
10.	Attivazione delle verifiche sull'autocontrollo in piscine pubbliche e private a uso pubblico, per garantire la corretta gestione, sotto il profilo igienico-sanitario di tutti gli elementi che concorrono alla sicurezza. (Strutture controllate/numero di strutture da controllare =30%). Fornitura dell'elenco delle strutture da controllare; trimestralmente, presentazione dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.
11.	Prosecuzione delle attività di vigilanza finalizzate al controllo del rischio biologico nei centri di tatuaggio e piercing; verifica di alcuni dei centri estetici con maggiore affluenza di pubblico e con prestazioni particolari . Fornitura dell'elenco delle strutture da controllare; trimestralmente, presentazione dei controlli eseguiti e la statistica degli esiti.
12.	Prevenzione e promozione di azioni di miglioramento della qualità degli ambienti scolastici. Istituzione di un gruppo di tecnici per i sopralluoghi, formazione sul campo per gli interventi integrati nelle scuole, censimento e relativo archivio con predisposizione delle schede sugli edifici scolastici esistenti. Esecuzione di interventi di verifica nel 5% delle strutture scolastiche censite, dando priorità alle situazioni di maggiore rischio e pericolo.
13.	Garanzia dell'esecuzione del 100% di tutte le attività ambulatoriali in tutti i comuni dell'ASL. Fornitura della mappatura degli ambulatori e, per ciascuno, delle attività che possono essere espletate e la statistica
14.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.

Obiettivi Qualitativi

15.	Sorveglianza delle malattie infettive e gestione delle emergenze in modo coordinato e tempestivo. Effettuazione delle indagini epidemiologiche nei tempi previsti, miglioramento di tutti i sistemi di sorveglianza, gestione delle emergenze pandemia influenzale in maniera coordinata e tempestiva. Applicazione tempestivamente, se necessario, delle misure di profilassi e organizzazione dell'attività H24.
16.	Proseguimento delle campagne vaccinali e ottimizzazione delle strategie vaccinali rivolte alle persone a rischio aumentato. Garantire il raggiungimento dei livelli di copertura vaccinale previsto dal Piano regionale vaccini.
17.	Organizzazione di attività di primo livello e sviluppo di azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione ed informazione alla popolazione sui programmi di screening oncologici (mammografico-cervico-uterino e colon -retto)
18.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
19.	Publicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

SPESAL

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Dall'analisi degli obiettivi oggetto di negoziazione, i Dirigenti di Struttura riferiscono le seguenti criticità:

- Verifiche periodiche per le macchine e impianti: in Puglia sono di competenza del Settore Impiantistico e antiinfortunistico dell'ARPA Puglia;
- Attività d'igiene industriale: importante carenza di strumentazioni;
- Cantieri: ogni volta che si apre un cantiere la notifica in uso è cartacea. Il datore di lavoro dovrebbe avere la possibilità di comunicazione online, considerato che giungono circa 1000 notifiche l'anno;
- Registro informatico sull'attività di vigilanza: nonostante l'introduzione di tale registro, non è stato ancora istituito a livello aziendale;
- Scarsi i mezzi di locomozione;
- Personale: n. 5 unità medici (n. 1 incardinato nel SISP – titolare di S.S. e n. 1 convenzionato che lavora presso INAIL); n.17 tecnici della prevenzione (n. 7 a tempo determinato), di cui n.11 assegnati nell'Area SUD e n. 6 nell'area NORD;
- La pronta reperibilità del personale tecnico: l'attività effettuata al di fuori del profilo orario previsto non è rilevata dal marcatempo. Pur avendo inoltrato la richiesta di conoscere l'arretrato maturato di ferie, l'Area del personale non ha ancora riscontrato.
- Straordinario del personale SUD: il budget annuale dello straordinario che è stato superato e non è autorizzato è stato comunque retribuito.

Le proposte operative presentate sono le seguenti:

- Informatizzazione: l'apertura dei cantieri potrebbe essere supportata da comunicazioni telematiche attraverso l'attivazione di una PEC aziendale;
- È necessario lavorare sulla motivazione del personale;
- Personale: incremento orario;
- Personale tecnico: utilizzo delle deroghe e trasformazione dei contratti di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato per i 7 tecnici della Prevenzione;
- Pronta reperibilità e straordinario: incontro urgente con Area del Personale.

Sintesi delle criticità emerse:

- Verifiche periodiche per macchine e impianti;
- Attività d'igiene industriale: importante carenza di strumentazioni;
- Cantieri: la notifica di apertura cantiere è cartacea;
- Registro informatico sull'attività di vigilanza;
- Scarsi i mezzi di locomozione;
- Personale insufficiente e a tempo determinato;
- La pronta reperibilità del personale tecnico: l'attività effettuata al di fuori del profilo orario previsto non è rilevata dal marcatempo;

- Straordinario del personale SUD: liquidato senza autorizzazione ed al di fuori del budget.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Dipartimento di Prevenzione Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro – S.P.E.S.A.L.	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Redazione di un bilancio complessivo che tenga conto dei rilievi effettuati ed indirizzi l'attività per l'anno successivo
2.	<p>Rilevazione nell'applicazione e nell'erogazione dei LEA secondo il seguente schema regionale e rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità di Controllo di Gestione entro il mese successivo alla chiusura del trimestre:</p> <p>Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°cantieri notificati (art.99 D.Lgs81/08). 2. N°complessivo di cantieri ispezionati (2.1) di cui non a norma al 1° sopralluogo 3. N°aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione 4. N°sopralluoghi complessivamente effettuati 5. N°totale verbali 6. N°totale verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative, ecc... 7. N°violazioni 8. N°sequestri 9. N°sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs 81/08 10. N°piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto e N°notifiche <p>Attività di igiene industriale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale 2. N°campionamenti effettuati 3. N°misurazioni effettuate
3.	<p>Inchieste infortuni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°inchieste infortuni concluse 2. N°inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento <p>Inchieste malattie professionali</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inchieste malattie professionali concluse 2. N°inchieste infortuni concluse con riscontro violazione correlata all'evento <p>Pareri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°pareri 2. N°aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione dei pareri <p>Attività sanitaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°visite effettuate dallo SPESAL per apprendisti e minori 2. Numero di altre visite effettuate dallo SPESAL di propria iniziativa o su richiesta 3. N°aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie 4. N°ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente <p>Attività di assistenza</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°interventi di informazioni/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi 2. N°sportelli informativi dedicati 3. N°iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc..) con le figure aziendali per la prevenzione <p>Attività di formazione</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°ore di formazione 2. N°persone formate <p>Verifiche periodiche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. N°Aziende 2. N°cantieri con verifiche periodiche 3. N°verbali ai sensi del D. Lgs 758/94

	Proventi per attività di verifiche periodiche
4.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
Obiettivi Qualitativi	
5.	<p>In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:</p> <p>a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso.</p> <p>b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;</p> <p>c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;</p> <p>d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti</p>
6.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

SIAV A

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Dall'analisi degli obiettivi oggetto di negoziazione, i Dirigenti di Struttura riferiscono le seguenti criticità:

- Piano triennale anticorruzione: non si possono creare moduli di raccolta dati diversi a seconda della struttura;
- Programmi per flussi informativi: se i flussi informativi ministeriali sono a regime, i programmi informativi aziendali creano difficoltà operativa relativamente ai dati su influenza aviaria e anemia equina.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Piano triennale della prevenzione della corruzione: predisposizione di modelli comuni da parte del Dr Carella;
- Implementazione di un sistema informatizzato che consenta l'interfacciamento con i flussi ministeriali e regionali.

Sintesi delle criticità emerse:

- Moduli di raccolta dati del Piano triennale anticorruzione diversi a seconda della struttura;
- Programmi per flussi informativi: difficoltà programmi informativi aziendali;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene degli Alimenti – S.I.A.V. A	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Attuazione Ordinanza Ministero della Salute 9 agosto 2012 "Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi, nelle regioni Calabria, Campania, Puglia e Sicilia". Controllo allevamenti per brucellosi ovi-caprina, bovina e bufalina.
2.	Attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame con particolare riferimento alla profilassi della "blue tongue", influenza aviaria, malattia vescicolare dei suini e "west Nile disease" con controllo della movimentazione (compreso transumanza), sorveglianza epidemiologica ed eventuale vaccinazione del bestiame. Predisposizione piani di emergenza di sanità animale (veterinaria). Sorveglianza sanitaria sugli allevamenti di acquacoltura.
3.	Alimentazione dell'anagrafe del bestiame (BDN) compreso di allevamenti di acquacoltura e georeferenziazione delle aziende inserite in BDN
4.	Predisposizione di un elenco suddiviso per comune e settore di attività delle aziende oggetto di intervento. Indicazione della data di ultima verifica
5.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.

Obiettivi Qualitativi

- | | |
|----|---|
| 6. | Lotta al randagismo e controllo della popolazione canina aggiornando puntualmente l'anagrafe canina. Denunce per aggressioni da cani randagi . |
| 7. | In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:
a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso.
b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;
c) assicurare con riguardo alle attività individuate a piu elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;
d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti |
| 8. | Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. |

SIAV B

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Dall'analisi degli obiettivi oggetto di negoziazione, i Dirigenti di Struttura riferiscono le seguenti criticità:

- Postazioni DIA: n. 4 postazioni individuate presso le sedi di San Severo, Cerignola, Manfredonia e Foggia. La zona NORD nell'ambito del settore ittico è scoperta (allevamenti, pescato, censimento dei pescherecci): vi è assegnata una sola una persona;
- Informatizzazione, strumentazione e sottodimensionamento dell'organico: difficoltà a riversare le pregresse autorizzazioni nel nuovo sistema per le DIA della pesca.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Implementazione di un sistema informatizzato che consenta l'interfacciamento con i flussi ministeriali e regionali.

Sintesi delle criticità emerse:

- Postazioni DIA;
- Informatizzazione, strumentazione e sottodimensionamento dell'organico.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene degli Alimenti – S.I.A.V. B	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Incremento della lotta alle zoonosi emergenti: Listeria, Campylobacter, Yersinia, E.coli O157H7, Anisakis.
2.	Predisposizione di un elenco degli esercizi alimentari, ristoranti ed altre attività oggetto di intervento suddiviso per comune e settore di attività. Indicare la data di ultima verifica: <ol style="list-style-type: none"> a. Ispezione negli impianti di macellazione: <ul style="list-style-type: none"> • precisa gestione dell'Anagrafe dei bovini con controlli della regolarità dell'identificazione e dei passaporti; verifica delle rimozioni dei microchips identificativi e relativa custodia; cura de corretto e puntuale scarico in BDN degli equidi macellati; • adempimenti circa l'Anagrafe Ovi-caprina; • regolarità delle registrazioni e dei suini macellati in BDN; • verifica del rispetto delle nuove e più stringenti disposizioni sul benessere e la protezione degli animali durante il trasporto e la macellazione con la compilazione delle apposite check list; • categorizzazione degli stabilimento in base al rischio con i conseguenti controlli, verifiche e campionamenti da effettuarsi a scadenze prestabilite; • adeguamento delle modalità di smaltimento dei sottoprodotto alle disposizioni dei nuovi regolamenti CE; • controlli circa le modalità operative (accreditamento di laboratori interni o convenzioni con laboratori esterni) e la puntuale esecuzione della ricerca delle Trichine in ogni capo suino o equino macellato; • controllo microbiologico dei criteri di sicurezza con campionamenti e conseguenti adempimenti tecnici-burocratici. b. Controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione,

	<p>commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;</p> <p>c. Vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;</p> <p>d. Disposizioni di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;</p> <p>e. Valutazione degli esiti analitici ed informazioni dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare;</p> <p>f. Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari;</p> <p>g. Monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.</p>
3.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
4.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre.
Obiettivi Qualitativi	
5.	Miglioramento dell'attività dell'Osservatorio Epidemiologico in seno al Servizio al fine di gestire in maniera omogenea le informazioni sui casi o focolai di malattie infettive e tossinfezioni, le conseguenti indagini epidemiologiche, il monitoraggio continuo con la messa a punto di un programma che riunisca tutte le informazioni provenienti dai diversi ambiti territoriali. Relazione entro il 31/12 di ciascun anno ed aggiornamenti trimestrali
6.	<p>In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, Collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:</p> <p>a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso.</p> <p>b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;</p> <p>c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;</p> <p>d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti</p>
7.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

SIAV C

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

I Dirigenti di Struttura riferiscono il **sottodimensionamento dell'organico amministrativo** a causa del quale si segnala l'impossibilità di eseguire i controlli sui farmaci extraeuropei. Tali farmaci hanno un costo irrisorio e sono particolarmente pericolosi per la presenza di antiparassitari, i cui residui sono altamente cancerogeni.

Viene, inoltre, riferito il mancato acquisto di tablets che, seppur richiesti e promessi dall'Area Gestione del Patrimonio, non sono mai stati forniti. Tale fornitura, hanno chiarito i Dirigenti di Struttura, era di supporto al Progetto regionale mai decollato, nonostante il lavoro effettuato.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Programmazione di una Campagna di sensibilizzazione nei confronti degli allevatori;
- Inserimento puntuale delle DIA dal 1° gennaio; incrementata attività di accompagnamento degli allevatori per la compilazione della DIA.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento dell'organico amministrativo.
- Mancata esecuzione dei controlli sui farmaci extraeuropei;
- Mancato acquisto di tablets per progetto regionale;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Dipartimento di Prevenzione Servizio di Igiene degli Alimenti – S.I.A.V. C	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Redazione di un bilancio aggiornato sui livelli di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, sulle eventuali azioni da intraprendere ed intraprese.
2.	Redazione di un elenco suddiviso per comune e settore attività delle unità aziendali oggetto di possibile intervento. Indicare la data di ultima verifica: <ol style="list-style-type: none"> a. Controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario: <ul style="list-style-type: none"> • Controllo e registrazione ricette; • Atti di farmaco-sorveglianza: farmacie, depositi all'ingrosso, armadietti farmaceutici, schede compilate; • Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari (100%); • Vidimazione registri medicinali: trattamenti, scorta, carico-scarico, estrogeni tireostatici (100%); • Atti di farmaco-sorveglianza sulle prescrizioni per mangimi medicati e mangimi preparati in azienda; • N° prescrizioni per mangimi medicati. b. Controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi: <ul style="list-style-type: none"> • Istanze di registrazione Reg. CE183/05 (50%); • Istanze di riconoscimento Reg. CE 183/05. Istruttoria (50%); • Raccolta informazioni su mangimi utilizzati in azienda-schede compilate (50%); c. Controllo e vigilanza sulla produzione animale; d. Controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie; e. Sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione; f. Protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica; g. Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione.

3.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
----	---

4.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al trimestre.
----	---

Obiettivi Qualitativi

5.	<p>In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, Collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:</p> <ul style="list-style-type: none">a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso.b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;c) assicurare con riguardo alle attività individuate a piu elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
----	--

6.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.
----	---

10 giugno 2015 ore 9,30

Struttura Burocratico-Legale

- **Struttura Burocratico-Legale Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

La dott.ssa Bortone chiede di scorporare gli obiettivi dell'Ufficio Sinistri e riferisce le seguenti criticità che riguardano il servizio:

- L'assegnazione dell'Ufficio Sinistri alla struttura Burocratico Legale non è stata accompagnata dal passaggio di consegne. Manca, inoltre un censimento delle pratiche;
- I rapporti con l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie sono difficoltosi in merito alla gestione routinaria delle attività come, ad esempio, la mancanza degli accantonamenti, la mancata conoscenza comune sulle pratiche di lavoro, con gravi ricadute sull'efficacia e sulla correttezza procedurale;
- La mancata interazione con il Servizio del Rischio Clinico: l'Ufficio Sinistro non ha accesso informativo ai flussi trasmessi al Ministero;
- Sottodimensionamento dell'organico assegnato.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- Regolamentazione delle procedure condivise con l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie;
- Regolamentazione delle attività condivise con il Servizio Rischio Clinico e l'Ufficio Sinistri.

Sintesi delle criticità emerse:

- Rapporti difficoltosi con l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie sulla gestione routinaria delle attività;
- Mancata interazione con il Servizio del Rischio Clinico;
- Sottodimensionamento dell'organico assegnato.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI

Struttura Burocratico-Legale

Obiettivi Quantitativi

1.	Monitoraggio circa il corretto rispetto dei termini di prescrizione/decadenza nelle procedure.
2.	<p>a. Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legale incaricato; • stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); • fase del contenzioso; • altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione. <p>b. Aggiornamento in tempo reale dell'inventario permanente delle pratiche di contenzioso suddiviso per tipologia di contenzioso, con l'indicazione per ciascuna procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legale incaricato; • stima del danno a carico della azienda (sorte capitale, interessi e spese legali); • fase del contenzioso; • altre informazioni utili ad inquadrare sinteticamente la situazione.
3.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
4.	Ricognizione del contenzioso aziendale al fine di una corretta valutazione del fondo rischi aziendale.
5.	Aumento delle cause concluse con sentenza favorevole per l'amministrazione.
6.	Riduzione delle cause affidate all'esterno.
7.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.

Obiettivi Qualitativi

8.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
9.	Dematerializzazione e archiviazione ottica.

10 giugno 2015 ore 10,30

Area Gestione Tecnica

▪ **Area Gestione Tecnica Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

La criticità più importante che viene evidenziata riguarda la **mancanza del Responsabile della struttura** che, da tre anni, è suddivisa in quattro settori, sostanzialmente autonomi.

I Dirigenti presenti all'incontro riferiscono quanto segue:

- L'impropria ripartizione delle funzioni in Aree Nord e Sud;
- Il sottodimensionamento e l'incongrua gestione del personale;
- La mancanza di supporto amministrativo;
- La difficoltà operativa nel garantire la compilazione e l'invio dei flussi informativi;
- La responsabilità dei procedimenti: la condivisione di alcuni procedimenti e la sovrapposizione di altri con l'Area del Patrimonio crea difficoltà operative e disomogenea distribuzione delle responsabilità;
- La mancata designazione dei dipendenti della struttura incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi;
- La difficoltosa attività d'inventario dei beni mobili e immobili, a causa della complicata ricostruzione del passato;
- Il malfunzionamento del sistema informativo e del nuovo sistema di gestione della fatturazione elettronica;
- La difficoltà di cogestione dei processi condivisi con l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie e l'Area del Gestione del Patrimonio.

Le proposte operative presentate sono le seguenti:

- Ripartizione delle funzioni per tipologia non per Aree territoriali;
- Potenziamento del personale per la compilazione e l'invio dei flussi informativi;
- Richiesta di un incontro sullo stato dell'arte relativamente alle risorse umane assegnate alla struttura per la ridefinizione degli ambiti di competenza;
- Richiesta di un incontro sullo stato dell'arte delle responsabilità dei procedimenti amministrativi "condivisi" con l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie e l'Area del Gestione del Patrimonio e la verifica delle procedure di acquisto della strumentazione e delle tecnologie sanitarie;
- Attuazione delle procedure organizzative per le misure di prevenzione degli incendi;
- Adozione della regolamentazione delle attività della struttura.

Sintesi delle criticità emerse:

- Impropria ripartizione delle funzioni in Aree Nord e Sud;
- Sottodimensionamento ed incongrua gestione del personale;
- Mancanza di supporto amministrativo;
- Difficoltà operativa nel garantire la compilazione e l'invio dei flussi informativi;

- Responsabilità dei procedimenti condivisi con l'Area del Patrimonio;
- Mancata designazione dei dipendenti della struttura incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi;
- Difficoltosa attività d'inventario dei beni mobili e immobili;
- Malfunzionamento del sistema informativo e del nuovo sistema di gestione della fatturazione elettronica;
- Difficoltà di cogestione dei processi condivisi con l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie e l'Area del Gestione del Patrimonio.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Area Gestione Tecnica	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri di cui all'art. 59 della L. 388/2000 le ASL aderiscono alle convenzioni stipulate dal Ministero del Tesoro attraverso la CONSIP per tutte le categorie merceologiche pubblicate sul relativo sito internet, ovvero utilizzano i relativi parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto di convenzionamento.
2.	Capitalizzazione dei costi di manutenzione straordinari sia per lavori eseguiti in economia che commissionati a fornitori terzi.
3.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
4.	Avanzamento delle procedure e di esecuzione dei lavori con fondi FERS e con finanziamenti esterni alla ASL.
5.	Regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità di Vigilanza sui contratti Pubblici delle U.O.S. competenti
6.	Avanzamento del programma per la gestione della sicurezza degli impianti; effettuazione interventi.
7.	Informatizzazione della U.O.S." Manutenzioni O.S." e regolarizzazione delle comunicazioni all'Autorità dei Contratti Pubblici.
8.	U.O.S. "Elettromedicali": Completamento dell'inventario delle apparecchiature elettromedicali e delle relative documentazioni tecniche (fascicoli apparecchiature).
9.	U.O.S. "Elettromedicali" Completamento della informatizzazione coordinata dei servizi manutentivi.
10.	In collaborazione con il patrimonio: Adempimenti ICI – IMU: regolarizzazione.
11.	Nuove sedi per servizi territoriali e/o uffici amministrativi da assumere in locazione.
12.	Atto ricognitivo di affitti attivi
13.	Espletamento delle gare per la fornitura di E.E. e gas.
14.	Produzione di un regolamento per l'utilizzo del patrimonio divenuto negli anni disponibile.
15.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.
16.	Predisposizione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio).

Obiettivi Qualitativi

- | | |
|------------|--|
| 17. | Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5). |
| 18. | Rispetto degli accordi di programma sottoscritti per l'utilizzo dei fondi comunitari e per gli investimenti ex art. 20 L. 67/1988. |
| 19. | <p>In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, Collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:</p> <ul style="list-style-type: none">a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso.b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;c) assicurare con riguardo alle attività individuate a piu elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti |
| 20. | Pubblicazione di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL. |

10 giugno 2015 ore 12,00

Area Gestione delle Risorse Umane

▪ **Area Gestione delle Risorse Umane Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

L'Area è tra quelle più interessate dal processo di cambiamento per l'introduzione del nuovo sistema informatico. Si segnala la particolare resistenza al cambiamento da parte del personale in quanto formato su modalità operative rivenienti dalle tre ex AUSL.

Si conviene che solo attraverso procedure informatizzate che impongono comportamenti omogenei si potrà realmente compiere l'accorpamento delle tre ex AUSL.

Sintesi delle criticità emerse:

- Resistenza da parte del personale assegnato alle nuove procedure di informatizzazione;
- Sistemi informativi diversi rivenienti dalle tre ex AUSL.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI

Area Gestione Risorse Umane

Obiettivi Quantitativi

1.	Rideterminazione dotazione organica ed adeguamento dei fondi contrattuali aziendali previsti dai CCNL entro i limiti fissati dalla normativa nazionale e regionale vigente.
2.	Rispetto del blocco totale del turn-over, fatte salve eventuali deroghe da parte della Giunta Regionale.
3.	Gestione dei fondi relativi alle competenze accessorie.
4.	Collaborazione per il completamento e pieno funzionamento delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definiti nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
5.	Adeguamento alla programmazione regionale vigente in materia di parametri standard per l'identificazione delle strutture organizzative (semplici, complesse, dipartimentali) aziendali.
6.	Predisposizione delle procedure amministrative del "Ciclo del Personale" in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio).
7.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.

Obiettivi Qualitativi

8.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
9.	<p>Inserimento, ad integrazione di quanto stabilito con DGR n. 1494/2009, negli accordi contrattuali da sottoscrivere o sottoscritti con le strutture private accreditate, delle clausole previste dal DIEF 2011:</p> <p>a) al fine di garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste di attesa, il tetto di spesa annuale deve essere suddiviso in dodicesimi;</p> <p>b) qualora la struttura non raggiunga o superi fino ad un massimo del 10% il limite di spesa mensile assegnato riferito al frazionamento del tetto di spesa in dodicesimi, la stessa potrà riversare, ovvero conguagliare il volume finanziario di attività non effettuato o eccedente nel bimestre successivo;</p> <p>c) la mancata osservanza delle prescrizioni di cui al punto a) comporta la sanzione del 2% in meno sull'imponibile del tetto annuale da assegnare nell'anno successivo;</p> <p>d) nel caso in cui la struttura decida di osservare un periodo di chiusura né dovrà dare comunicazione preventiva all'ASL. In tale evento il dodicesimo o la sua quota deve essere recuperato come precisato al punto b), nel bimestre successivo;</p> <p>e) a norma della L.R. 19/2008, della L.R. 12/2011, non possono essere remunerate le prestazioni erogate al di fuori del tetto di spesa annuale contrattualizzato.</p>
10.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento sui conti che confluiscono nel budget assegnato (convenzioni) e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
11.	<p>In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC:</p> <p>a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso.</p> <p>b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;</p> <p>c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC;</p> <p>d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti</p>
12.	Predisposizione, di concerto con il RPC, di un Codice di Comportamento dell'ASL che integri o specifici con eventuali ulteriori prescrizioni quello riportato dal DPR n. 62/13. Tale Codice deve essere adottato con delibera e reso pubblico a tutti i dipendenti e allegato ai singoli contratti di rapporto lavorativo sottoscritti.
13.	Inserimento, negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, di una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017 e del codice di comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto in caso di violazione.
14.	Pubblicazione di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.
15.	Formazione e aggiornamento professionale sull'anticorruzione e sulla trasparenza amministrativa di concerto con la struttura Formazione e il RPC.

10 giugno 2015 ore 13,00

Area Gestione del Patrimonio

▪ **Area Gestione del Patrimonio Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche. Il Comitato di budget presenta gli obiettivi quantitativi e qualitativi di seguito riportati e oggetto di negoziazione.

Il Dirigente Responsabile riferisce che l'Area presenta importanti criticità legate al **sottodimensionamento del personale** assegnato che genera la conseguente difficoltà di presidiare tutte le attività istituzionalmente riferite a tale Area (ad esempio Inventario e Gare). Sottolinea inoltre che, ovviamente, permanendo la situazione da alcuni anni, i problemi nel tempo si sono stratificati producendo all'interno dell'Azienda percorsi alternativi frammentati e non presidiati. Tale situazione necessita di un intervento straordinario per recuperare il lavoro arretrato e la messa a regime in modo da ripristinare una situazione di normalità.

Vengono riferite, altresì, la difficoltà in merito a:

- l'individuazione delle responsabilità per i procedimenti condivisi con l'Area del Tecnica, cosa che crea difficoltà operative;
- la difficoltosa attività d'inventario dei beni mobili;
- Il sottodimensionamento del personale assegnato all'Area;

Le proposte operative presentate sono le seguenti:

- Incontro congiunto sullo stato dell'arte delle responsabilità dei procedimenti amministrativi "condivisi" con l'Area Tecnica;
- Adozione della regolamentazione delle attività della struttura.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento del personale;
- Responsabilità dei procedimenti condivisi con l'Area del Tecnica;
- Difficoltosa attività d'inventario dei beni mobili.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI

Area Gestione Patrimonio

Obiettivi Quantitativi

1.	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato. In attuazione e secondo i criteri di cui all'art. 59 della L. 388/2000 le ASL aderiscono alle convenzioni stipulate dal Ministero del Tesoro attraverso la CONSIP per tutte le categorie merceologiche pubblicate sul relativo sito internet, ovvero utilizzano i relativi parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili con quelli oggetto di convenzionamento.
2.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
3.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
4.	Predisposizione delle procedure amministrative del in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio).
5.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.
6.	Utilizzo firma digitale sui contratti.
7.	Inventario degli immobili da reddito (fitti attivi)

Obiettivi Qualitativi

8.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
9.	Consolidamento, entro il 31 dicembre c.a., unitamente all'Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, di una procedura condivisa per alimentare il sistema di inventario dei beni mobili di proprietà.
10.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
11.	Pubblicazione di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente". La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.

10 giugno 2015 ore 13,30

Area Coordinamento Socio-Sanitario

▪ **Area Coordinamento Socio-Sanitario Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Emerge che la maggiore criticità relativa all'Area è rappresentata dal fatto che la struttura è costituita dal solo Responsabile e ciò genera una inadeguatezza organizzativa. Il Responsabile della struttura richiede, quindi, l'assegnazione di personale dei ruoli amministrativo e tecnico.

Il dott. Magaldi, inoltre, riferisce che vengono liquidate prestazioni a strutture con le quali l'Azienda non ha ancora rapporti contrattuali. Al fine di superare tale criticità si conviene di programmare un incontro specifico sullo stato dell'arte delle strutture accreditate.

Sintesi delle criticità emerse:

- La struttura è costituita dal solo Responsabile;
- Liquidazioni di prestazioni a strutture con le quali l'Azienda non ha ancora rapporti contrattuali.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Area Coordinamento Socio-Sanitario

Obiettivi Quantitativi

1.	Dare attuazione alle linee di indirizzo nazionale, regionale ed aziendale finalizzate all'integrazione socio-sanitaria ed assicurare la partecipazione agli Organismi istituzionali previsti per la realizzazione del sistema locale integrato di interventi e servizi socio-sanitari.
2.	Garantire l'informazione e la consulenza sulle prestazioni socio-sanitarie erogate con oneri a carico dell'Azienda e con oneri a carico degli utenti e/o dei Comuni, differenziando le diverse fonti di finanziamento.
3.	Curare la gestione dei rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.
4.	Curare il monitoraggio delle attività socio-sanitarie svolte dalla ASL FG e dalle altre Istituzioni, pubbliche e/o private accreditate che operano sul territorio, verificandol'omogeneità dei livelli di assistenza garantiti, anche sotto il profilo dei costi sostenuti e della ripartizione delle risorse tra Fondo Sanitario Nazionale e Fondo delle Politiche Sociali.
5.	Verificare, controllare, liquidare e rendicontare le attività svolte presso le strutture territoriali presenti ed operanti nella ASL FG (RSSA-RSA-UDT, ecc.).
6.	Garantire l'attuazione dei progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 in fase di predisposizione.
7.	Predisporre gli atti - Accordi di Programma, convenzioni - necessari per la integrazione istituzionale e funzionale dei vari enti interessati (Azienda U.S.L., Comuni, Enti Territoriali).
8.	Progettare e gestire il Sistema Informativo per la Salute orientato verso i singoli e la comunità familiare integrato fra le attività socio-sanitarie della Azienda ASL e quelle sociali a rilievo sanitario degli ambiti territoriali dei Comuni nonché quelle sociali degli Enti territoriali.
9.	Contenere la spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
10.	Migliorare i propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).

Obiettivi Qualitativi

11.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
12.	Assicurare il coordinamento delle funzioni in indirizzo, programmazione, gestione e controllo dell'integrazione socio-sanitaria nelle seguenti aree: a) materno-infantile; b) disabilità; c) anziani e persone non autosufficienti con patologie croniche – degenerative.
13.	Perseguire, sul piano istituzionale, gestionale e professionale, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio- assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, Onlus, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali ed associazioni di promozione sociale operanti sul territorio, ovvero gestiti direttamente dalla ASL FG su delega degli Enti Locali.
14.	Progettare e gestire il sistema di valutazione dei piani e progetti aziendali a valenza socio-sanitaria integrato con quello degli Enti Locali che tenga conto della fase valutativa in itinere, ex post e dell'impatto sociale sulle famiglie e sui cittadini.

10 giugno 2015 ore 15,00

Dipartimento Immunotrasfusionale:

- **Sezione Trasfusionale Manfredonia;**
- **Sezione Trasfusionale San Severo;**
- **Sezione Trasfusionale Cerignola;**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014. Per quanto riguarda la Scheda economica, il dr Cervia comunica che sarà trasmessa successivamente in quanto non è stata ancora approntata.

Il dr. Di Stefano, in merito al personale assegnato alla sua struttura, riferisce che non è possibile contare su due tecnici di laboratorio, per i quali si propone l'assegnazione ad altri servizi.

Vengono riferite criticità in merito alla mancanza di un automezzo che tre volte alla settimana, dalle ore 8.00 alle ore 11.00, trasporti il personale presso il plesso di Lucera.

Per quanto riguarda l'attività trasfusionale domiciliare e i salassi terapeutici si rilevano difficoltà nella fase di validazione delle richieste dei MMG, successivamente nella fase di accettazione al CUP.

Il dr. Granatiero, infatti, afferma che la validazione da parte del Servizio non è possibile, per mancata formazione del personale sull'uso del programma. La stessa criticità è presente presso il centro di San Severo.

Le proposte operative che vengono presentate sono le seguenti:

- In riferimento alla mancata formazione del personale sull'uso del programma che permette la validazione delle richieste dei MMG sull'attività trasfusionale domiciliare e i salassi terapeutici si richiede l'intervento del Servizio di Informatizzazione; il Dr Cervia provvederà a programmare la formazione richiesta;
- Rivedere alcuni valori nel flusso informativo sulle attività 2014.

Sintesi delle criticità emerse:

- Personale Tecnico inidoneo alle funzioni;
- Mancanza di un automezzo per assicurare le attività presso il plesso di Lucera;
- Attività trasfusionale domiciliare e i salassi terapeutici: si rilevano difficoltà nella fase di validazione delle richieste dei MMG, successivamente nella fase di accettazione al CUP. Tutto ciò a causa della mancata formazione del personale sull'uso del programma.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Dipartimento Immunotrasfusionale

Obiettivi Quantitativi

1.	Garanzia di autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati nei PP.OO. assegnati.
2.	Equilibrio economico.
3.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
4.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.

Obiettivi Qualitativi

5.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
6.	Collaborazione per il miglioramento della pratica trasfusionale mediante la verifica costante dell'appropriatezza delle richieste di sangue ed emocomponenti da parte delle UU.OO. di degenza.
7.	Attività di promozione alla donazione di sangue e di tutela della salute.
8.	Attività di promozione del buon uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati attraverso la stesura di linee guida e procedure condivise, formazione del personale, coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie di Presidio nella corretta gestione delle frigo emoteche
9.	Accreditamento dei Centri Trasfusionali.

10 giugno 2015 ore 16,00

Formazione

- **Servizio di Formazione San Severo**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

La struttura non presenta criticità particolari. Si rileva però che, con l'introduzione di una piattaforma informatica per la gestione delle attività di formazione e di tirocinio gran parte delle attività oggi fatte manualmente potrebbero essere portate a regime in modo sistematico.

Sintesi delle criticità emerse:

- Informatizzazione delle procedure.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Formazione	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Predisposizione dell'analisi annuale dei bisogni formativi dell'Azienda.
2.	Monitoraggio e valutazione dei risultati.
3.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
4.	Predisposizione di una specifica attività formativa sull'appropriatezza prescrittiva e sulla diffusione e discussione delle Linee guida regionale ed aziendali, per i MMG, gli Specialisti Territoriali ed Ospedalieri utilizzando le varie possibilità contrattuali (formazione obbligatoria, formazione ECM).
5.	Realizzazione, in accordo con il RPC e l'Area Gestione del Personale, di attività Formazione e aggiornamento professionale sull'anticorruzione e sulla trasparenza amministrativa.
6.	Invio, al termine di ogni attività formativa finanziata, di una relazione completa sui lavori svolti e di una dettagliata rendicontazione delle spese sostenute all'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità.
7.	Somministrazione di un questionario ai Direttori di Struttura Complessa sui bisogni formativi.
8.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.
Obiettivi Qualitativi	
9.	Progettazione e/o collaborazione degli interventi di formazione; Collaborazione e/o realizzazione dei corsi di formazione.
10.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
11.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).

10 giugno 2015 ore 16,30

Pediatria:

- **Pediatria Manfredonia;**
- **Pediatria San Severo;**
- **Pediatria Cerignola;**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

I Dirigente responsabili riferiscono il **sottodimensionamento della dotazione organica**: presso la strutture del P.O. di Manfredonia sono assegnati n. 5 infermieri e n. 2 medici.

Si propone di ampliare l'attività attraverso l'inserimento nel piano regionale degli screening neonatali.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento del personale.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Pediatria	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Potenziamento della qualità, efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera attraverso il raggiungimento dei due indicatori di risultato, di seguito riportati
3.	Equilibrio economico
4.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
5.	Attività di "filtro" di Med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di Med. Chir. Urg.za e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.
6.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
7.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
Obiettivi Qualitativi	
8.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
9.	Adozione, di concerto con i responsabili delle U.O. coinvolte, di protocolli specifici su prestazioni a rischio e linee guida per la prevenzione delle infezioni ospedaliere.
10.	Revisione della cartella clinica su un caso clinico di particolare rilevanza e problematicità nell'ottica dell'integrazione Ospedale Territorio.

11 giugno 2015 ore 9,30

Attività Libero Professionale Intramoenia (A.L.P.I.)

- **Servizio A.L.P.I. Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Dall'analisi dei dati si rileva che la gestione della contabilità separata attualmente presenta esclusivamente costi separati. A tal fine si condivide la necessità di prevedere anche la rendicontazione complessiva.

Il Dirigente Responsabile riferisce delle criticità in merito alla regolamentazione del sistema dei volumi di attività dei professionisti. È necessario apportare modifiche all'attuale regolamento.

Sintesi delle criticità emerse:

- Gestione della contabilità separata;
- Regolamentazione del sistema dei volumi di attività dei professionisti;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI A.L.P.I.	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Necessario supporto tecnico alle Aziende e agli Enti del SSR per la pubblicazione dei tempi di attesa ai sensi del d.lgs. 33/2013.
2.	Sistema di contabilità separata per l'ALPI.
3.	Svolgimento ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'ALPI di cui all'art. 2, com. 1, lett b) della L. 189/12.
4.	Attuazione adempimenti: sistemi di controllo dei volumi delle prestazioni; tracciabilità dei pagamenti; ridefinizione quote a carico dell'assistito) di cui all'art. 2, co. 1, lett. B-bis), d) ed e) della L. 189/12.
5.	Collaborazione per il pieno funzionamento delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
6.	Equilibrio tra costi e ricavi.
7.	Verifica delle agende di libera professione al fine di accertare che il prezzo delle prestazioni sia sempre superiore a quello istituzionale.
8.	Monitoraggio dell'utilizzo delle classi di priorità da parte dei medici prescrittori.
Obiettivi Qualitativi	
9.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
10.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.
11.	Modifica del Regolamento di libera professione.

11 giugno 2015 ore 10,30

Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

▪ **Servizio U.R.P. Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Nel corso del confronto fra comitato di Budget e Dirigente Responsabile dell'U.R.P. vengono evidenziate le seguenti criticità:

- È necessario rivedere la modalità informativa e informatica al fine di migliorare la comunicazione istituzionale e la comunicazione interna all'azienda;
- Il report dell'analisi semestrale dei reclami viene inviato esclusivamente al Controllo di Gestione;
- Il sito aziendale presenta criticità in merito all'accessibilità ai dati difficoltosa; il link di "Amministrazione Trasparente" non è conforme relativamente al debito informativo da soddisfare, al formato dei dati pubblicati e alla tempestività di pubblicazione;
- La cartellonistica presente in Azienda è distribuita in modo disomogeneo. Manca anche la descrizione dei percorsi di accesso;
- La gestione PEC è difficoltosa per il carico di lavoro derivante soprattutto dal Dipartimento di Prevenzione. Il dr Cervia comunica che la funzione PEC FOLIUM è attiva, occorre solo darne informativa;
- In riferimento alla Customer Satisfaction si rileva la mancanza di un sistema di rilevazione continuo;

Durante l'incontro vengono avanzate le seguenti proposte operative:

- Adottare un nuovo Piano della comunicazione istituzionale aziendale;
- Attivazione di una rete "INTRANET AZIENDALE", per migliorare l'efficacia della comunicazione interna;
- Dotazione del cartellino di riconoscimento a tutto il personale;
- Distribuzione capillare della Guida ai servizi. La Carta dei Servizi deve essere online;
- Rivisitazione del logo aziendale;
- In merito alle criticità relative al Sito aziendale: si propone la rivisitazione tempestiva dello stesso in collaborazione con il gestore regionale del Portale della Salute. Per quanto riguarda la sezione "Amministrazione Trasparente", è al vaglio l'applicativo gratuito per le pubbliche amministrazioni del Ministero per la Semplificazione Amministrativa e Gazzetta Amministrativa (parieristica dell'Avvocatura dello Stato);
- Analisi semestrale dei reclami: invio report anche alle strutture interessate;
- Cartellonistica presente in Azienda: l'URP deve partecipare alle gare relative all'acquisto di beni e servizi riferiti alle funzioni espletate dall'U.R.P.;
- Gestione PEC: il dott. Cervia si impegna a diffondere un'informativa a tutto il personale in merito alla funzione PEC FOLIUM e alla relativa modalità di utilizzo;
- Customer satisfaction: implementazione e messa a regime della rilevazione;
- Contact center: ristampa brochure e locandine, con capillare diffusione presso i MMG e PLS e le strutture ed i servizi aziendali;

- Fast box: capillare distribuzione soprattutto nelle sedi decentrate ove non è presente il CUP.

Sintesi delle criticità emerse:

- Comunicazione istituzionale e comunicazione interna: modalità informativa e informatica da rivedere;
- Analisi semestrale dei reclami: il report viene inviato al solo Controllo di gestione;
- Sito aziendale: accessibilità ai dati difficoltosa. Link “Amministrazione trasparente” non conforme relativamente al debito informativo da soddisfare, al formato dei dati pubblicati e alla mancata tempestività di pubblicazione;
- Cartellonistica presente in Azienda: distribuzione disomogenea. Mancata descrizione dei percorsi di accesso;
- Gestione PEC: gestione difficoltosa per il carico di lavoro derivante soprattutto dal Dipartimento di Prevenzione;
- Customer satisfaction: mancanza di un sistema di rilevazione continuo.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI U.R.P.	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Analisi sulla natura dei reclami pervenuti e invio ai servizi competenti ad adottare le opportune misure atte a superare le criticità riscontrate, verificando tempi e risposte alle richieste pervenute, così come stabilito nel “Regolamento di Pubblica Tutela”.
2.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
3.	Ai fini dell'applicazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (ai sensi dell'art. 41 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" del D.lgs n. 33/2013), pubblicazione: a. delle prestazioni professionali svolte in regime intramurario; b. in una apposita sezione denominata "Liste di attesa", i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
4.	Attivazione di un sistema di Customer Satisfaction Management.
5.	Alimentazione del sistema di misurazione e valutazione civica delle attività aziendali di Audit Civico.
6.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
Obiettivi Qualitativi	
7.	Promozione e gestione della Comunicazione istituzionale on line attraverso il portale della Salute.
8.	Predisposizione di adeguati strumenti di informazione interna ed esterna e di comunicazione interna e/o esterna sull'organizzazione dei Servizi Aziendali, sulle prestazioni offerte e sulle modalità di accesso, promozione di campagne di informazione sulle prestazioni ed attività aziendali, sulle iniziative e sui progetti di intervento; aggiornamento, digitalizzazione e divulgazione di Carte dei servizi e Guide all'uso dei servizi.
9.	Restyling dei supporti di comunicazione (targhe, ...) con utilizzo del nuovo logo e nuova grafica.
10.	Miglioramento della comunicazione interna (intranet,...).
11.	Piano della Comunicazione istituzionale.

11 giugno 2015 ore 12,00

Unità di Valutazione Appropriately Ricoveri (U.V.A.R.)

- **Servizio U.V.A.R. Foggia**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Nel corso del confronto fra comitato di Budget e Dirigente Responsabile dell'U.V.A.R. non sono emerse criticità particolari. Si rileva esclusivamente la necessità di una azione di reporting sulle attività svolte che integrano il sistema complessivo dei controlli.

Sintesi delle criticità emerse:

- Attività di reporting sulle attività svolte;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI U.V.A.R.	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Formazione Operatori ASL addetti alla compilazione della SDO.
2.	Appropriatezza cartella clinica / congruità SDO (assistenza ospedaliera privata) R.O. – DH/DS.
3.	Appropriatezza cartella clinica / congruità SDO (assistenza ospedaliera diretta) R.O. – DH/DS.
4.	Appropriatezza cartella clinica / congruità SDO (assistenza ospedaliera riabilitativa post-acuzie privata) RIAB. COD 56.
5.	Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: appropriatezza prescrittiva.
6.	Riabilitazione ex art. 25 L. 833/78: appropriatezza prescrittiva.
7.	Elaborazione report anomalie riscontrate (cadenza trimestrale).
8.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.
Obiettivi Qualitativi	
9.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.

11 giugno 2015 ore 15,30

Salute Mentale

▪ **Dipartimento Salute Mentale**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Nel corso del confronto fra comitato di Budget e Dirigenti Responsabili delle strutture afferenti al Dipartimento vengono evidenziate le seguenti criticità:

- Per i convenzionamenti con le strutture residenziali e diurne, attualmente le strutture pugliesi non hanno ottenuto l'accreditamento, pertanto, non è possibile stipulare il contratto. È necessaria, altresì, garantire la prestazione LEA di ingresso nelle Comunità di riabilitazione psichiatrica e Centri Diurni da parte dei pazienti. Il dr Cervia sottolinea che neanche con l'accreditamento provvisorio si potrebbe superare tale problema;
- Nel processo fatturazione elettronica sono rilevati dei ritardi tra trasmissione delle fatture da parte dei fornitori e registrazione. I responsabili delle strutture riferiscono che è necessaria la formazione del personale relativamente all'utilizzo del programma di fatturazione;
- Flussi informativi: vengono riferite delle criticità nell'interfacciamento tra i flussi informativi ministeriali, regionali e aziendali;
- Per il Servizio di Neuro Psichiatria Infantile si evidenzia la non abilitazione ad alimentare i dati dei flussi informativi e alla gestione della cartella clinica informatizzata;
- Per effettuare i controlli dei programmi terapeutici presso le strutture è necessaria la presenza di almeno 2 operatori, in quanto l'equipe del Servizio è responsabile del programma;
- Attività esterna al servizio: la frequentazione di Centri Diurni e la partecipazione ad iniziative esterne al Servizio necessitano di un pulmino.

Durante l'incontro vengono avanzate le seguenti proposte operative:

- Per la criticità in merito all'Accreditamento delle strutture è necessario programmare un incontro con la Direzione strategica;
- Effettuare delle verifiche sul sistema di fatturazione e programmare degli incontri formativi sull'utilizzo dello stesso. I servizi liquidatori informeranno i fornitori relativamente all'obbligo di apposizione sulla fattura del n. ordine e del mese di riferimento, cui la fattura si riferisce;
- In riferimento all'obbligo di acquisto di beni tramite CONSIP, il dott. Cervia comunica che, pur essendo vincolati, è possibile acquistare altrove a costo inferiore;
- Il dr. Draisci si farà portavoce al tavolo regionale per i flussi della salute mentale, al fine di poter procedere all'allineamento dei codici utili al soddisfacimento del debito informativo ministeriale, regionale e aziendale.

Sintesi delle criticità emerse:

- Convenzionamenti con strutture residenziali e centri diurni;
- Processo fatturazione elettronica;
- Flussi informativi;

- Servizio di Neuro Psichiatria Infantile non abilitato all'alimentazione dei flussi informativi e alla gestione della cartella clinica informatizzata;
- Controlli dei programmi terapeutici presso le strutture;
- Acquisto beni tramite CONSIP.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Salute Mentale	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Monitoraggio delle strutture psichiatriche riabilitative previste dal reg. Regionale 7/02.
2.	Attuazione di un piano operativo immediatamente esecutivo, finalizzato a definire soluzioni guida ad intensità differenziata, personalizzate e condivise con il paziente ed i suoi familiari, sia per riportare all'interno del territorio quelli degenti in strutture extra ASL FG, sia per dare pratica attuazione a percorsi riabilitativi.
3.	Controllo e rendicontazione trimestrale della spesa verso comunità terapeutiche esterne o interne al territorio del CIM, evidenziando per struttura accreditata, il numero di utenti, le giornate di degenza, la retta giornaliera ove definita.
4.	Collaborazione per il completamento e funzionamento pieno delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato. (Concorre per la cartella sanitaria ambulatoriale).
5.	Rendicontazione semestrale dei dati di attività all'Unità Controllo di Gestione entro il mese successivo al semestre.
6.	Governo della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
7.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
8.	<p>a) Predisposizione entro 60 giorni di una relazione sugli episodi di contenzione negli SPDC (numero pazienti contenuti, durata, ..);</p> <p>b) Adozione di una specifica procedura per la pratica della contenzione, che contenga precisi indicatori sulle responsabilità, sulle azioni, sulla tempistica dell'assistenza medico-infermieristica, sulla documentazione, sui rapporti con il contesto relazionale di riferimento, sulle comunicazioni tra SPDC e Direzione DSM, CSM di riferimento del paziente, Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero ove è allocato il SPDC, Unità di gestione del Rischio (se attivata), salvaguardando il contenuto delle raccomandazioni regionali in materia.</p>

Obiettivi Qualitativi

9.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
10.	Miglioramento dell'integrazione dei percorsi di accoglienza sociosanitaria territoriale con i percorsi riabilitativi, per i pazienti psichiatrici stabilizzati, senza il necessario supporto familiare, attraverso l'attuazione di protocolli operativi per la presa in carico territoriale in strutture di bassa e media intensità assistenziale e l'attivazione di procedure per la definizione di specifici accordi contrattuali con la rete delle strutture accreditate e/o di quelle autorizzate in attesa di accreditamento istituzionale, già in possesso di accreditamento transitorio.
11.	Reinserimento lavorativo dei soggetti affetti da malattia mentale.
12.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: a) individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. b) prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; c) assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti.
13.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.
14.	RIDUZIONE DEL RICORSO ALLA CONTENZIONE attraverso UN PERCORSO CONDIVISO

11 giugno 2015 ore 15,30

Salute Mentale

- **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura P.O. Manfredonia;**
- **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura P.O. San Severo - Lucera;**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

I Dirigenti Responsabili riferiscono il sottodimensionamento del personale assegnato alle strutture e propongono **l'adeguamento dell'organico e l'aumento dei posti letto.**

La **Contenzione**, emerge dall'incontro, è una grave criticità oggetto di discussione all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, anche in merito all'adozione dell'apposito Regolamento che è in corso di redazione.

Il Dr. Bellomo non condivide la parte della proposta di Regolamento, che prevede l'abolizione della contenzione, contravvenendo alla normativa che specifica il ricorso alla pratica di contenzione "nei casi di necessità". Aggiunge, inoltre, che tale scelta tutela i giovani medici in servizio. Alla "contenzione free" si può arrivare gradualmente fino alla sua abolizione, attraverso un percorso di monitoraggio continuo. Il dr. Tancredi riporta l'esperienza ventennale dell'S.P.D.C. di San Severo, che, per scelta culturale, ha da sempre rifiutato il ricorso alla contenzione, allineandosi alle indicazioni del Comitato Etico del Consiglio dei Ministri. La contenzione è un evento sentinella.

Si propone di monitorare gli interventi di contenzione presso gli S.P.D.C., le R.S.A., le R.S.S.A. e tutte le altre strutture residenziali convenzionate con l'Azienda. Si considera, inoltre, opportuna, l'istituzione del Comitato di controllo della contenzione.

In riferimento al protocollo sulle urgenze che ha attivato una guardia attiva a cui partecipano a rotazione i firmatari dello stesso (118, CSM, Pronto Soccorso), si rileva un'importante criticità per la copertura dei turni presso i CSM. Il protocollo risente, infatti, della mancata partecipazione dei SERT.

In tal senso, viene riferita la mancata reperibilità dei medici dei Ser.T. per i pazienti in acuzie tossicologica e alcolemica sia al PS che per quelli ricoverati presso i S.P.D.C..

In merito agli ingressi in comunità, vengono evidenziati tempi di attesa incompatibili con le dimissioni dei pazienti dai SPDC con relativa incidenza sui costi. Il dr. Bellomo propone la gestione diretta del budget da parte dei CSM.

Sintesi delle criticità emerse:

- Sottodimensionamento del personale;
- Contenzione dei pazienti;
- Protocollo sulle urgenze: mancata partecipazione dei SERT;
- Pazienti in acuzie tossicologica e alcolemica: mancata reperibilità dei medici dei Ser.T.;
- Ingressi in comunità: evidenziati tempi di attesa incompatibili con le dimissioni dei pazienti dai SPDC.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto.
2.	Riduzione del numero assoluto e relativo di Trattamenti Sanitari Obbligatori e riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri, attraverso una logica di prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di vita dei pazienti, favorendo interventi precoci e integrati (rete assistenziale territorio-ospedale).
3.	Equilibrio economico
4.	Proposta di un modello di gestione delle risorse umane assegnate, legato ai processi di delega e di responsabilità, al fine di generare un clima organizzativo favorevole, di ottimizzare i carichi di lavoro e dei volumi di prestazioni, di gestire gli istituti contrattuali (n° ore straordinario da budget/n° ore di straordinario utilizzate) e di perseguire gli obiettivi aziendali.
5.	Collaborazione per il pieno funzionamento dell'applicativo One Care, per quanto di competenza, per l'effettivo funzionamento delle singole componenti del nuovo sistema (richiesta consulenze, etc.).
6.	Rendicontazione trimestrale dei dati di attività al Controllo Gestione entro il mese successivo al trimestre relativamente alle prestazioni riguardanti le consulenze interne.
Obiettivi Qualitativi	
7.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali/ministeriali.
8.	Attività di "filtro" di med. Chir. Urg-accettazione e Servizi territoriali: attivazione di protocolli e procedure in collaborazione con la Dir. Sanitaria di PO, UO di med. Chir. Urg e Servizi Territoriali, finalizzata anche all'appropriatezza prescrittiva.
9.	<ul style="list-style-type: none"> a) Predisposizione entro 60 giorni di una relazione sugli episodi di contenzione negli SPDC (numero pazienti contenuti, durata, ..); b) Adozione di una specifica procedura per la pratica della contenzione, che contenga precisi indicatori sulle responsabilità, sulle azioni, sulla tempistica dell'assistenza medico-infermieristica, sulla documentazione, sui rapporti con il contesto relazionale di riferimento, sulle comunicazioni tra SPDC e Direzione DSM, CSM di riferimento del paziente, Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero ove è allocato il SPDC, Unità di gestione del Rischio (se attivata), salvaguardando il contenuto delle raccomandazioni regionali in materia.
10.	<p>Per gli interventi di contenzione fisica si deve procedere ad opportuna e tempestiva documentazione mediante l'uso e la tenuta dei seguenti strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tenuta del registro di monitoraggio eventi sentinella (episodio di contenzione, di aggressività, infortuni di operatori e pazienti) b) schede di rilevazione e gestione dell'episodio di contenzione c) attivazione di un registro delle contenzioni, che riporti nome del paziente, orario di inizio, motivazione sintetica, orario di fine contenzione d) le stesse informazioni devono essere riportate nella cartella clinica.
11.	Garanzia di adeguati livelli di discussione degli aspetti organizzativi, delle pratiche professionali, dei casi difficili e la formazione, sia sul campo che strutturata, per la prevenzione e la gestione della violenza, del burn out e la prevenzione della contenzione; la formazione deve essere rivolta a tutte le figure coinvolte, sanitarie e non (operatori DSM, emergenza, polizia municipale, ecc.
12.	Continuità di trattamento rispetto al CSM di provenienza del paziente.

12 giugno 2015 ore 10,30

Programmazione Aziendale

- **Servizio Programmazione Aziendale Foggia;**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

Il dott. Guadagno riferisce il **sottodimensionamento del personale** assegnato.

Sintesi delle criticità emerse:

- **Sottodimensionamento del personale;**

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Servizio Programmazione Aziendale	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Aggiornamento del Piano Attuativo Locale (PAL).
2.	Individuazione dei Progetti definiti nell'ambito Nazionale, Regionale, Aziendale suddivisi per Livello di assistenza (Prevenzione, Territorio, Ospedalità), relazione con il PSR e/o altri atti e documenti di programmazione, indicazione del timing sul piano triennale.
3.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.
4.	Predisposizione Atto Aziendale.
5.	Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI).
Obiettivi Qualitativi	
6.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
7.	Gestione e regolamentazione della segreteria generale, amministrativa e sanitaria, del protocollo generale e archivio, dei partenariati e patrocinii.
8.	Regolamentazione dell'Accesso agli atti.
9.	Regolamentazione Collegio sindacale.
10.	Regolamentazione Accesso Civico.
11.	Regolamentazione Procedimenti amministrativi.

12 giugno 2015 ore 11,00

Area Gestione Risorse Economico Finanziarie

- **Area Gestione Risorse Economico Finanziarie Foggia;**

Durante l'incontro vengono illustrati i dati di attività dell'anno 2014 e le relative schede economiche.

L'Area è tra quelle più interessate dal processo di cambiamento per l'introduzione del nuovo sistema informatico. Il personale, infatti, evidenzia una importante necessità di formazione nei vari aspetti dell'attività.

Sebbene il settore contabile sia supportato da applicativi, emerge dall'incontro la necessità che le attività precedenti la registrazione contabile siano definite e propedeutiche ad una corretta pratica contabile.

Sintesi delle criticità emerse:

- Formazione del personale al nuovo sistema informatico;

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Area Gestione Risorse Economico Finanziarie	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Collaborazione con il Controllo di Gestione nelle attività di completamento del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità.
2.	Adeguamento del sistema informativo contabile alle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 e successive modificazioni e integrazioni, nonché alle direttive regionali in materia.
3.	Consolidamento, entro il 31 dicembre c.a. unitamente all'Area Gestione Patrimonio, della procedura per alimentare il sistema di inventario dei beni mobili di proprietà.
4.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione Aziendale. Monitoraggio continuo ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
5.	Miglioramento dei propri tempi medi di pagamento relativi ad acquisti di beni, servizi e forniture e pubblicazione sul sito aziendale del relativo indicatore (ai sensi della L. 69/2009, art. 23, comma 5).
6.	Monitoraggio situazione debitoria per macrostruttura.
7.	Registrazione fatture entro 15 gg lavorativi dal ricevimento.
8.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.
9.	Predisposizione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano attuativo per la certificazione del Bilancio).
Obiettivi Qualitativi	
10.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
11.	In attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'ASL FG 2015-2017, collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) nelle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In particolare, la S.V. dovrà con il RPC: <ol style="list-style-type: none"> individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo, entro il I semestre 2015, al RPC l'allegato n. 5 per il censimento di tutte le attività gestite, come già richiesto dalla stesso. prevedere, d'intesa con il RPC, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione; assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPC; monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti
12.	Pubblicazione sul sito aziendale, nella sezione "amministrazione Trasparente", di tutti i processi inerenti l'acquisto di beni e servizi. La pubblicazione sul sito aziendale, unitamente all'emissione dell'ordine informatizzato del sistema contabile, è condizione necessaria per qualsiasi processo di acquisto di beni e servizi all'interno dell'ASL.
13.	Predisposizione e attuazione delle procedure amministrative in linea con le procedure di revisione stabilite nel PAC (Piano Attuativo per la certificazione del Bilancio)

12 giugno 2015 ore 12,00

Statistica ed Epidemiologia

- **Servizio di Statistica ed Epidemiologia Foggia;**

Durante l'incontro sono emerse criticità riguardanti il sottodimensionamento dell'organico con particolare riferimento al Registro Tumori.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI	
Servizio di Statistica ed Epidemiologia	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Analisi demografica della popolazione dell'ASL /FG. Aggiornamento.
2.	Epidemiologia oncologica. Aggiornamento
3.	Analisi dello stato di salute della popolazione dell'ASL Foggia. Aggiornamento.
4.	Studio di incidenza dell'infarto acuto del miocardio. Aggiornamento.
5.	Analisi delle cause di ospedalizzazione della popolazione dell'ASL Foggia. Aggiornamento.
6.	Analisi epidemiologica delle principali patologie prevalenti nella popolazione dell'ASL Foggia. Aggiornamento
7.	Analisi di attività delle Strutture di ricovero dei PO dell'ASL Foggia degli OO.RR. di Foggia, dell'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza e delle Case di Cura private accreditate.
8.	Formulazione di protocolli operativi (o incontri) con le Direzioni dei Distretti, con le Direzioni Mediche ospedaliere, con le Direzioni dei Dipartimenti e delle Aree Aziendali al fine di ottimizzare la raccolta dei dati necessari per la formulazione dei modelli informativi ministeriali.
9.	Rispetto del vincolo di budget assegnato al fine di ridurre il ricorso al lavoro straordinario.
Obiettivi Qualitativi	
10.	Rispetto della normativa vigente, degli standard e delle disposizioni regionali in materia di Sanità elettronica ed alimentazione dei flussi informativi regionali.
11.	Flussi NSIS

12 giugno 2015 ore 12,30

Controllo di Gestione e Sistema Informativo Aziendale (S.I.A.)

- Servizio Controllo di Gestione e S.I.A. Foggia;

Durante l'incontro non sono state rilevate criticità relative al servizio ed il Comitato di budget ha attribuito gli obiettivi quantitativi e qualitativi di seguito riportati:

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Servizio Controllo di Gestione e S.I.A.	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Presentazione trimestrale alla Direzione Strategica di una relazione aggiornata sullo stato di avanzamento del Budget e sul conseguimento degli obiettivi negoziati con le strutture aziendali.
2.	Predisposizione annuale dell'analisi dei costi e dei ricavi per centro di costo/responsabilità.
3.	Contenimento della spesa nei limiti del budget assegnato annualmente con Deliberazione annuale. Monitoraggio ed analisi trimestrale sullo stato di avanzamento del budget assegnato.
4.	Redazione del nuovo piano dei Centri di Costo.
5.	Potenziamento delle infrastrutture di rete dati-fonia sul resto dell'ASL per consentire anche l'uso in futuro di collegamenti in audio-video.
6.	Estensione/integrazione dell'infrastrutture di rete necessaria per le nuove sedi.
Obiettivi Qualitativi	
7.	Collaborazione con la Direzione Strategica nelle attività di definizione e negoziazione degli obiettivi.
8.	Funzionamento e miglioramento delle procedure informatiche, per quanto di competenza, rispettando tempi e attività che saranno definite nel crono programma per l'effettivo avvio delle singole componenti del nuovo sistema informativo automatizzato.
9.	Dotazione Organica: collaborazione con AGRU e Direzione Strategica per la definizione della nuova Dotazione.
10.	Integrazioni dei sistemi Informativi aziendali con il sistema regionale Edotto.

24 giugno 2015 ore 14,00

Coordinamento attività di Screening

▪ **Centro di Coordinamento Screening Foggia**

All'incontro partecipano anche i Direttori dei Distretti Socio-Sanitari, il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ed il Direttore del Servizio di Pediatria di San Severo.

Il Dirigente Responsabile del Centro illustra lo stato dell'arte delle attività di screening nella ASL FG. Viene riferita la messa a regime dello screening del carcinoma cervico-uterino e del colon-retto.

Per quest'ultimo, la ASL FG fornirà lettori automatici per la rilevazione del sangue occulto.

Si segnala la necessità di intensificare gli inviti per lo screening cervicale, soprattutto per le donne più giovani. A tal fine è stata attivata la mobilità di n. 2 anatomopatologi.

Il Centro aziendale gestisce, di concerto con il Dipartimento di Prevenzione, il pacchetto di vaccinazione antipapilloma virus e lo screening.

Per lo screening mammografico emerge l'impossibilità di stilare il Piano aziendale screening a causa di criticità con i medici specialisti in senologia. Le mammografie da screening, infatti, s'intrecciano con quelle routinarie con aggravio delle liste d'attesa.

Per ridurre il carico ordinario delle prestazioni mammografiche, si ritiene opportuno perpetrare una netta distinzione tra le prime visite e le visite di controllo.

Il dott. Carella pone la questione relativa alla **gestione del modello organizzativo per lo screening**, considerata l'esplicita attribuzione della competenza al Dipartimento di Prevenzione, ma l'effettivo svolgimento della funzione da parte del Servizio aziendale di screening, diretto dalla dott.ssa Prato. Infatti, in merito ai ritardi maturati nell'avvio delle attività di screening, la Direzione Generale con nota del 17 marzo 2015, ha richiesto al Dipartimento di Prevenzione una relazione dettagliata.

Il dott. Carella, pertanto, evidenzia che una nota regionale del Servizio P.A.T.P. chiarisce i ruoli e le competenze relativamente alle chiamate per gli screening e all'intera gestione del Piano aziendale, con riferimento alla DGR 2255/2014, che è in capo al Dipartimento di Prevenzione. La stessa nota richiama l'Azienda, inadempiente rispetto all'adozione del Piano aziendale per lo screening.

Al fine di superare tale criticità è stato proposto che il Servizio aziendale di screening, che ad oggi di fatto gestisce i programmi, venga incardinato all'interno del Dipartimento di Prevenzione, nelle more dell'adozione dell'Atto aziendale. In tal modo, il Piano potrà essere licenziato.

Per poter incrementare le attività di screening sono state proposte le seguenti soluzioni:

- il Commissario Straordinario ha ipotizzato la possibilità, anche per le Case di cura private, di partecipare ai percorsi di screening;
- la possibilità di ampliare l'orario della specialistica ambulatoriale, così come previsto dalla Regione;
- reperimento di personale specializzato anche attraverso le deroghe regionali;
- Ottimizzazione del personale interno.

Il Comitato di budget, unitamente alle parti convocate, concorda che il raggiungimento degli obiettivi stabiliti in sede nazionale e regionale (inseriti tra quelli specifici del Dipartimento di Prevenzione) potrà essere perseguito rimuovendo le criticità rivenienti sia dalla mancanza degli strumenti che dal reclutamento di personale con esperienza specifica e dedicati a tali attività. Invita, pertanto, le parti

preposte alle attività di screening a presentare un programma che evidenzi le specifiche criticità di ciascuna attività e le relative soluzioni (stato dell'arte).

Sintesi delle criticità emerse:

- Esecuzione di mammografie in regime di screening;
- Gestione del modello organizzativo per lo screening la cui responsabilità è affidata al Dipartimento di Prevenzione, ma l'effettivo svolgimento della funzione è svolto dal Servizio aziendale di screening;
- Inadempienza della ASL rispetto all'adozione del Piano aziendale per lo screening.

Di seguito si riportano gli obiettivi quantitativi e qualitativi sui quali si è concentrato il processo di negoziazione tra il Comitato di budget e i Responsabili delle Unità Organizzative.

INDICE DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI Coordinamento attività di Screening	
Obiettivi Quantitativi	
1.	Attuazione Programmi di screening: 1) cervice uterina; 2) mammella; 3) colon retto.
2.	Chiamata attiva al test di screening di primo livello in un programma organizzato per: 1) cervice uterina; 2) mammella; 3) colon retto.

Programmazione degli Obiettivi di Equipe

Nel dettaglio, le azioni di miglioramento, gli indicatori e gli standard sono descritti nel **“Piano degli Obiettivi di Equipe” (allegato “B”)**.