

Rapporto di AUTOVALUTAZIONE

Amministratore/Ufficio	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO – SERVIZIO INFORMATIVO AZIENDALE
------------------------	---

PRESENTAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

Tipo di Amministrazione / Settore: Regione Calabria – Azienda Sanitaria Provinciale – Servizio Informativo Aziendale.

Sedi, dislocazione e numero di persone: L'Azienda Sanitaria Provinciale (di seguito ASP) di Catanzaro, è costituita dalla fusione delle due ex Aziende Sanitarie Locali di Catanzaro e di Lamezia Terme, che a seguito della Legge Regionale n. 9 di maggio 2007 divengono unico soggetto giuridico denominato ASP di Catanzaro con sede legale in Catanzaro, alla Via Vinicio Cortese, n°25.

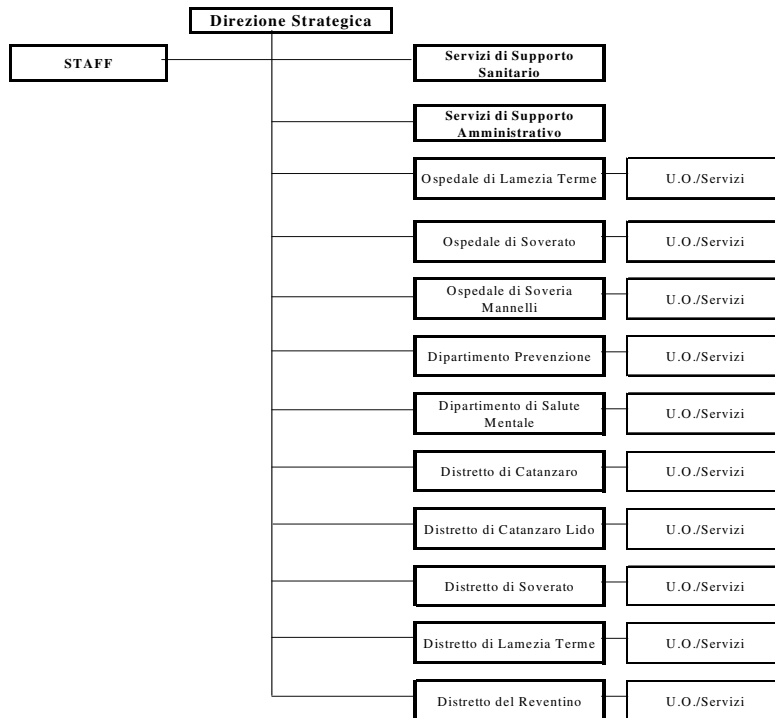
Il Piano di Miglioramento (di seguito PdM) riguarda il Servizio Informativo Aziendale (di seguito SIA), che opera in un'unica sede - diversa dalla sede legale - ubicata in Catanzaro in Viale Pio X (c/o ex 'Villa Mater Dei') ed ha in forza n°5 persone: n°1 dirigente e n°4 collaboratori. Per le competenze ad esso assegnate, il Servizio Informativo opera all'interno dell'ASP quale struttura trasversale che offre il proprio supporto alle altre Unità Operative/Servizi.

Il SIA dell'ASP di Catanzaro si fonda sulle seguenti norme:

- articoli 1,2,3, 10 e 11 D.L. n. 39 del 12 febbraio 1993 e s.m.i. “*Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche a norma dell'art. 2, comma 1 lettera mm) della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- dall'art. 9 del D.lgs.vo. 286/99 “*Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59*”;
- dall'art. 8-octies del D.lgs.vo 502/92 e s.m.i. “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- dall'art. 12 del D.lgs.vo 267/2000 “*Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali*”, art. 50, 51, 52 e 53 del D.P.R. 445/2000 s.m.i. “*Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa. (Testo A)*”;
- Legge Regionale n. 11/2004 “*Piano Sanitario per la Salute*”;
- Ob. 2.9 del “*Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*”;
- Atti d'indirizzo del CNIPA e del Ministero delle comunicazioni.

Organigramma dell'Amministrazione e del Settore partecipante: L'ASP di Catanzaro è dotata di una struttura di organizzazione e funzionamento costituita da:

- Direzione Strategica formata dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario oltre che dal collegio sindacale;
- Servizi di supporto e Staff alla Direzione Strategica;
- dalle strutture ospedaliere: ospedale di “Soverato”, Ospedale di Lamezia Terme, Ospedale di Soveria Mannelli;
- Distretti Sanitari: Catanzaro, Catanzaro Lido, Soverato, Lamezia Terme e del Reventino;
- aree Dipartimentali organizzative: Area Amministrativa, Area Ospedaliera, Area di Prevenzione, Area Territoriale;
- Unità Operative / Servizi.



Il SIA, si pone tra i Servizi di Staff.

Servizi e/o Prodotti erogati dal Settore: Il SIA, come struttura in staff alla direzione aziendale, ha le seguenti funzioni principali:

- la gestione, la manutenzione e lo sviluppo della rete informatica dell'Azienda, hardware e software esterni/interni;
- la realizzazione, di progetti di miglioramento e di gestione delle informazioni sanitarie/amministrative;
- la gestione ed analisi dei flussi informativi sanitari;
- definizione delle specifiche e valutazione dei contenuti derivanti dall'analisi dei processi ICT.

La struttura affiancherà e coadiuverà tutti i servizi dell'Azienda nell'utilizzo delle attrezzature e procedure informatiche, interne ed esterne, ed opererà in stretta sinergia con la direzione strategica, sia nelle fasi della progettazione e della costruzione dei sistemi informativi aziendali ed elaborerà i report che derivano dai flussi di ICT.

Hardware: Rete LAN – Intranet, n°650 postazioni PC, n°625 stampanti formato A4, n°30 stampante formati A4/A3, n°27 multifunzione (fotocopiatrice, stampante, scanner); n°347 stampanti-fax.

Software: Tutti i software per la gestione di procedimenti sanitarie ed amministrativi oltre che Su

piattaforma Windows, tutti gli applicativi Microsoft per videoscrittura (Office), fogli di calcolo (Excel), presentazioni (Power Point).

- Software web-oriented denominato ‘*Wind e-Care*’ per la gestione delle SIM telefoniche aziendali e loro funzioni opzionali.
- Software web-oriented denominato ‘*jSIMoRA*’ (Sistema Informativo Monitoraggio Rischi Antropici) per la gestione delle attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione.
- Software per l’elaborazione della funzione di ottimalità prestazionale

Principali fornitori di prodotti e servizi: Società per l’assistenza nella progettazione ed implementazione del sito web aziendale, oltre che del software *jSIMoRA* sopra descritto.

Altre parti interessate (stakeholder) di riferimento: Unità Operative/Servizi e dipendenti dell’Azienda.

Principali fornitori di prodotti e servizi: Edinform s.p.a. (Lecce) (per il software *jSIMoRA* e l’assistenza al sito web)

Presentazione del processo di autovalutazione svolto

La gestione delle informazioni provenienti dall'erogazione stessa del servizio/prodotto e dalle richieste ed aspettative degli stakeholder interni/esterni, rappresenta l'input al progetto di miglioramento iniziato e concluso nel 2009 ("Misura dei punti di ottimalità delle prestazioni sanitarie").

Da qui, è seguita la scelta di applicare il percorso metodologico e tecnico del modello CAF (Common Assessment Framework) per l'autovalutazione ed il miglioramento delle performances, giungendo, ora, alla conseguente stesura del presente PdM.

Il summenzionato progetto "Misura dei punti di ottimalità delle prestazioni sanitarie", è stato premiato nel 2010 con la Menzione del Ministro Brunetta, nel 'Concorso Premiamo i Risultati'.

Il progetto "PREC@L" - sviluppato con il partner esterno Edinform s.p.a. di Lecce - ha l'obiettivo di costituire lo Sportello Unico della Prevenzione per offrire, attraverso il canale Web, un unico punto di accesso ai servizi informativi del Dipartimento di Prevenzione. Tale progetto ha avuto due importanti riconoscimenti. Il primo in ambito **EIPA** nel concorso EPSA 2009 con la pubblicazione nell'European Public Sector Award 2009 Project Catalogue, all'interno della categoria 'Performance Improvement in Public Service Delivery'. Il secondo all'interno dello **SMAU 2010 - Milano** - come finalista del Premio Innovazione ICT, nella categoria Sanità.

La difficoltà di trasparenza sui report e sui dati trasmessi dall'azienda è stata più volte manifestata dai portatori d'interesse interni/esterni. La reportistica interna non è chiara e comprensibile, spesso riporta dei dati che non risultano ai responsabili delle U.O./servizi. Dalla nostra analisi è emerso che la difficoltà risiede nella lettura dei dati stessi e di come questi possano essere significativi di una misura delle linee di prodotto della U.O./servizio. Difficoltà maggiore si è riscontrata per i portatori d'interesse esterni, vuoi per la difficoltà di comunicazione fruibile sulla gestione complessiva dell'azienda che per l'impossibilità di avere un "numero" che possa esprimere l'ottimalità di una prestazione erogata.

Il gruppo di autovalutazione è uno solo ed è interno al Servizio Informativo Aziendale. Ogni componente ha valutato il Servizio Informativo Aziendale ed il PdM attraverso i punti di forza e le aree da migliorare, attribuendo il relativo punteggio.

Il piano di formazione è stato previsto per ciascun componente del gruppo di AV, partendo dall'approfondimento del CAF attraverso il materiale messo a disposizione del FORMEZ e successivamente applicandolo a casi pratici.

I dati elaborati dell'AV e le correzioni organizzative/gestionali possibili, verranno resi pubblici attraverso i sistemi di comunicazione (internet, congress-conferenze, mass-media, siti istituzionali) a tutti gli attori del SSR.

L'unire l'autovalutazione del modello CAF con l'organizzazione delle prestazioni sanitarie attraverso il punto di ottimalità, ci permetterà evidenziare alcune criticità dei nostri clienti, ad esempio: le vostre richieste di salute sono eccessive, richiedete spesso prestazioni inutili od inappropriate

PUNTI DI FORZA

Il management (direttore e i dirigenti) e il middle management (capi uffici) hanno contribuito alla costruzione del documento contenente la Mission, la Vision e i principali Valori dell'ente

La costruzione del documento "Mission, Vision e carta dei Valori, è avvenuta attraverso un momento di condivisione che ha visto il coinvolgimento non solo dei dirigenti e dei capi uffici, ma anche dei cittadini. Tale coinvolgimento è da considerarsi estremamente positivo, poiché determina un approccio non autoreferenziale nella costruzione del documento.

Mission, Vision e Valori costituiscono elementi fondamentali che hanno sorretto la formulazione dei piani strategici.

Sono stati introdotti strumenti di verifica in merito all'adeguatezza della struttura organizzativa dell'ente in modo da trovare il giusto compromesso tra efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.

I dirigenti di macroarticolazione sono direttamente coinvolti nel processo di diffusione di mission, vision e valori ed obiettivi verso il personale.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Non risultano chiare evidenze in merito ai contributi forniti dai portatori d'interesse e dal personale nella formulazione e nello sviluppo della mission, vision e valori. Non vi sono chiare evidenze circa l'utilizzo di strumenti di monitoraggio tesi alla verifica dell'assimilazione del documento da parte di tutti i dipendenti.

Idee per il miglioramento

Bisogna strutturare meglio la raccolta dei contributi dei cittadini clienti e del personale per la definizione della Missione, Vision e Valori.

Punteggio complessivo autovalutazione (‰): 250 - 275

Critero 1: Leadership
1.1. Orientare l'organizzazione, attraverso lo sviluppo di una missione, una visione e dei valori
Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Critério 1: Leadership

1.1. Orientare l'organizzazione, attraverso lo sviluppo di una missione, una visione e dei valori

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

La mission dell'ASP di Catanzaro è la tutela della salute dei cittadini per assicurare a tutti coloro che ne hanno titolo i livelli uniformi di assistenza nell'area della prevenzione, delle cure primarie, delle attività socio-sanitarie integrate e dei percorsi di cura specialistica ambulatoriale e di ricovero, fruibili attraverso l'accesso alle strutture pubbliche e private accreditate. Ed è proprio questo che è stato tenuto come faro guida nell'applicazione del PdM per la teoria dell'ottimalità prestazionale

PUNTI DI FORZA

L'Azienda ha sviluppato le proprie strategie e gli obiettivi per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini e nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali, questo consente di favorire la "leadership condivisa" sulle erogazioni e processi socio-sanitari con tutti gli altri soggetti operano sulla tutela della salute dei cittadini utenti. Questo viene anche previsto nel regolamento aziendale, dove le U.O. complesse e le macroarticolazioni hanno ben strutturato il processo delle erogazioni sanitarie/amministrative. Si è approvato di concerto con le OO.SS. il sistema verifica e misura del raggiungimento degli obiettivi e delle performance attraverso il PdM dell'ottimalità prestazionale. Questo ci consente di gestire e tenere sotto controllo il raggiungimento degli obiettivi strategici, fornendo degli input per la modifica e revisione dell'organizzazione e delle strategie aziendali. Il tutto grazie all'adeguato sistema informativo che consente anche di effettuare verifiche di audit.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre diffondere maggiormente il livello del TQM, attraverso l'introduzione dei "Circoli di Qualità" costituiti da personale medico, infermieristico e tecnico.

Idee per il miglioramento

Valutare e verificare i bisogni e le aspettative dei differenti stakeholder al fine di bilanciare i servizi socio- sanitari offerto con le aspettative. Questo lo sipotrà ottenere implementando una diffusa ricerca epidemiologica.

Evidenze

La "missione" dell'azienda può pertanto definirsi non solo "essere" ma "dover essere", nell'ottica di tutela e miglioramento della salute dei cittadini come diritto fondamentale dell'individuo attraverso la garanzia di prestazioni sanitarie appropriate, migliorando la qualità della vita e la qualità dell'assistenza socio-sanitaria attraverso l'orientamento alla persona e l'integrazione tra i servizi, valorizzando e sviluppando il proprio patrimonio di competenze professionali, in un quadro di complessivo equilibrio economico compatibile con le finalità pubbliche dell'azienda.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

1.2 Sviluppare e implementare un sistema di gestione dell'organizzazione, delle sue performance e del cambiamento

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10				11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"				"				"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			

Criterio 1: Leadership

1.2 *Sviluppare e implementare un sistema di gestione dell'organizzazione, delle sue performance e del cambiamento*

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

L'obiettivo principale dell'azienda sanitaria attraverso l'azione del PdM proposto dal SIA garantire ed assicurare per i cittadini utenti del SSN la soddisfazione dei bisogni sanitari garantendo i livelli uniformi assistenziali relativamente a:

1. assistenza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

I principi di efficacia, efficienza ed economicità si ottengono con l'organizzazione aziendale delle risorse umane, economiche e strumentali, in rapporto alla complessità dell'azienda ed in funzione delle prestazioni che la stessa eroga tramite le proprie strutture.

PUNTI DI FORZA

All'interno del Servizio Informativo Aziendale, sin dal 1996, ci si è dotati di un sistema di valutazione delle prestazioni erogate; lo stesso sistema è stato esteso alle altre articolazione dell'azienda ed utilizzato non solo come mero strumento di verifica dei risultati, ma anche come strumento a supporto dei Dirigenti per correggere la propria azione e ripensare alla propria leadership; il tutto nell'ottica di un continuo miglioramento dell'azione sanitaria/amministrativa. Gli obiettivi o i progetti, di rilevanza interfunzionale tra diverse U.O./servizi, vengono misurati all'interno della metodologia proposta dal PdM del Servizio Informativo Aziendale.

E' stata implementata una formazione diffusa per istruire il personale alle metodologie e criteri per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Servizio Informativo Aziendale, anche attraverso le deleghe assegnate dal dirigente all'interno degli obiettivi intersettoriali.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Nonostante la disponibilità all'ascolto diffuso da parte del Direttore, occorrerebbe strutturare e standardizzare una migliore gestione dei principali problemi e i bisogni dei dipendenti. Il tutto potrebbe avvenire attraverso il feedback costruttivo da parte dei dipendenti, con particolare riferimento a qualche idee volte al cambiamento e/o all'innovazione proposta.

Idee per il miglioramento

Strutturare un data base delle proposte e dei bisogni dei dipendenti attraverso una standardizzazione delle esigenze espresse.

Evidenze

Attraverso L'autonomia gestionale il SIA ha il potere di determinare in via autonoma gli obiettivi dell'azione, programmare le attività da compiere, definire le modalità di svolgimento delle attività, provvedere all'allocazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie, in relazione agli obiettivi ed ai programmi, determinare l'organizzazione del lavoro, procedere al conferimento dei poteri e all'attribuzione delle connesse responsabilità, controllare l'andamento della gestione, verificare i risultati conseguiti

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

1.3 Motivare e supportare il personale dell'organizzazione e agire come modello di ruolo

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
	Punteggio PLAN	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il disegno organizzativo e di motivazione del personale del SIA si basa fondamentalmente su tre elementi sostanziali:

- 1) una struttura organizzativa snella con un numero limitato di livelli di catena-comando
- 2) una struttura che presuppone ampia delega delle responsabilità e quindi dei poteri e sviluppo ed innovazione per l'utilizzo di sistemi operativi sui processi e controllo responsabilizzanti sui risultati raggiunti a fronte dell'uso delle risorse utilizzate;
- 3) una alta visione con l'orientamento organizzativo ai bisogni dell'utenza e la consapevolezza della propria missione, tradotta in forza motivante e distintiva.

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale ha avviato una proficua attività di partnership, attraverso la condivisione di percorsi informativi, con altre aziende sanitarie della regione e fuori regione (riuso software concesso all'ASL dell'Aquila ed alla USL BAT di Bari) . Inoltre vi sono dei partenariati con società esterne.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Le partnership pur costituendo un'ottimo momento di confronto e scambio di buone pratiche, non sempre queste possono essere mutate all'interno dell'azienda.

Idee per il miglioramento

Evidenze

Il SIA con l'impostazione di direzione allargata, frutto anche delle continue riunioni, è caratterizzata da una grande coesione tra i suoi componenti; tale coesione è da intendersi come risorsa finalizzata all'efficacia della funzione direzionale per il raggiungimento degli obiettivi erogativi sui bisogni di salute richiesti dai clienti.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 25 -35

1.4 Gestire i rapporti con i politici e gli altri portatori di interesse al fine di assicurare la condivisione delle responsabilità

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50			51 - 70			71 - 90			91 - 100						
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"			"			"			"						
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"			"			"			"						
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"			"			"			"						
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"			"			"			"						
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"			"			"			"						
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"			"			"			"						
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"			"			"			"						
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Critério 1: Leadership

1.4 Gestire i rapporti con i politici e gli altri portatori di interesse al fine di assicurare la condivisione delle responsabilità

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Secondo le Linee di indirizzo della Regione Calabria, richiamate nel Piano di Rientro del deficit sanitario, il ruolo che l'ASP di Catanzaro é chiamata a ricoprire è quello di garante del cittadino ed erogatore/acquirente delle prestazioni attraverso il rafforzamento della funzione di programmazione, erogazione, acquisto, vigilanza e controllo delle attività sanitarie e socio-sanitarie. In tal senso il SIA garantisce il governo di un sistema a rete che, in termini quali-quantitativi appropriati rispetto alle risorse disponibili e per mezzo dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, concorre a garantire il benessere della popolazione.

PUNTI DI FORZA

Sono stati individuati i portatori d'interesse sia interni all'azienda nella diversità dei loro ruoli e professionalità, sia quelli esterni ad essa, a partire dai soggetti istituzionali, attraverso associazioni, organismi e gruppi rappresentativi delle varie voci della società, fino al singolo cittadino.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre meglio definire un sistema organico d'identificazione dei portatori d'interesse, attraverso un approccio sistematico e strutturato d'ascolto che possa costituire una metodologia di raccolta complessiva delle esigenze. Questo potrebbe costituire un'analisi sistematica sia delle eccellenze che delle mancanze interne del Servizio Informativo.

Idee per il miglioramento

Evidenze

La raccolta, l'elaborazione e la restituzione delle informazioni strutturate in report ed analisi specifiche, supportano le azioni manageriali di programmazione, gestione e controllo, integrate da un monitoraggio epidemiologico che si completa nell'analisi dei bisogni e della domanda espressa, nonché nella valutazione delle prestazioni erogate.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 30 -40

Critero 2: Politiche e strategie

2.1. Raccogliere informazioni relative ai bisogni presenti e futuri dei portatori di interesse

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Criterio 2: Politiche e strategie

2.1. Raccogliere informazioni relative ai bisogni presenti e futuri dei portatori di interesse

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

La prima necessità che si palesa in una corretta strategia aziendale è la conoscenza oggettiva ed oggettivabile dei dati, intesa non come mera raccolta ed elaborazione ma come indicatore di monitoraggio continuo sul corretto utilizzo delle risorse per il corretto soddisfacimento delle aspettative degli stakeholder. In questo l'ausilio del PdM impostato dal SIA costituisce l'elemento principale nella raccolta delle informazioni utili a conoscere le esigenze dei portatori d'interesse.

PUNTI DI FORZA

L'attività interna del Servizio Informativo Aziendale è stata impostata sulla base della missione dell'organizzazione e degli obiettivi indicati dagli strumenti di pianificazione strategica, stabilendo uno stretto rapporto di corrispondenza tra la pianificazione strategica e le U.O./servizi attraverso il punto dell'ottimalità prestazionale correlandolo anche alla programmazione economico-finanziaria prevista dalla legge. Il Rapporto annuale sul PdM e gestione costituisce la sintesi dell'analisi dei dati raccolti trimestralmente, evidenziando un controllo sugli obiettivi in itinere.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Sarebbe opportuno investire delle risorse economiche per implementare il meccanismo di analisi e diffusione, per il raggiungimento degli obiettivi assegnati alle varie U.O./servizi. Questo permetterà di diffondere il PdM per tutte le strutture dell'azienda.

Nel PdM sarebbe opportuno inserire un'analisi dei rischi e delle opportunità, anche al fine di identificare i fattori critici di successo, attraverso la regolare valutazione dei fattori che agiscono sul contesto generale dell'organizzazione.

Idee per il miglioramento

Evidenze

Dalle analisi dei clienti emergono diversi bisogni differenti in funzione dell'età e delle patologie anche per fasce di età.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

2.2 Sviluppare, rivedere e aggiornare politiche e strategie tenendo in considerazione i bisogni dei portatori di interesse e le risorse disponibili

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Critero 2: Politiche e strategie

2.2 *Sviluppare, rivedere e aggiornare politiche e strategie tenendo in considerazione i bisogni dei portatori di interesse e le risorse disponibili*

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il sistema della misurazione dell'ottimalità implementato nel SIA permette all' ASP di verificare le performance erogative a partire dall'analisi dei bisogni uniformando i dati provenienti dagli stakeholder in termini di soddisfacimento dei bisogni.

PUNTI DI FORZA

Ogni processo sottoposto alla misura dell'ottimalità, viene disaggregato in unità misurabili, per ciascuna delle quali vengono individuati gli interlocutori e gli stakeholder, misurando in termini quali-quantitativi le loro aspettative, la loro posizione e le aspettative. Nella pianificazione strategica del Servizio Informativo Aziendale vengono individuati i processi-chiave ed i relativi stakeholder attraverso delle dinamiche partecipative che vengono, consegnati alla responsabilità dei singoli dirigenti, che ne rispondono in fase di rendicontazione e di valutazione dei risultati.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre migliorare il collegamento tra l'individuazione dei processi ed i compiti assegnati a ciascun dirigente di struttura complessa, attraverso una corretta interazione tra le responsabilità specifiche dei singoli attori interessati dal processo.

Idee per il miglioramento

Nel progetto di ottimalità i dirigenti ed il personale dell'ASP possono governare il bisogno di salute e l'appropriatezza erogativa prevedendo ricoveri limitati alle patologie richiedenti effettivamente assistenza ospedaliera e comunque il periodo di degenza dev'essere rapportato a reali esigenze diagnostico-terapeutiche del paziente.

Evidenze

L'analisi dei dati in nostro possesso ci indicano che occorre aumentare la produttività erogativa delle strutture e del personale, incentivare il percorso diagnostico con il ricorso a tecnologie efficaci, coordinare l'attività degli ospedali con i servizi sanitari esistenti sul territorio ed integrare compiutamente il percorso sanitario con quello sociale. Incrementare la produttività vuol dire anche contenere, se non eliminare, le liste di attesa, disciplinando razionalmente anche l'attività libero-professionale dei medici all'interno ed all'esterno degli ospedali.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 15 -25

2.3 Implementare le strategie e le politiche nell'intera organizzazione

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10				11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"				"				"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			



Critero 2: Politiche e strategie

2.3 Implementare le strategie e le politiche nell'intera organizzazione

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

I requisiti del nostro sistema informativo consente di monitorare ed acquisire dati di performance e di valutazione d'impatto secondo i requisiti delineati dall'art. 4 del D.Lg.vo n. 286 del 1999 e ribaditi da D.Lg.vo 150/2009. Gli strumenti operativi che consentono di dare attuazione ai principi su cui si basa il modello della gestione dell'ottimalità prestazionale sono costituiti dal budget, dalla pianificazione strategica, dal sistema organizzativo e dalla verifica e controllo.

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale attua e porta avanti progetti innovativi che hanno portato l'ASP di Catanzaro a livelli di eccellenza. Nell'ottica di misurarsi attraverso il confronto con i migliori in campo nazionale ed europeo, il Servizio Informativo ha ottenuto l'importante attribuzione della MENZIONE nell'ambito del Concorso Premiamo i Risultati conferita dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e Innovazione Renato Brunetta per il piano di miglioramento gestionale attuato nell'anno 2009 che prevede una valutazione delle prestazioni erogate attraverso una funzione di ottimalità. Inoltre, sempre nel 2009, il sistema Si.Mo.R.A. è stato inserito nelle eccellenze da parte dell'EIPA (European Institute of Public Administration) nell'ambito dell'EPSA 2009 (European Public Sector Award ("Premio Europeo del Settore Pubblico")). Anche quest'importantissimo riconoscimento ha permesso alla nostra azienda di essere l'unica in campo europeo ad avere un sistema informativo nell'ambito del dipartimento di prevenzione che garantisce la tracciabilità degli atti e la verifica sui tempi di esecuzione della pratica sanitaria.

Sul sito <http://www.accademiapa.it/i-partecipanti/> sono stati inseriti i contributi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere che mirano ad ottenere la definizione dei processi organizzativi, clinici e gestionali per semplificare e rendere più trasparenti e facilmente accessibili ai cittadini i servizi e le prestazioni sanitarie, evitando sprechi di tempo e di denaro pubblico, attraverso il processo di reingegnerizzazione con le nuove tecnologie ICT. In quest'interessantissima ottica il Servizio Informativo Aziendale ha partecipato alla selezione dei migliori progetti che, in questo caso non ci ha visto tra i vincitori, ma il contributo è stato pubblicato sul sito sopra detto, ancora una volta siamo stati l'UNICA AZIENDA della Calabria a concorrere.

Attualmente il Servizio Informativo Aziendale sta partecipando all'iniziativa MISURA PA varata dal Ministero per la Pubblica Innovazione e l'Innovazione, sperimentando degli indicatori di verifica delle performance in ambito sanitario e proponendo in tale ambito anche la metodologia del FRAUD AUDIT (verifica delle frodi/corruzione nella PA attraverso l'adozione dell'algoritmo di analisi con la "Legge di Benford").

Il Servizio Informativo Aziendale ottiene un altro importante riconoscimento nell'ambito dello SMAU 2010 di Milano. Il progetto premiato tra i finalisti della 2ª Edizione del Premio Innovazione ICT nell'ambito delle migliori pratiche e progetti di integrazione informativa e comunicativa, ha per tema il "Migliorare la collaborazione tra i dipendenti e l'efficienza dei processi sanitari attraverso un'innovativa piattaforma di collaborazione aziendale"

Infine per il 2010/2011 il Servizio Informativo Aziendale è stato selezionato per partecipare al PREMIO QUALITA' PP.AA. III edizione 2010/2011 promosso dal Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione, che mira a riconoscere e valorizzare nelle organizzazioni pubbliche italiane l'adozione di modalità di gestione che tendono all'eccellenza, attraverso la pratica sistematica dell'autovalutazione e del miglioramento pianificato e continuo con il metodo CAF (Common Assessment Framework)

Tutte queste costituiscono occasioni da cui si attinge per identificare le opportunità di innovazione e di condivisione nonché di riesame delle strategie e dei risultati, attraverso un sistema di confronto con le migliori pratiche nella PA ed in sanità.

AREE DI MIGLIORAMENTO

E' necessario fare ancora meglio nel campo della modernizzazione e revisione delle pratiche adottate nel Servizio Informativo Aziendale.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 25 -35

2.4 Pianificare, attuare e rivedere le attività per la modernizzazione e l'innovazione

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10				11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"				"				"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			

Critero 2: Politiche e strategie

2.4 Pianificare, attuare e rivedere le attività per la modernizzazione e l'innovazione

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il SIA ha sviluppato per l'ASP di Catanzaro una rete territoriale diffusa su 43 siti territoriali di erogazioni di prestazioni sanitari per i tre livelli: prevenzione, distrettuale, ospedaliero. La rete è una intranet/internet con sistemi di sicurezza mutuati dalla tecnologia SPC

La nuova logica di gestione delle aziende appartenenti al SSN ripone il principio generale del suo funzionamento nella corretta gestione dell'informazione. Infatti non serve solo avere la "coscienza" di situazioni all'interno dell'azienda ma occorre avere la "conoscenza oggettivabile" di situazioni aziendali. Questo lo si ottiene tramite una informazione automatizzata. In altri termini conviene avere un flusso d'informazioni dalle varie strutture e sottostrutture aziendali e gestirlo in modo automatizzato per poter misurare, correlare e controllare fenomeni all'interno di una stessa tipologia d'insieme o tra insiemi differenti. Il ritorno e l'utilizzo di queste informazioni, consente al top management ed management intermedio di avere il "polso" della situazione dell'azienda o della U.O./servizio.

PUNTI DI FORZA

Il Direttore del Servizio Informativo Aziendale all'interno del percorso di budget, assegnato dalla Direzione Strategica aziendale, definite le risorse umane assegnate ai singoli obiettivi, in funzione delle specifiche caratteristiche professionali richieste.

Il personale viene periodicamente formato sulle innovazioni programmate all'interno del servizio, attraverso un processo di crescita continua e di avanzamento di carriera in sintonia con il fabbisogno del servizio stesso.

Viene anche tenuto in debita considerazione le condizioni di orario di lavoro che contribuiscono a realizzare un ragionevole equilibrio tra la vita privata e la vita lavorativa dei dipendenti del servizio.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorrerebbe adottare e standardizzare una metodica d'indagine complessiva sul benessere organizzativo del Servizio Informativo Aziendale.

Idee per il miglioramento

Evidenze

Altro aspetto non meno rilevante nell'ambito della conoscenza informativa è quello atto a fornire informazioni sulla distribuzione dei bisogni reali di salute. L'epidemiologia è un punto nevralgico nella misura dell'eziologia e patogenesi delle malattie e fornisce indicazioni per la gestione, la valutazione e la programmazione dei servizi di prevenzione, cura e controllo.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 30 -40

Criterion 3: Personnel

3.1. Planify, manage and strengthen human resources in a transparent way in line with policies and strategies

Assign the score using the grid for the evaluation of enabling factors

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Critério 3: Personale

3.1. Pianificare, gestire e potenziare le risorse umane in modo trasparente in linea con le politiche e le strategie

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il SIA è in primo luogo il filtro tra l'azienda territoriale e come tale la sua vocazione non è quella di offrire servizi di alta specialità medica e chirurgica, ma è quella di soddisfare, al più alto livello qualitativo possibile e a costi compatibili, prioritariamente la domanda sanitaria di I livello.

Il SIA riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, nella quale intravede il vero capitale della sua dotazione, al di là delle scelte operate nella determinazione della struttura organizzativa al fine di preconstituire i presupposti strutturali, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nelle responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto della formazione e dell'aggiornamento finalizzato. Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della direzione del SIA e si sviluppa nel rispetto della normativa e delle disposizioni nazionali e regionali e dei CCNL, riguarda tutte le componenti professionali operanti.

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale ha strutturato una diffusione capillare degli obiettivi a tutti i dipendenti, attraverso procedure e istruzioni operative con definizione dei compiti e consentono di utilizzare le competenze necessarie per il raggiungimento degli obiettivi stessi. Tutto il personale partecipa sistematicamente alla formazione che l'azienda offre. Inoltre partecipa anche in qualità di docente ai corsi di formazione in tecnologie e strumenti informatici che organizza periodicamente il Servizio Informativo Aziendale. E' stata realizzata un' anagrafe della formazione dove, per ogni dipendente del servizio vengono registrati, sia le ore di partecipazione e la tipologia di corso frequentato.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorrerebbe mettere in maggiore evidenza un'analisi di gap sulle competenze (confronto tra competenza posseduta e competenza richiesta), dalla quale potrà discendere la rilevazione dei fabbisogni formativi e la relativa programmazione degli interventi formativi per colmare questi gap.

Idee per il miglioramento

Occorre migliorare il controllo dal punto di vista dell'utenza finalizzato all'acquisizione delle valutazioni, delle proposte, dei reclami, degli indici di gradimento o di insoddisfazione dei cittadini sulle attività dell'azienda ed alla assunzione delle iniziative opportune o necessarie conseguenti.

Evidenze

Grazie ai nuovi istituti contrattuali il SIA ha rinnovato gli organici, introducendo nuove competenze ed aumentando il valore aggiunto della professionalità.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

3.2. Identificare, sviluppare ed utilizzare le competenze del personale allineando gli obiettivi individuali a quelli dell'organizzazione

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		

Criterio 3: Personale

3.2. Identificare, sviluppare ed utilizzare le competenze del personale allineando gli obiettivi individuali a quelli dell'organizzazione

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

La direzione del SIA coordina, organizza e gestisce le unità di personale e le loro professionalità o funzionali, predisponendo dei programmi di lavoro secondo i principi di flessibilità ai fini del conseguimento degli obiettivi programmati attraverso l'uso razionale ed ottimale delle risorse.

PUNTI DI FORZA

Si rileva la disponibilità del direttore del Servizio Informativo ad ascoltare i propri dipendenti. Ogni mattina il Direttore del Servizio Informativo tiene un briefing con i collaboratori per la pianificazione della giornata lavorativa e per fare il punto sugli obiettivi programmati e le relative comunicazioni per le attività realizzate e risultati raggiunti nell'ambito dei progetti programmati.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre standardizzare maggiormente le idee, con il quale il personale possa realmente fornire il proprio contributo allo sviluppo delle strategie e dei piani di miglioramento del servizio. Sarebbe opportuno sviluppare meglio la disponibilità all'ascolto da parte del Direttore e di come dare risposta all'esigenze dei dipendenti.

Idee per il miglioramento

Evidenze

La metodologia adottata garantisce la massima trasparenza nella individuazione della posizione e del relativo valore economico da assegnare ai dipendenti del SIA.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

3.3. Coinvolgere il personale attraverso lo sviluppo del dialogo e dell'empowerment

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100		
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"				"				"				"				"		
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"				"				"				"				"		
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"				"				"				"				"		
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"				"				"				"				"		
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"				"				"				"				"		
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"				"				"				"				"		
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"				"				"				"				"		
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Criterio 3: Personale

3.3. Coinvolgere il personale attraverso lo sviluppo del dialogo e dell'empowerment

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il personale dell'ASP di Catanzaro, (circa 3500 dipendenti) è distribuito sui presidi territoriali di competenza dell'azienda. Una delle prime difficoltà affrontate è stata quella della comunicazione. Nel 2002-2003 abbiamo avviato il progetto INTERCOMUNIC@, l'iniziativa nata e progettata dal Servizio Informativo Aziendale aveva come obiettivo la diffusione della telefonia mobile e dell'utilizzo di intranet/posta elettronica, per tutti i dipendenti dell'azienda. In tal modo l'interazione tra U.O./servizi e dipendenti è stata evidente fin da subito. I dirigenti possono interloquire con i propri collaboratori anche al di fuori delle strette mura dell'azienda.

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale fa da traino e stimolo per l'azienda ad organizzare partnership orientate all'esecuzione di specifici compiti, ed orientate a sviluppare e attuare progetti congiunti con altre organizzazioni pubbliche e private.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Sarebbe opportuno che l'azienda inviti anche le altre U.O./servizi per identificare partner strategici, e regolamentare come scegliere la tipologia di relazione e come gestire gli accordi di collaborazione, definendo le regole per una buona gestione delle relazioni.

Inoltre bisognerebbe monitorare i risultati del rapporto con i fornitori/partnership ed introdurre regole per il successivo miglioramento.

Idee per il miglioramento

Nel caso del personale del comparto (dipendenti sanitari non dirigenti) come normato dal D.Lgvo. 150/2009 ne corso del 2011, nell'ambito dei sistemi premianti connessi alla qualità della performance inseriremo anche le progressioni economiche (o orizzontali) e quelle di carriera (o verticali).

Evidenze

L'articolo del 150/2009 dettato nella parte sulla meritocrazia stabilisce che, in via di principio, le progressioni nelle Pubbliche amministrazioni devono essere effettuate ricorrendo a personale interno. Grazie a questo normato si riesce a gratificare il personale del SIA.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 30 -40

Critero 4: Partnership e risorse

4.1. Sviluppare e implementare relazioni con i partner chiave

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10				11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"				"				"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			

Critero 4: Partnership e risorse

4.1. *Sviluppare e implementare relazioni con i partner chiave*

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

L'azienda sanitaria ha una popolazione distribuita su ampi territori ed ha una serie diversa di partner strategici: cittadini, istituzioni, società, organizzazioni sindacali, fornitori di beni, fornitori di servizi (case di cura private, aziende ospedaliere), specialisti a contatto, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Farmacie private. Tutti i fornitori dell'ASP di Catanzaro sono funzionali alla garanzia ed al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini. I cittadini ed alcuni partner esterni pubblici e privati sono interlocutori del SIA.

PUNTI DI FORZA

All'interno del processo di miglioramento il Servizio Informativo Aziendale ha attivato un percorso partecipativo che ha visto il coinvolgimento di varie U.O./servizi e macroarticolazioni aziendali. Attraverso il sito aziendale e le mail istituzionali si diffondono le informazioni al proprio personale. Inoltre il materiale e le rivenienze del PdM e le buone pratiche vengono messi a disposizione dei cittadini. Quest'ultimi possono contribuire al controllo delle modalità erogative delle strutture sanitarie.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Nonostante il coinvolgimento dei cittadini attraverso vari canali di comunicazione bisognerebbe strutturare un approccio complessivo anche attraverso un'attivazione di un Forum sul sito WEB

Idee per il miglioramento

Evidenze

Il SIA nella consapevolezza della sua appartenenza al contesto sociale economico e culturale dell'ambito territoriale di suo riferimento, si impegna ad esserne diretta espressione istituzionale mediante l'assunzione di forme partecipative e di correlazione capaci di sensibilizzarsi ai valori, ai bisogni, alle esigenze emergenti ai vari livelli di aggregazione presenti nella società, e di tradurli in iniziativa di offerta di servizio ad essa rispondenti e con essi compatibili, dando senso ed indirizzo alla responsabilità sociale di cui è portatrice.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

4.2. Sviluppare e implementare relazioni con i cittadini/ clienti

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10				11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100	
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"				"				"				"				"				"	
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"				"				"				"				"				"	
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"	
	Punteggio PLAN	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"	
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"				"				"				"				"				"	
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"				"				"				"				"				"	
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"				"				"				"				"				"	
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	



Critero 4: Partnership e risorse

4.2. Sviluppare e implementare relazioni con i cittadini/ clienti

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il SIA orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità del cittadino utente, inteso non solo come destinatario naturale delle prestazioni, ma come interlocutore privilegiato, movente ispiratore e stessa “ragione d’essere” della sua presenza istituzionale, garantendone l’ascolto, la proposta, il controllo anche ai fini di supporto, modifica o integrazione delle attività

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale si è dotato di un sistema di gestione contabile che, partendo dagli indirizzi generali del regolamento di contabilità aziendale permette di gestire le risorse economico-finanziarie delegate al SIA per gli obiettivi strategici di medio e lungo periodo. Il sistema permette di rilevare attraverso i rendiconti i risultati della gestione.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre migliorare l’approccio che partendo dalla definizione degli obiettivi giunge all’allocazione delle risorse. In altri termini un approccio che possa consentire all’individuazione dei fabbisogni finanziari solo dopo aver definito gli obiettivi e le priorità del servizio informativo aziendale.

Idee per il miglioramento

Bisognerebbe modificare la tempistica con la quale si verifica il controllo della gestione economica; in particolare, bisognerebbe produrre dei report per la direzione strategica in corso di esercizio per poter approntare eventuali meccanismi di correzione.

Evidenze

Il SIA nell’esercizio dell’autonomia riconosciuta si propone come interlocutore al servizio delle istituzioni, e si impegna ad attuare le funzioni attribuite alla sua competenza con il coinvolgimento dell’intero sistema aziendale, nel rispetto delle decisioni assunte dagli organi di governo ad essa preordinati e nello spirito di leale collaborazione istituzionale invocato dal PSN come strumento di innovazione partecipativa alla programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

4.3 Gestire le risorse finanziarie

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10				11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100	
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"				"				"				"				"				"	
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"				"				"				"				"				"	
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"	
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"	
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"				"				"				"				"				"	
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"				"				"				"				"				"	
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"				"				"				"				"				"	
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Critério 4: Partnership e risorse

4.3 Gestire le risorse finanziarie

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

L'azienda ASP di Catanzaro ha attribuito alla valutazione economica delle risorse impiegate e dei risultati prodotti una rilevante importanza strategica, anche ai fini della differenziazione delle scelte, soprattutto in presenza di risorse limitate, adottando il sistema di controllo proposto dal SIA articolato su analisi di minimizzazione dei costi, di costo-efficacia, di costo-utilità, di costo-beneficio, attraverso il PdM del progetto di Ottimalità che è finalizzato a contribuire alle decisioni finali, tenendo presenti anche altri criteri di riferimento ispirati dalla missione aziendale. Più in generale l'utilizzo corretto ed integrato delle risorse economiche finanziarie garantiscono la migliore qualificazione possibile della performance assistenziale e con essa la migliore tutela possibile del bisogno dei cittadini utenti

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale utilizza vari canali per veicolare e far circolare al proprio interno le informazioni e conoscenze (circolari, direttive, modulistica, banche dati, WEB, etc.).

Al fine di non integrare il patrimonio di competenze periodicamente il personale del servizio interscambia i ruoli, consentendo un passaggio di conoscenze.

Il Servizio informativo Aziendale si è attivato per garantire e gestire tutte le informazioni e le conoscenze all'interno dell'azienda con l'introduzione di nuove tecnologie ICT che meglio si adattino alle esigenze di gestione dei dati sanitari/amministrativi.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorrerebbe implementare strumenti di Knowledge management.

Idee per il miglioramento

Evidenze

Il piano miglioramento è portato a conoscenza degli interessati della funzione sottoposta a monitoraggio per la verifica della coerenza dei provvedimenti adottati rispetto a disposizioni normative, regolamentari e direttive di indirizzo interne.

Il monitoraggio si sostanzia in report di tipo statistico che segnalano irregolarità ed analisi delle stesse per consentire interventi correttivi delle procedure o delle disposizioni a monte. La differenza con un controllo esterno quale quello del Collegio sindacale consiste nel fatto che quest'ultimo riferisce delle irregolarità all'esterno per interventi sanzionatori, mentre la filosofia sottesa punto di ottimalità è quella di operare in un'ottica di prevenzione degli errori e di assistenza all'organizzazione per ottimizzare ed omogeneizzare progressivamente i comportamenti amministrativi..

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 15 -25

4.4 Gestire le informazioni e la conoscenza

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50			51 - 70			71 - 90			91 - 100						
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"			"			"			"						
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"			"			"			"						
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"			"			"			"						
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"			"			"			"						
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"			"			"			"						
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree			Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree			Evidenze molto forti relative a tutte le aree			Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree						
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"			"			"			"						
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"			"			"			"						
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	



Critero 4: Partnership e risorse

4.4 Gestire le informazioni e la conoscenza

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

La complessità della nostra azienda, oltre alla necessità di introdurre sistemi gestionali efficaci, rende indispensabile l'adozione di strumenti che tengano sotto controllo la qualità dei servizi forniti, ponendo al centro dell'attenzione il cittadino-utente a cui i servizi sono diretti.

A questa necessità si aggiunge l'importanza di far convivere l'aspetto sanitario in senso stretto (monitoraggio della qualità dei servizi erogati) con l'aspetto economico che riguarda invece il governo della spesa sanitaria (monitoraggio dei costi e controllo sulla ripartizione delle risorse nonché la costante verifica della produttività delle risorse impiegate).

PUNTI DI FORZA

La gestione della tecnologia sia all'interno che all'esterno del Servizio Informativo Aziendale viene eseguita con personale del appositamente formato. In particolare si è adottata la tecnologia WEB-Oriented per una serie di software che vanno dall'area della prevenzione (J.Simora) all'area distrettuale (CUP, impegnative, ticket ,ect.).

Le attività di manutenzione dell'hardware (server, PC e periferiche) viene esternalizzata attraverso l'assegnazione dell'appalto a ditte specializzate e qualificate che si trovano logisticamente vicine al punto dove intervenire.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre migliorare l'integrazione tra i sistemi di informatizzazione dell'area amministrativa e quelli dell'area sanitaria. I dati informatici trattati sono tutelati attraverso un sistema di "EDP audit" (detto anche IT audit, ovvero information technology audit, o IS audit information system audit) si identifica l'attività di analisi del processo di elaborazione dei dati, dall'origine del dato, all'archiviazione del risultato dell'elaborazione ed alla sicurezza, finalizzata ad evidenziare gli interventi necessari per garantire che l'elaborazione e la sicurezza sia rispondente a specifiche di progetto.

Idee per il miglioramento

Occorre collegare meglio le attività inerenti l'utilizzo delle tecnologie con gli obiettivi strategici e operativi dell'azienda.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 35 -45

4.5 Gestire la tecnologia

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	



Criterio 4: Partnership e risorse

4.5..Gestisca la tecnologia

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Lo sfruttamento tecnologico ha raggiunto nella nostra azienda un buon livello di diffusività e pervasività, garantendo attraverso l'ICT agli stakeholder interni/esterni un livello di comunicazione ed interazione elevato.

PUNTI DI FORZA

La gestione delle infrastrutture di rete dislocate su circa 25 siti territoriali viene integrata con il processo di gestione delle tecnologie sia per aspetti organizzativi che per gli aspetti di innovazione tecnologica connessi al miglioramento degli impianti di rete e sicurezza informatica.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Sarebbe opportuno che l'azienda bilanci la fruibilità delle strutture decentrate sul territorio con i bisogni e le aspettative degli utenti. Ove non è possibile occorre assicurare un'adeguata accessibilità fisica degli edifici tenendo conto dei bisogni e delle aspettative del personale e dei cittadini/clienti (accesso ai parcheggi o al trasporto pubblico per i disabili).

Idee per il miglioramento

Evidenze

L'uso di Internet e delle Intranet aziendali permette, in ambito ospedaliero di condividere le informazioni sanitarie fra i vari servizi e di aumentare la cooperazione fra i diversi operatori. I servizi, come il laboratorio, possono ricevere le richieste via rete e inserire le risposte ed i referti direttamente in cartella. Il flusso viene automaticamente monitorato: in ogni momento è possibile sapere lo stato di una richiesta. E' possibile ottimizzare il consumo di risorse ed i tempi di risposta. Si possono istituire profili predefiniti per esami di laboratorio o strumentali che ottimizzano il tempo di gestione clinico-diagnostica degli assistiti.

Ciascun reparto ospedaliero ha la possibilità di implementazione della cartella clinica SDO che completa le informazioni provenienti dai servizi e dagli altri reparti (es. consulenze).

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 25 -35

4.6. Gestisca le infrastrutture

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100		
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"		
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"		
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"		
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"		
Punteggio DO		0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"		
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree		
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"		
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"		
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Criterio 4: Partnership e risorse

4.6. Gestisca le infrastrutture

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il cliente dell'ASP di Catanzaro tramite il sistema di CUP può prenotare la richiesta sanitaria su una qualsiasi struttura dell'azienda. La possibilità di muoversi con i servizi pubblici all'interno del territorio garantiscono agli stakeholder il raggiungimento del servizio erogativo richiesto. Inoltre l'apertura dei servizi per due pomeriggi a settimana fino alle 18:00 soddisfa le esigenze dei lavoratori che possono avvalersi di questa fascia oraria. E' naturale che comunque all'interno delle strutture ospedaliere, delle guardie mediche e dei 118 l'erogazione delle prestazioni su richiesta o su emergenza è garantita nelle 24h per 365 giorni all'anno.

PUNTI DI FORZA

Sono stati individuati i tre macro processi che stanno alla base del PdM sulla misura del punto di ottimalità, che sono rilevazione dei costi, rilevazione della produttività struttura delle funzioni di costo, di produttività e sistema per la ricerca del punto di ottimalità.

Attraverso il progetto del punto di ottimalità sono stati coinvolti il personale e i portatori d'interesse esterni nella definizione e nello sviluppo dei processi.

Sono state elaborate le delle opportune relazioni per ogni processo implementato.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre migliorare la prossimità dei livelli erogativi L'ASP di Catanzaro avendo un territorio così vasto non può avere un unico punto di erogazione delle prestazioni sanitarie. Le esigenze di salute della nostra popolazione è di il più vicino ai cittadini. I poli territoriali servono a soddisfare questo bisogno di prestazioni specialistiche (visite, analisi) e preventive (vaccinazioni, veterinaria, igiene).

Idee per il miglioramento

Bisogna stimolare maggiormente la direzione strategica ad assume iniziative di riesame delle U.O./servizi a seguito dei risultati degli indicatori, estrapolati dal punto di ottimalità per poter approntare eventuali azioni correttive.

Evidenze

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 15 -25

Critero 5: Processi

5.1. Identificare, progettare, gestire e migliorare i processi su base sistematica

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio PLAN		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio DO		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"			
Punteggio CHECK		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"			
Punteggio ACT		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Criterio 5: Processi

5.1. Identificare, progettare, gestire e migliorare i processi su base sistematica

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Nel SIA abbiamo individuato e definito i processi strategici in due principali aree:

- processi di area ospedaliera, sono quelli svolti negli ospedali di Lamezia Terme, Soverato e Soveria Mannelli, orientati al recupero di efficienza attraverso l'introduzione del modello organizzativo dipartimentale, l'integrazione e differenziazione delle erogazioni dei tre stabilimenti aziendali, lo sviluppo delle capacità di attrazione, il miglioramento dell'immagine degli ospedali, lo sviluppo della capacità competitiva;
- processi di area territoriale, sono quelli svolti nei distretti, nel dipartimento di salute mentale e nel dipartimento di prevenzione orientati al miglioramento ed alla tutela della salute, attraverso il miglioramento della qualità e della efficienza sanitaria, il potenziamento delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la motivazione e valorizzazione del personale.

PUNTI DI FORZA

Ai portatori d'interesse esterni (pazienti, organizzazione di categoria, organizzazione di difesa e tutela dei pazienti), sarà comunicato il PdM attraverso internet e mass-media la nuova metodologia di gestione introdotta dalla teoria dell'ottimalità e di come questa si tradurrà in miglioramento ed appropriatezza nell'erogazione prestazionale per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini.

A tale scopo la conoscenza delle prestazioni ottimali garantirà la scelta da parte del cittadino delle U.O./servizi che meglio soddisfano i bisogni di salute.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Sarebbe migliorare l'orario di apertura al pubblico dei servizi monitorati dal PdM dell'ottimalità prestazionale, in modo da soddisfare l'esigenza manifestata dai cittadini.

Idee per il miglioramento

Sarebbe necessario pianificare il processo articolandolo in modo integrato e flessibile in fasi successive, attraverso l'individuazione delle aree di bisogno e di domanda, la definizione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale, la valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità, la conseguente attivazione dei programmi di intervento predisposti, il controllo dei risultati conseguiti a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi-risultati.

Evidenze

Analizzando i dati provenienti dalle U.O./servizi che riguardano i processi dividendoli in costi ed in prestazioni, abbiamo ritenuto valevole l'introduzione di metodologia esemplificativa che partendo dall'enorme complessità dei dati trattati nell'azienda sul processo, li potesse riportarli con un sistema di funzioni grafiche ad un valore semplice e facilmente comprensibile da tutti.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 25 -35

5.2 Sviluppare ed erogare servizi e prodotti orientati al cittadino/ cliente

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

Formattato

	ATTRIBUTI	0 - 10				11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100			
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"				"				"				"				"				"			
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio PLAN	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea				Alcune deboli evidenze relative a poche aree				Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree			
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"				"				"				"				"				"			
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"				"				"				"				"				"			
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			
	Punteggio Totale % (Somma/4)	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100			

Criterio 5: Processi

5.2 Sviluppare ed erogare servizi e prodotti orientati al cittadino/ cliente

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

La segnalazione dell'utente è risorsa preziosa per lo studio del miglioramento continuo della qualità pertanto l'azienda la favorisce e la incoraggiata con ogni mezzo ed i SIA collaborare per la ricerca e la messa a punto delle soluzioni e delle strategie di miglioramento derivanti.

PUNTI DI FORZA

L'adozione di progetti innovativi ha sviluppato il confronto con altre organizzazioni a livello nazionale e internazionale ed ha innescato uno scambio di buone pratiche per l'innovazione dei processi.

Il coinvolgimento dei cittadini è sempre al centro di ogni processo attivato dal Servizio Informativo Aziendale, che grazie alla sinergia dell'URP aziendale riesce ad intercettare sia i bisogni che le lamentele sui servizi erogati dall'azienda sanitaria.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorrerebbe monitorati meglio i segnali di cambiamento provenienti dall'interno e dall'esterno anche attraverso di percorsi strutturati di benchmarking per guidare il cambiamenti dell'organizzazione.

Idee per il miglioramento

Il progetto avviato dal SIA per le relazioni cittadino con il Dipartimento di Prevenzione denominato PREC@L, ha l'obiettivo di snellire e velocizzare il coordinamento delle attività svolte dagli operatori adibiti al Dipartimento di Prevenzione e con l'intento di migliorare lo scambio di informazioni con i cittadini, l'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro. Occorre migliorare la riorganizzazione complessiva dei sistemi informativi in dotazione al Dipartimento per rendere pienamente fruibile il progetto.

Evidenze

I cittadini hanno a disposizione sul sito dell'ASP, informative su procedure, allegati domande, certificazioni, autocertificazioni.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 25 -35

5.3 Innovare i processi coinvolgendo i cittadini/clienti

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei fattori abilitanti

ATTRIBUTI		0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100	
PLAN	Gli approcci hanno un chiaro fondamento logico	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono basati sui bisogni e sulle aspettative degli stakeholder	"			"			"				"				"				"	
	Gli approcci e la relativa pianificazione supportano le politiche e le strategie	"			"			"				"				"				"	
	Gli approcci e la relativa pianificazione sono deployed regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"	
	Punteggio PLAN	0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
DO	L'attuazione degli approcci è gestita attraverso processi e responsabilità definite	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	L'attuazione degli approcci è diffusa in modo sistematico nelle parti pertinenti dell'organizzazione	"			"			"				"				"				"	
	Punteggio DO	0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CHECK	Approcci e processi sono monitorati con indicatori e obiettivi appropriati per valutarne l'efficacia	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	Approcci e processi sono rivisti regolarmente nelle aree pertinenti della organizzazione	"			"			"				"				"				"	
	Punteggio CHECK	0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
ACT	A seguito del controllo dei risultati (check) vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento	Nessuna evidenza, o solo qualche idea			Alcune deboli evidenze relative a poche aree			Alcune buone evidenze relative a un numero significativo di aree				Forti evidenze relative alle maggior parte delle aree				Evidenze molto forti relative a tutte le aree				Evidenze eccellenti confrontate con altre organizzazioni, relative a tutte le aree	
	La definizione delle azioni è supportata dalle attività di benchmarking e di apprendimento	"			"			"				"				"				"	
	Le azioni sono diffuse regolarmente nelle parti pertinenti dell'organizz.	"			"			"				"				"				"	
	Punteggio ACT	0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Punteggio Totale % (Somma/4)		0	5	10	15	20	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

Criterio 5: Processi

5.3 *Innovare i processi coinvolgendo i cittadini/clienti*

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Gli utenti dell'ASP di Catanzaro, continuano ad indicare la percezione della qualità e l'innovazione introdotta sia nella semplificazione che nella fruibilità dei processi, attraverso l'invio di reclami, segnalazioni ed encomi. Cresce l'aspettativa negli stakeholder di possibili miglioramenti sollecitati con i reclami.

L'atteggiamento di critica costruttiva è presente nella generalità dei casi, c'è manifestamente intenzione da parte dei cittadini a partecipazione al cambiamento della sanità anche e soprattutto a vantaggio di altri cittadini meno consapevoli ed informati, perché non debbano vivere analoghi disagi.

Si ascolta e si raccoglie lo sgomento e la paura dei cittadini che i servizi sanitari nel dell'ASP di Catanzaro possano subire una battuta di arresto a causa del Piano di Rientro Sanitario a cui è sottoposta la Calabria.

PUNTI DI FORZA

I risultati presentati dal PdM della teoria dell'ottimalità evidenziano come le U.O./Servizi che si attestano nel range dei dati elaborati dal Servizio Informativo Aziendale sono quelli che hanno il miglior gradimento da parte dei cittadini.

In generale vi sono dei dati che dimostrano una percezione sempre sopra le esigenze manifestate dai cittadini.

A partire da tale contesto, in considerazione della complessa articolazione dell'ASP sul piano funzionale e territoriale, abbiamo inserito il piano di miglioramento della teoria dell'ottimalità. Il progetto di autovalutazione intrapreso ha l'obiettivo di gestire i rivenienti della creazione di una comunità virtuale tra operatori sanitari, e tra queste e le espressioni sociali e le utenze, la cui costituzione, gestione e sviluppo sarà facilitata dalla realizzazione di una infrastruttura ICT (Information Communication Technology) a supporto dei servizi di prevenzione, di assistenza di base, specialistica, farmaceutica e altre prestazioni nell'ambito dei servizi territoriali erogati dalla ASP stessa, che sia in grado di assicurare il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'ASP di Catanzaro.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Si dovrebbe agire maggiormente L'Azienda, ha provveduto a disciplinare il controllo di qualità in modo che possa essere esercitato anche direttamente dalle Associazioni di Volontariato o altri organismi di tutela, ovvero di concerto con i medesimi.

Idee per il miglioramento

Occorrerebbe introdurre degli indicatori per misurare l'immagine complessiva dell'azienda, i risultati relativi all'accessibilità (ad es. tempi di apertura e di attesa, cup).

Evidenze

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

Critero 6: Risultati orientati al –cittadino/ cliente
6.1. I risultati della misurazione della soddisfazione del cittadino/cliente

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10	11 - 30	31 - 50	51 - 70	71 - 90	91 - 100
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati	Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/o attività pertinenti	Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti	Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti	Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti	Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti
	Punteggio TREND	0 5 10	15 20 25 30	35 40 45 50	55 60 65 70	75 80 85 90	95 100
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche	Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati	Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati	Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati	Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati	Raggiunti e appropriati per tutti i risultati
	Punteggio OBIETTIVI	0 5 10	15 20 25 30	35 40 45 50	55 60 65 70	75 80 85 90	95 100
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato	Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati	Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato	Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato	Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato	Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato
	Punteggio CONFRONTI	0 5 10	15 20 25 30	35 40 45 50	55 60 65 70	75 80 85 90	95 100
COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche	I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti	I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato	I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato	I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato	I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato	
Punteggio COPERTURA	0 5 10	15 20 25 30	35 40 45 50	55 60 65 70	75 80 85 90	95 100	
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0 5 10	15 20 25 30	35 40 45 50	55 60 65 70	75 80 85 90	95 100

Critero 6: Risultati orientati al –cittadino/ cliente

6.1. I risultati della misurazione della soddisfazione del cittadino/cliente

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il SIA ha analizzato i dati provenienti dalle rilevazioni degli URP e quelli compilati on line sul sito www.asp-catanzaro.it, risulta che , dopo una progressiva flessione dei reclami negli ultimi anni, nel 2009 si ha una crescita mentre resta pressoché stabile la tendenza a porgere encomi. Anche la qualità percepita non risulta buona, evidenziando carenze igieniche e di accoglienza in genere.

PUNTI DI FORZA

Il Servizio ha effettuato monitoraggi degli indicatori relativamente a:

- Accessibilità
- Tempi di attesa
- Confort
- Relazione con il personale
- Qualità dell'assistenza

Si sono divisi gli indicatori per Aree di possibile miglioramento (punti di debolezza del servizio), Area del miglior gradimento (punti di forza del servizio), Autopercezione sull'adeguatezza del servizio e dello stato di benessere.

AREE DI MIGLIORAMENTO

I risultati presentati devono essere meglio agganciati agli obiettivi e/o target prefissati e dovrebbero essere confrontabili con quelli di altre organizzazioni.

Occorre un maggior grado di copertura con stratificazione dei risultati.

Idee per il miglioramento

Occorre stabilire la periodicità della rilevazione per ottenere una maggiore ricaduta sugli obiettivi qualità per consentire una partecipazione dei cittadini utenti.

Evidenze

Nei mesi di Gennaio 2010 è iniziata la Diffusione Comunicativa del progetto di Ottimalità, e di AV CAF, attraverso una serie di incontri con le U.O./servizi e con le organizzazioni di Tutela del Malato e la comunicazione con i cittadini. Si sono somministrati appositi questionari per verificare la “percezione” dell'azienda. Il 65% dei questionari somministrati sono stati correttamente compilati e trasmessi, mentre il 35% non è stato rinviato o vi era un compilazione parziale. Le analisi risultano.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 25 -35

6.2 Gli indicatori di orientamento al cittadino/cliente

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10					11 - 30					31 - 50					51 - 70					71 - 90					91 - 100				
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati					Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/ o attività pertinenti					Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti					Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti					Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti					Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti				
	Punteggio TREND	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100									
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche					Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati					Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati					Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati					Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati					Raggiunti e appropriati per tutti i risultati				
	Punteggio OBIETTIVI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100									
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato					Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati					Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato					Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato					Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato					Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato				
	Punteggio CONFRONTI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100									
	COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche					I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti					I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e dono segmentati quando appropriato					I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e segmentati quando appropriato					I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato					I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				
	Punteggio COPERTURA	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100									
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100									

Criterio 6: Risultati orientati al –cittadino/ cliente

6.2 Gli indicatori di orientamento al cittadino/cliente

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Indicatori immagine complessiva organizzazione sono stati suddivisi per Aree secondo le successive indicazioni: diritto all'accessibilità delle prestazioni, diritto alla prestazione, umanizzazione e diritto alla cortesia, Ambiente e Confort

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale attraverso la misura del Punto di Ottimalità" definisce ed attua indicatori per misurare la tendenza del cittadino/cliente verso il soddisfacimento dei bisogni di salute.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Maggiore diffusione della metodologia coinvolgendo l'intera Azienda nella misura della performance relativamente al punto di ottimalità qualitativo.

Idee per il miglioramento

Occorre inserire degli indicatori riguardanti l'immagine complessiva dell'organizzazione

Evidenze

L'atteggiamento di critica costruttiva è presente nella generalità dei casi, c'è intenzione da parte dei cittadini a partecipazione al cambiamento della sanità anche e soprattutto a vantaggio di altri cittadini meno consapevoli ed informati, perché non debbano vivere analoghi disagi.

Si ascolta e si raccoglie lo sgomento e la paura dei cittadini che i servizi sanitari nel lamentino subiscano una battuta di arresto per la perifericità del territorio, 80 comuni e 43 presidi erogativi.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

Critero 7: Risultati relativi al personale

7.1. I risultati della misurazione della soddisfazione e della motivazione del personale

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10			11 - 30			31 - 50			51 - 70			71 - 90			91 - 100						
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati			Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti						
	Punteggio TREND	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche			Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati			Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati			Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati			Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati			Raggiunti e appropriati per tutti i risultati						
	Punteggio OBIETTIVI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato			Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati			Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato			Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato			Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato			Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato						
	Punteggio CONFRONTI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche			I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti			I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato			I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato			I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato			I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato							
Punteggio COPERTURA	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Criterio 7: Risultati relativi al personale

7.1. I risultati della misurazione della soddisfazione e della motivazione del personale

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

L'ASP di Catanzaro ha una struttura di funzionamento organizzata in forma piramidale, la Direzione Strategica, coadiuvata dalla Tecnostruttura (Staff, Supporto) interagisce solo con le macroarticolazioni; queste a loro volta interagiscono con le U.O. Complesse che infine governano le unità di Linea. Una struttura siffatta poco si presta ad una misura di custom satisfaction, in quanto il percorso che deve fare l'indagine sarebbe mediato da troppi passaggi che potrebbero inficiare il risultato finale.

PUNTI DI FORZA

L'indagine di clima interno al Servizio Informativo Aziendale per l'applicazione del "Sistema di Valutazione della Performance con il punto di ottimalità, ha raggiunto il 90% di soddisfazione complessiva.

Vi è stato altresì il riconoscimento impegno individuale: con risultati positivi del 80% contro 20%.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Con l'applicazione del modello di autovalutazione si potranno impostare delle serie storiche per i risultati relativi alla soddisfazione complessiva. Ed implementando complessivamente la metodica alle altre U.O./servizi si potranno fare dei benchmarking.

Idee per il miglioramento

Occorre riprendere l'indagine conoscitiva relativa al livello di soddisfazione lavorativa, introducendo l'aggettivo che qualifica meglio il proprio lavoro.

Evidenze

Per ovviare alle difficoltà di comunicazione nella "piramide" aziendale si è avviato nel 2009 il progetto INTERCOMUNIC@, nato e sviluppa dal Servizio Informativo Aziendale che permette di rendere l'ASP orizzontale dal punto di vista comunicativo. Questa nuova visione inserita all'interno del progetto di miglioramento del punto di ottimalità ha permesso di raggiungere le U.O./Servizi e misurare la CS all'interno di esse.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 20 -30

7.2 Gli indicatori di risultato del personale

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10			11 - 30				31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100		
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati			Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti		
	Punteggio TREND	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche			Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati				Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per tutti i risultati		
	Punteggio OBIETTIVI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato			Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato				Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato		
	Punteggio CONFRONTI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche			I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti				I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato			
Punteggio COPERTURA	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	

Criterio 7: Risultati relativi al personale

7.2 *Gli indicatori di risultato del personale*

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

I lavoratori sono sottoposti periodicamente alle visite del medico competente, o anche a richiesta nel caso di eventuali problemi, infortuni o altro derivanti da cause di lavoro.

La formazione del personale ha rappresentato uno dei momenti più importanti della nostra azienda. Un personale aggiornato, sia sulle metodiche innovative in campo sanitario, sia sulla gestione dell'organizzazione nella quale si trova ad operare, rappresenta un patrimonio prezioso per L'ASP di Catanzaro. I programmi di formazione sono personalizzati ed omogeneizzati in funzione delle richieste pervenute dalla macroarticolazioni ed i bisogni espressi dai singoli e dalle organizzazioni sindacali.

Questi sono stati i benefici attesi da tutto il personale del SIA

PUNTI DI FORZA

I dati di mostrano una migliore attenzione alla performance dei dipendenti, allo sviluppo delle competenze e la partecipazione nel progetto di ottimalità.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Anche in questo caso occorrerebbe un confronto con le altre U.O./servizi anche rispetto a target e/o obiettivi da raggiungere.

Idee per il miglioramento

Evidenze

La direzione strategica, nonostante i continui cambiamenti di vertice (negli ultimi 5 anni si sono succeduti circa 7 tra Direttori Generali o Commissari Straordinari) ha sempre mantenuto un dialogo con i dipendenti, sia per l'ascolto di problemi che per eventuali suggerimenti sull'organizzazione. Un grosso aiuto è venuto dall'utilizzo del progetto INTERCOMUNIC@ che attraverso i canali dell'ICT ha favorito lo scambio relazionale con la direzione strategica.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 30 -40

Critero 8: Risultati relativi alla società

8.1. I risultati sociali percepiti dai portatori di interesse

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100		
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati			Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti		
	Punteggio TREND	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche			Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati			Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per tutti i risultati		
	Punteggio OBIETTIVI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato			Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati			Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato				Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato		
	Punteggio CONFRONTI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
TARGET	COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche			I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti			I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato		
	Punteggio COPERTURA	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

Critério 8: Risultati relativi alla società

8.1. I risultati sociali percepiti dai portatori di interesse

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Il Servizio Informativo Aziendale di concerto con l'URP aziendale effettua periodicamente indagini relative alla qualità complessiva percepita dai portatori d'interesse (clienti utenti, associazioni di difesa del malato). I dati trattati (vedi 6.2) rappresentano negli anni la percezione che l'utente ha dell'azienda.

PUNTI DI FORZA

Con la teoria dell'ottimalità possiamo raggiungere importanti risultati sociali per il semplice fatto che il SIA riesce a rendicontare le sue performance legate all'analisi delle prestazioni con il metodo dell'ottimalità.

L'impatto economico che ne deriva, legato all'attività del SIA sulla società è sicuramente in primis legato alla soddisfazione del bisogno di salute evitando gli spostamenti dei portatori d'interesse esterni ed interni.

Per quanto riguarda l'ambiente il SIA ha avviato un progetto chiamato PREFRE offrire, attraverso il canale Web, un unico punto di accesso ai servizi informativi, di comunicazione e di interazione dei cittadini e degli operatori dei diversi Enti, eliminando in tal modo la carta.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorrerebbe una maggiore attenzione da parte dell'intera Azienda attraverso l'analisi di valutazioni:

- l'impatto della performance dell'organizzazione sulla qualità della vita dei cittadini/clienti;
- la reputazione dell'organizzazione;
- l'impatto economico sulla società a livello locale, regionale, nazionale e internazionale;
- l'impatto sulla società relativo alla qualità della partecipazione democratica a livello locale, regionale, nazionale e internazionale;
- il punto di vista dell'opinione pubblica rispetto all'apertura e alla trasparenza dell'organizzazione;
- I comportamenti etici dell'organizzazione;
- l'immagine che i media hanno dell'organizzazione

Idee per il miglioramento

La corretta attività di monitoraggio e misurazione degli interventi deve essere preceduta da una dettagliata attività di progettazione e di programmazione, finalizzata a determinare la migliore strada da intraprendere per posizionare l'organizzazione all'interno della società in cui opera.

Evidenze

Il SIA dalle misure di qualità percepita dell'organizzazione da parte dell'utente, ed introducendo l'elemento del Risk Management (verifica e pianificazione del rischio clinico), ci permetteranno di pianificare le attività di valutazione delle procedure adottate in azienda e di pianificate all'interno dei processi programmi di modifica dei comportamenti o di formazione del personale. I necessari documenti di registrazione delle valutazioni relativi a ciascun processo formativo.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 15 -25

8.2 Gli indicatori della performance sociale dell'organizzazione

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100		
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati			Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti		
	Punteggio TREND	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche			Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati			Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per tutti i risultati		
	Punteggio OBIETTIVI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato			Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati			Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato				Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato		
	Punteggio CONFRONTI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche			I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti			I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato			
Punteggio COPERTURA	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

Critério 8: Risultati relativi alla società

8.2 Gli indicatori della performance sociale dell'organizzazione

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

La performance sociale della nostra azienda sanitaria è stata misurata dal SIA attraverso degli indicatori sanitari-epidemiologici. Occorre fornire ai cittadini una comunicazione costante ed efficace che rappresenta, per la nostra ASP di Catanzaro, un impegno non meno importante di quelli tradizionali di prevenzione, diagnosi e cura. In un momento di passaggio dal “Welfare State” al “Welfare Community” diventa di vitale importanza che il cittadino sia ben informato e consapevole del proprio ruolo attivo nell'adozione di abitudini di vita più sane e nel richiedere interventi sanitari di prevenzione. Non è più lo Stato che distribuisce assistenza e benessere ma la comunità intera partecipa e se ne assume le responsabilità.

PUNTI DI FORZA

In linea con il progetto di ottimalità delle prestazioni sanitarie, il SIA ha incrementato la propria attività di comunicazione e informazione, allo scopo di dare ai cittadini il diritto di essere informati rispetto ai servizi e alle prestazioni erogate dall'ASP di Catanzaro. Gli strumenti posti in atto sono basati sulla fiducia reciproca e sulla trasparenza, allo scopo di costruire un legame con i propri interlocutori di riferimento; sono stati realizzati dei comunicati stampa sui progetti ed evidenze sociali fatte dal Servizio Informativo Aziendale. Anche il sito internet www.asp-catanzaro.it è stato utilizzato per la diffusione delle informazioni e si è misurato il numero di collegamenti effettuati.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Anche se il Servizio Informativo Aziendale ha ottenuto buoni risultati in diverse aree, occorre migliorare le evidenze su obiettivi, target e confronto in riferimento a: sostegno ai cittadini socialmente svantaggiati, sostegno a progetti di sviluppo internazionali, sostegno all'impegno civico dei cittadini/clienti e del personale, scambio produttivo di conoscenze e informazioni con altri soggetti, programmi per tutelare i cittadini/clienti e il personale da rischi per la salute e incidenti.

Idee per il miglioramento

Poiché è stato ormai dimostrato ampiamente che le disuguaglianze sociali si manifestano come uno dei più importanti determinanti delle differenze di mortalità e di salute nella popolazione, non si può non cercare di contrastare i loro meccanismi di generazione. Se la povertà dell'informazione disponibile ha una responsabilità in tale fenomeno, il proposito degli operatori sanitari dell'ASP di Catanzaro è di apportare il contributo maggiore possibile in termini di salute nella realtà territoriale. Compito peculiare dell'azienda sanitaria è lo studio e l'individuazione di aree di maggiore o minore frequenza di specifici problemi di salute, che premono in modo più o meno consapevole sull'intera società.

Evidenze

Il SIA Nel corso del 2010-2011 ha proposto degli interventi di prevenzione rivolti ad adolescenti e giovani adulti, attraverso una serie di programmi educativi che coinvolgono le scuole di primo e secondo grado, che evidenziano la protezione offerta dall'uso dei caschi e delle cinture di sicurezza, oltre che i rischi associati alla guida sotto gli effetti di alcool e droghe..

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 25 -35

Critero 9: Risultati delle performance chiave

9.1. I risultati esterni: output e outcome riferiti agli obiettivi

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100		
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati			Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti		
	Punteggio TREND	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche			Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati			Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per tutti i risultati		
	Punteggio OBIETTIVI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato			Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati			Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato				Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato		
	Punteggio CONFRONTI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche			I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti			I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato			
Punteggio COPERTURA	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

Critero 9: Risultati delle performance chiave

9.1. I risultati esterni: output e outcome riferiti agli obiettivi

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Nell'ASP di Catanzaro sono attivi tre sistemi di monitoraggio per verificare se l'azione erogativa, svolta dalle U.O./servizi, soddisfa il bisogno di salute del cliente utente, che sono:

- verifica del raggiungimento degli obiettivi consegnati dalla direzione strategica alla macroarticolazione (confrontandolo negli anni);
- misura dei singoli prodotti delle U.O./servizi in termini quantitativi (confronto negli anni);
- applicazione della teoria dell'ottimalità prestazionale per verificare se il singolo servizio prodotto nella U.O./servizio è improntato a criteri di efficienza, economicità, appropriatezza e qualità.

Il trattamento di questa mole di dati avviene all'interno del Servizio Informativo Aziendale, che interfaccia le varie banche dati aziendali ed i dati provenienti dalle U.O./servizi.

PUNTI DI FORZA

Attraverso l'analisi del Punto di Ottimalità si è potuto misurare una serie di indicatori e confrontarli con quelli dei passati anni, in particolare:

1. i ricoveri di peso basso sono, dal 2005, costantemente in calo, mentre i ricoveri di peso alto, sempre dal 2005, sono costantemente in aumento; il calo numerico dei casi trattati, unito all'aumento del peso medio dei DRG (1,13 VS 1,04) conferma la vocazione di servizio di primo e secondo livello così come l'impegno del Piano sanitario in regione Calabria.
2. nel biennio 2008- 2009 sono presenti trend positivi riguardo gli obiettivi di appropriatezza dei ricoveri (tranne che per il presidio "Infantile")
3. nel biennio 2008- 2009, il valore assoluto degli interventi chirurgici (sia in RO sia in DH) risulta in aumento
4. la degenza media ospedaliera dell'Azienda nei 3 presidi presenta un trend in diminuzione (anno 2008-2009)
5. Circa l'80% dei tempi di attesa dei servizi erogati risultano migliori del target regionale
6. Il SIA ha avuto importanti riconoscimenti nazionali ed internazionali
7. Il SIA è stato premiato nel 2009 in Donne Talento e Tecnologia promosso dal Ministro delle Pari Opportunità Mara Carfagna GRAPOD "Graduazione delle Posizioni Dirigenziali". Nel 2010 in DONNE PA siamo stati premiati al FORUM PA per il progetto INTERCOMUNIC@ relativo alla telefonia mobile aziendale vista dal punto delle donne.

AREE DI MIGLIORAMENTO

Occorre migliorare:

gli indicatori di appropriatezza dei ricoveri è in peggioramento la percentuale di ricoveri ordinari sul totale dei DRG medici ad alto rischio di inappropriatazza;
l'indice di attrazione (in diminuzione tra il 2008 e il 2009), indice che indica la quota di popolazione del bacino di riferimento che si affida all'ASP per la cura delle patologie cui è affetta, non permettono di individuare punti di forza e debolezza di singole famiglie di prestazioni / visite.
Maggiore attenzione agli "obiettivi bersaglio" con performance negative rispetto alla media
Monitorare l'andamento di eventi sentinella che possano monitorare l'appropriatezza della dimissione (es rientri post dimissione per prestazione analoga, in periodi finestra definiti)
Bisogna misurare i tempi di attesa in confronto con le altre strutture sanitarie

Idee per il miglioramento

Evidenze

Nella nostra azienda abbiamo impostato una teoria basata sull'ottimalità prestazionale ottenuta dalla minimizzazione dei costi e la massimizzazione dei risultati in termini qualitativi.

Il nostro progetto è stato premiato con la Menzione nell'ambito del concorso "Premiamo i Risultati", del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione.

Analizziamo il costo e la produttività, introducendo due funzioni nelle quali la variabile indipendente x indichi il numero di prodotti, mentre le costanti sono valori di costo o ricavo. La teoria che svilupperemo terrà conto dell'efficienza e dell'efficacia per definire le funzioni costo e di produttività.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 30 -40

9.2 I risultati interni

Attribuire il punteggio utilizzando la griglia per la valutazione dei risultati

Fase	Attributi / Scala	0 - 10			11 - 30			31 - 50				51 - 70				71 - 90				91 - 100		
TREND	I trend sono positivi e/o le performance sono costantemente buone	Nessuna misurazione o indicazioni sporadiche o trend negativi non motivati			Alcuni trend positivi o alcune performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano le aree e/o attività pertinenti			Trend positivi o performance soddisfacenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 40% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance buone negli ultimi 3 anni e che riguardano il 60% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano il 80% circa dei risultati delle aree e/o attività pertinenti				Trend positivi o performance eccellenti negli ultimi 3 anni e che riguardano tutti i risultati delle aree e/o attività pertinenti		
	Punteggio TREND	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
TARGET	OBIETTIVI Gli obiettivi (Target o Risultati attesi) sono stati raggiunti e gli stessi sono stati definiti in modo appropriato.	Non ci sono obiettivi o vengono fornite indicazioni sporadiche			Alcuni obiettivi raggiunti e appropriati			Raggiunti e appropriati per il 40% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 60% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per il 80% circa dei risultati				Raggiunti e appropriati per tutti i risultati		
	Punteggio OBIETTIVI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	CONFRONTI Confronti favorevoli con altre organizzazioni (interne e/o esterne) e scelte in modo appropriato	Nessun confronto o confronti con organizzazioni scelte in modo non appropriato			Confronti non favorevoli o favorevoli per alcuni risultati			Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 25% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 40% dei risultati scelti in modo appropriato				Alcuni confronti favorevoli pari almeno al 60% dei risultati scelti in modo appropriato				Confronti favorevoli per tutti i risultati scelti in modo appropriato		
	Punteggio CONFRONTI	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	COPERTURA I risultati sono relativi alle aree pertinenti ed eventualmente segmentati quando appropriato.	Nessun risultato o indicazioni sporadiche			I risultati riguardano il 20% delle aree e/o attività pertinenti			I risultati riguardano il 40% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 60% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano il 80% delle aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato				I risultati riguardano tutte le aree e/o attività pertinenti e sono segmentati quando appropriato		
	Punteggio COPERTURA	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Punteggio Totale % (Somma / 4)		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

Criterio 9: Risultati delle performance chiave

9.2 I risultati interni

SINTESI COMPLESSIVA DEL SOTTOCRITERIO

Abbiamo cercato di coinvolgere tutti i portatori d'interesse che si possono dividere in tre categorie: Clienti dell'Azienda, Associazioni di Difesa ed Organizzazioni Sindacali, Istituzioni (Comuni, Regione, PA) e le Strutture Sanitarie Private. Tutti gli stakeholder sono stati coinvolti nelle seguenti iniziative del SIA.

PUNTI DI FORZA

Il Servizio Informativo Aziendale ha mantenuto il budget assegnato entro i limiti di quanto concordato con la direzione generale.

AREE DA MIGLIORARE

Occorre misurare dati di valorizzazione economica scaturenti dalle attività di controllo interno ed esterno sui DRG (es scostamenti, rapporti e andamenti tra valore economico dei DRG erogati, DRG rendicontati, DRG riconosciuti dalla Regione)

Idee per il miglioramento

Evidenze

Fin dal 1996 il SIA si è occupato della diffusione dell'informatica a tutti i livelli dell'azienda. Inizialmente, per motivi legati al controllo, si sono effettuati investimenti in ambito amministrativo (informatizzazione di contabilità, personale, gestione documentale, concorsi, etc); successivamente si è informatizzata la parte sanitaria. Tutti gli edifici dove sono ubicati i servizi dell'ASP di Catanzaro sono cablati con una rete intranet/internet. Nel corso degli anni si è investito anche nell'aggiornamento continuo dei PC e dei server, oggi il 96% dei PC presenti in azienda ha il sistema operativo Windows XP o Windows 7. Ogni anno, con la collaborazione del SIA, l'azienda forma ed aggiorna gruppi di dipendenti sulle nuove acquisizioni informatiche, software ed hardware.

Punteggio

Punteggio complessivo (in fasce % di 10 in 10): 30 -40