	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta attività/Progetto Attività aziendali a pagamento	Allegato 1 PA.DS. 02	0	1 di 8

Proposta attività/Progetto

Descrizione del Documento

1 Scopo

Sul documento viene evidenziato il rationale della Proposta/Progetto e viene messa in evidenza la motivazione che origina il progetto (ad es. Obiettivi strategici o esigenze di erogazione servizi, ecc); descrive le risorse necessarie, propone il responsabile del programma o il referente delle attività in convenzione.

A seguito della valutazione della Commissione, il documento, opportunamente approvato rappresenta l'autorizzazione a procedere con gli atti amministrativi conseguenti (delibera).

2 Come si usa

In esso devono essere chiaramente definiti il rationale della proposta, i confini all'interno dei quali verrà svolta, l'obiettivo e la tempistica associata,


Solo quando il documento sarà stato completato ed approvato potrà essere avviata la realizzazione.

3 Best Practice

Il documento deve essere sviluppato in maniera cooperativa da tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione della proposta di progetto e condiviso con i Direttori delle strutture interessate

4 Posizionamento nel ciclo di gestione delle richieste

Il documento si usa nella fase di proposta di valutazione da parte della Commissione e deve includere tutte le valutazioni effettuate per tradurre una richiesta/esigenza in un programma/convenzione formale.

	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta attività/Progetto Attività aziendali a pagamento	Allegato 1 PA.DS. 02	0	2 di 8

Proposta

[Struttura interessata proponente

[Nome del Programma / Titolo della convenzione]

1. Descrizione generale

1.1. Descrizione della Proposta e contesto assistenziale/normativo

Fornire una descrizione complessiva della proposta indicando a grandi linee chi e per quale motivazione ha manifestato la necessità/opportunità di attivazione del programma/convenzione, la coerenza del progetto con scenari strategici Aziendali complessivi, le possibili alternative, ecc..

Fornire una descrizione della situazione attuale, di precedenti programma/convenzione, attività o decisioni prese che possono essere rilevanti al fine di comprendere la proposta.

Riportare i riferimenti a supporto della proposte : letteratura scientifica , normativa, esperienze di altre realtà regionali/nazionali, ecc

1.2. Obiettivi

In questa sezione deve essere indicato lo scopo strategico della richiesta, ovvero il motivo che porta all'avvio dell'attività, ad es. erogare nuove prestazioni, attivare nuovi processi, ottimizzare dei percorsi, adeguarsi a normative, correggere delle inefficienze ecc.


Descrivere in breve cosa verrà prodotto come risultato del progetto (esempio: abbattimento delle liste di attesa, completamento di un percorso, superamento di una criticità, utile aziendale, ecc, ecc..). Indicare in questa sezione ogni out-come quantificabile e non, che il progetto si propone di ottenere

1.3. Contesto

Indicare il contesto della proposta/progetto identificando i limiti del raggio di azione in maniera anche schematica. Deve essere chiaro cosa è considerato all'interno del progetto e cosa non lo è.

In particolare evidenziare quali processi sono coinvolti dal progetto e quali non lo sono.

Il Progetto Include
Il Progetto Esclude

	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta attività/Progetto Attività aziendali a pagamento	Allegato 1 PA.DS. 02	0	3 di 8

1.4. Finanziamento

Indicare una stima anche approssimata del costo totale di progetto, individuando eventualmente anche l'ambito di copertura economica del progetto (ad.es. fondi regionali finalizzati, capitoli di spesa già aperti, ecc..), fermi restando i vincoli enunciati al punto 2

1.5. Prestazione/servizio da erogare

Riportare il nome e la descrizione della prestazione o servizio oggetto della proposta di progetto, compresa l'eventuale codifica da nomenclatori regionali o nazionali.

Per prestazioni non codificate nei nomenclatori, riportare una descrizione puntuale ed esaustiva al fine di procedere alla verifica nel nomenclatore aziendale ed al suo eventuale inserimento a cura della struttura SOS CUP.

Codice	Descrizione	Tempistica

1.6. Accesso al Servizio

Definire l'accesso proposto:

- 1.6.1. Sistema di prenotazione CUP
 - 1.6.1.1. prenotazione e rendicontazione CUP
 - 1.6.1.2. solo rendicontazione CUP
- 1.6.2. Altro (Descrivere le modalità di registrazione delle attività erogate)

1.7. Fruttori

Descrivere a chi è destinata la prestazione/servizio

1.8. Sedi e modalità di erogazione

Descrivere la sede di erogazione, gli strumenti necessari e altre informazioni utili ad identificare i costi ed i bisogni organizzativi

1.9. Strumenti di supporto all'erogazione

Indicare eventuali farmaci, apparecchiature elettromedicali... attrezzature e mezzi di trasporto necessari per l'erogazione, descrizione, provenienza, proprietà...


1.10. Personale erogante -modalità di erogazione:

- Fuori orario di servizio
- In orario di servizio con successivo scorporo del tempo lavoro dedicato (per particolari attività che non possono essere svolte in maniera distinta dalla attività istituzionale)

1.11. Personale Erogante - tipologia di personale erogante:

Indicare il personale da coinvolgere, il profilo ed il tipo di contratto

- Dirigenti medici /dirigenti veterinari/dirigenti sanitari non medici con rapporto di lavoro esclusivo, che non siano ad impegno orario ridotto, Medici convenzionati;
- Dirigenti dei ruoli PTA in caso di attività di consulenza;
- Personale del comparto per attività di supporto diretto (in possesso dei criteri definiti nel regolamento aziendale LP AP);

	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta attività/Progetto Attività aziendali a pagamento	Allegato 1 PA.DS. 02	0	4 di 8

1.12. Risultati attesi – Indicatori e tempi di verifica

Indicare i principali risultati attesi ed i relativi indicatori. E' prevista una verifica finale da effettuarsi entro tre mesi dalla scadenza dell'attività.

Risultati	Indicatori

2. Ipotesi, vincoli e correlazioni generali e valutazione costi

2.1. Ipotesi, vincoli e correlazioni generali

Descrivere le ipotesi fatte nel definire i requisiti di progetto, lo scopo, la tempistica ed il budget.

Descrivere l'analisi fatta, le specifiche del prodotto/prestazione oggetto della Proposta, i criteri per la valutazione delle risorse necessarie e come sono stati rilevati i costi indicativi ed di ricavi

2.2. Costi Aziendali

La determinazione dei costi viene rilevata per ogni singola prestazione (o categorie di prestazioni similari) attraverso la compilazione di una "distinta-base".

In essa sono rappresentate le varie tipologie di costo sostenute nel processo di erogazione della prestazione (dalla prenotazione al pagamento) desumibili, in parte, dalla griglia di rilevazione delle modalità di erogazione della prestazione, in parte, da specifiche interviste effettuate agli operatori.

2.3. Tariffario


Indicare le tariffe proposte simulando gli eventuali diversi scenari (ad es. in caso di prestazione erogata in orario o fuori orari di servizio).

Fare riferimento al tariffario nazionale o regionale dove previsto (es. Tariffario della Prevenzione) oppure alla distinta base elaborata ed all'utile aziendale eventualmente previsto.

N.B. Esplicitare il regime fiscale applicabile alla prestazione (es. prestazioni esenti IVA) e se la tariffa è soggetta ad adeguamento ISTAT

2.4. Ricadute organizzative ed impatto sulle liste di attesa

Descrivere l'analisi effettuata ed i risultati della valutazione sulle ricadute positive o negative della proposta sull'erogazione delle prestazioni istituzionali.

	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta attività/Progetto Attività aziendali a pagamento	Allegato 1 PA.DS. 02	0	5 di 8

2.5. Altre ricadute

Descrivere le ricadute positive per gli Utenti e per l'Azienda come risparmi su altre erogazioni, miglioramento di un servizio, es contributo al benessere psicofisico del cittadino e indirettamente ad una riduzione delle liste di attesa delle prestazioni istituzionali


2.6. Vincoli e limitazioni

Descrivere i vincoli e/o limitazioni che possono avere una ricaduta sul progetto, quali :

- Vincoli normativi / contrattuali
- Garanzia che l'attività non intralcia o rallenta le attività istituzionali,
- valutazione del contrasto o in potenziale conflitto di interessi con le funzioni istituzionali dell'Azienda
- eventuali debiti informativi (Regionali o Nazionali)
- ...

2.7. Correlazioni

Descrivere tutto ciò che esternamente al progetto potrebbe condizionarlo, in particolare (ma non solo) la dipendenza da altri progetti e/o dal completamento di altre attività non di diretta gestione da parte dell'Azienda.

	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta attività/Progetto Attività aziendali a pagamento	Allegato 1 PA.DS.02	0	6 di 8

3. Portatori d'interesse (Stakeholders)

Individuare i soggetti portatori d'interesse e proporre un Responsabile del Programma o un Referente delle attività in convenzione ed i relativi ruoli e responsabilità

Ruolo nel progetto	Cognome e Nome	Responsabilità
Responsabile del Programma / Referente dell'attività in convenzione del progetto		<ul style="list-style-type: none"> Organizzazione e gestione dell'avvio delle attività ed attuazione del programma o della convenzione Verifiche e controlli dello svolgimento delle attività Validazione della rendicontazione delle attività rese Valutazione finale sulle attività rese da sottoporre alla Commissione
Responsabile del Procedimento Amministrativo		<ul style="list-style-type: none"> Supporto al proponente per la definizione del Programma e/o Convenzione Predisposizione del Programma/Convenzione, del tariffario e della Delibera di approvazione Richiesta emissione fattura in presenza di convenzioni riscontro delle prestazioni rendicontate ed effettivamente incassate tramite la consultazione degli applicativi aziendali per le prestazioni rese nell'ambito di programmi aziendali e tramite la verifica dell'avvenuto incasso della fattura per le attività rese in convenzione liquidazione dei compensi spettanti al personale partecipante Rendicontazione economica del programma/ convenzione
CDG		<ul style="list-style-type: none"> Analisi dei Costi
Soggetto/ Struttura Erogante xxxx		<ul style="list-style-type: none"> svolgimento delle attività oggetto di Programma o Convenzione predisposizione e sottoscrizione della rendicontazione periodica delle attività svolte acquisizione della validazione da parte del Responsabile Programma / Referente Attività in convenzione
xxx		<ul style="list-style-type: none"> aaa
yyy		<ul style="list-style-type: none"> bbb


4. Allegati

Riportare la lista di eventuali allegati con indicato dove/come è possibile reperire i documenti completi.

Allegato	Documento completo

5. Griglia di sintesi

ID (Riferimento)	ELEMENTI	Tipo	x	note
A (p.to 1.5)	PRESTAZIONE	SANITARIA		
		Non sanitaria		
		LEA		
		NON LEA		
		Tariffata RT		
		NON Tariffata		
		altro		
B (p.to 1.6)	FRUITORI	Persona Fisica (Singolo cittadino)		
		Persona Giuridica (Privati)		
		Persona Giuridica (Enti Pubblici)		
C (p.to 1.7)	SEDE DI EROGAZIONE	strutture Aziendali		
		strutture del Fruitore		
		altro		
D (p.to 1.8)	STRUMENTI DI SUPPORTO ALL'EROGAZIONE: [] FARMACI, [] APPARECCHIATURE [].....	aziendali		
		del fruitore		
		personale dell'erogante		
		altro		
E (p.to 1.8)	STRUMENTI DI SUPPORTO ALL'EROGAZIONE [] Mezzi di trasporto []	aziendali		
		del fruitore		
		personale dell'erogante		
		altro		
F (p.tp 1.9)	PERSONALE EROGANTE - timbratura/orario	in orario di lavoro		
		fuori orario		
		altro		
G (p.tp 1.10)	PERSONALE EROGANTE - categorie professionali	Medico		
		Saniario non Medico		
		Personale delle professioni sanitarie		
		PTA (Professionale Tecnica Amministrativa)		
H (p.tp 1.10)	PERSONALE EROGANTE - contratto	Dipendente		
		Convenzionato		
		altro		
MODALITA' GESTIONE DELL'EROGAZIONE	MODALITA' GESTIONE DELL'EROGAZIONE	Programma		
		Convenzione		
		altro		

	Direzione Sanitaria	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta attività/Progetto Attività aziendali a pagamento	Allegato 1 PA.DS. 02	0	8 di 8

Proposta Progetto

[Struttura proponente/che gestisce il progetto]

[Nome del Progetto]

VALUTAZIONE TECNICA DELLA COMMISSIONE

Parere favorevole della Commissione

Parere non favorevole della Commissione

Cognome e Nome componenti della Commissione	Ruolo	Firma	Data

Richiamare gli eventuali documenti a supporto della valutazione:

La Commissione ritiene opportuno acquisire il parere del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo: NO SI

specificare _____

Se SI:

Parere del Dir. Sanitario

Parere del Dir. Amministrativo

Positivo _____

Positivo _____

Negativo _____

Negativo _____

Struttura/Funzione incaricata di predisporre la Delibera: _____