



Delibera N° 031 del 14 SET. 2010

ORIGINALE

Oggetto: Adozione Bilancio Economico Preventivo 2010 – Bilancio Pluriennale 2010-2012 e Piano delle Attività Aziendali anno 2010 .

14 SET. 2010

L'anno duemiladieci il giorno del mese di nella sede dell'ASP di Crotone alla via M. Nicoletta c/o Centro Direzionale Il Granaio

Il Commissario Straordinario

Premesso

Che si è provveduto a redigere il Bilancio Economico Preventivo 2010, anche in assenza di determinazioni della Giunta Regionale, in merito al riparto del Fondo Sanitario Regionale, ed iscrivendo alla voce "Contributi da Regione per quota FSR indistinta" la medesima quota fissata per l'anno precedente con la DGR n. 62/2009 con la quale si è provveduto a garantire i livelli essenziali di assistenza.

Che con l'attribuzione momentanea delle risorse finanziarie ad € 242.368.399, oltre che ad un contributo regionale per quota fondo sanitario vincolata di euro 1.577.000 ed entrate proprie stimate in Euro 4.520.513,60, si porta il totale complessivo delle entrate ad Euro 248.465.912,60.

Che i costi indicati, che sono quelli che effettivamente si ritiene di dovere sostenere, alcuni in conseguenza di contrattualizzazione, ammontano ad Euro 273.789.370,06.

Il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza è così indicato:

- LEA 1 (Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro) 13.500.000.
- LEA 2 (Assistenza distrettuale) € 147.200.000.
- LEA 3 (Assistenza ospedaliera) € 113.089.370,06.

Dato atto

che si è provveduto, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative nazionali e regionali, all'adozione del bilancio economico preventivo 2010 e pluriennale 2010-2012 nonché del correlato Piano delle attività aziendali, tenuto conto delle risorse finanziarie assegnate e dei limiti massimi di spesa indicati con i provvedimenti regionali n. 484 "Definizione dei tetti di spesa per acquisti di beni e servizi anno 2010", n. 489 "Adempimenti di cui al punto 7 della DGR n. 845/2009 - Prestazioni da privati: ambulatoriale, riabilitazione extraospedaliera, protesica ed altre anno 2010", n. 89 del 12 febbraio 2010 "Adempimenti di cui al punto 6 del Piano di rientro del SSR - Prestazioni ospedaliere da privato-", nonché n. 493 "Prestazioni ospedaliere da privato anno 2010".

che il bilancio economico preventivo 2010 dovrà prevedere le risorse finanziarie destinate all'attuazione degli obiettivi, delle azioni e dei risultati previsti dal correlato piano delle attività aziendali, in conformità all'articolazione dei livelli essenziali di assistenza e nei limiti delle risorse finanziarie assegnate.

che il confronto costo-ricavi del bilancio economico preventivo 2010 porta una perdita di esercizio pari ad € 25.323.457,46.

che al bilancio economico preventivo dovrà essere allegato il conto economico del presidio ospedaliero a gestione diretta dell'azienda, redatto secondo il nuovo modello CE ministeriale di rilevazione dei costi e ricavi aziendali, di cui ai decreti ministeriali del 13/11/2007 e 31/12/2007.

che il piano delle attività aziendali 2010 è allegato al bilancio economico preventivo per costituirne parte integrante e sostanziale e che lo stesso è adottato in relazione agli indirizzi, alle azioni e agli obiettivi che le strutture organizzative aziendali dovranno perseguire per l'anno 2010 e che dovranno contribuire in maniera significativa ad un rientro sul disavanzo previsto;

che nel piano delle attività aziendali è ricompreso il piano annuale preventivo relativo all'acquisizione, dalle strutture erogatrici pubbliche e private, delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di specialistica ambulatoriale, di assistenza residenziale e semiresidenziale nonché di riabilitazione territoriale.

che gli accordi e contratti per l'acquisizione delle prestazioni, per come espressamente stabilito dalle DGR 484/2010, 489/2010, n. 89/10 e n.493/2010 prevedono:

- i limiti massimi di spesa in conformità al finanziamento assegnato per prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di assistenza residenziale semiresidenziale e di riabilitazione territoriale;
- i volumi massimi di attività erogabili;
- la tipologia delle prestazioni da erogare;
- il limite massimo del budget dei beni e servizi non sanitari che non può superare i valori di spesa rilevati dal modello CE del IV trimestre 2009 abbattuto per le aziende sanitarie del 4,3%;

che per l'anno 2010 il pagamento da parte dell'Azienda di prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale, di assistenza sanitaria residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale, potrà avere luogo solo sulla base dei contratti già regolarmente sottoscritti.

che l'Azienda deve garantire la regolarità e tempestività del flusso informativo relativo alla mobilità sanitaria per tutte le prestazioni ricomprese nei livelli di assistenza erogate a favore di cittadini residenti in altre aziende, secondo le specifiche direttive impartite dal dipartimento regionale tutela della salute.

che l'Azienda deve esercitare il controllo sistematico sull'accesso, la permanenza e la proroga degli assistiti nelle strutture residenziali, semiresidenziali e delle strutture di riabilitazione extraospedaliera attivando parallelamente idonee azioni per garantire in alternativa l'assistenza domiciliare, comunicando trimestralmente al dipartimento regionale tutela della salute i risultati dei controlli effettuati;

Richiamati

Gli indirizzi regionali in materia di fabbisogno di personale, processo di budgeting, valutazione del personale dirigente nonché di retribuzione di risultato o produttività prevista dai vigenti CC.CC.NN.LL.

Gli indirizzi regionali in materia di adempimenti da assicurare nel quadro delle attività tese a garantire i livelli essenziali di assistenza definiti dal DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i, qui di seguito indicati:

- Il monitoraggio della spesa nell'ambito degli adempimenti previsti dal nuovo sistema informativo nazionale (NSIS) finalizzati all'accesso alla quota integrativa del FSR.;
- Il monitoraggio e la verifica della spesa del personale nell'ambito dei vincoli previsti dal piano di rientro;

- L'implementazione della contabilità analitica per centri di costo ai fini delle analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- La corretta gestione dei flussi informativi conforme ai tempi e contenuti previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali;
- La razionalizzazione della rete ospedaliera e la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri secondo le disposizioni nazionali e regionali vigenti.
- Il rispetto dei tassi di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in regime diurno rispettivamente stabiliti dall'intesa 23.3.2005,;
- Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata, residenziale e semiresidenziale nel rispetto delle linee di programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- Il potenziamento delle attività inerenti la "rete dei servizi per i malati terminali";
- L'apertura degli ambulatori al pubblico per 7 giorni settimanali, senza maggiori oneri a carico del SSR;
- Il monitoraggio delle prescrizioni mediche in ordine alle prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata;
- L'individuazione di misure idonee a ricondurre in equilibrio la gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio in sede di verifica delle rilevazioni trimestrali dei costi e ricavi aziendali;
- Il rispetto dei valori percentuali soglia di ammissibilità dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM sui LEA definite dalla normativa regionale vigente;
- L'attuazione del piano nazionale di prevenzione;
- L'aggiornamento del personale mediante lo sviluppo dell'ECM;
- Lo sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di massima appropriatezza, per le attività di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale delle strutture aziendali a gestione diretta;
- La regolare trasmissione dei flussi informativi definiti dalla UE nell'ambito della sanità veterinaria e degli alimenti;
- La distribuzione diretta dei farmaci ai sensi di quanto stabilito dalle normative nazionali e regionali;
- L'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici;

Ritenuto

nel rispetto delle risorse finanziarie assegnate per l'anno 2010 all'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, che riflette l'assegnazione regionale disposta con la DGR n. 62/2009 per il 2009, di poter adottare il bilancio economico preventivo 2010 e pluriennale 2010-2012, nonché il piano delle attività aziendali 2010, allegati alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.

Vista

La proposta di bilancio economico preventivo 2010 e pluriennale 2010-2012 formulata dal competente Ufficio Programmazione Finanziaria.

La proposta di Piano delle attività aziendali 2010 formulata dalla competente U.O. Programmazione Sanitaria e Pianificazione Aziendale;

Acquisito

Il parere favorevole del Referente Amministrativo e del Referente Sanitario

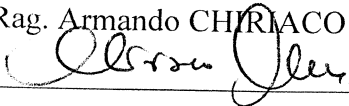
DELIBERA

Per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di :

1. Prendere atto, anche in assenza di determinazioni della Giunta Regionale in merito al riparto, che l'assegnazione delle risorse finanziarie a questa azienda per l'anno in corso è provvisoriamente stabilita in € 242.368.399, identica a quella stabilita con la DGR n. 62/2009 così come da nota prot. n. 5630 del 25 febbraio 2010 del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;
2. Darsi atto che, in aggiunta a quanto sopra, di un contributo regionale per quota fondo sanitario vincolata di Euro 1.577.000 ed entrate proprie stimate in Euro 4.520.513,60, il totale complessivo delle entrate è pari ad Euro 248.465.912,60;
3. Adottare il bilancio economico preventivo 2010 e pluriennale 2010-2012 nonché il Piano delle attività aziendali 2010, che allegati alla presente deliberazione ne costituiscono parte integrante e sostanziale.
4. Darsi atto, ancora, che il bilancio economico preventivo prevede una Perdita di Esercizio per l'anno 2010 pari ad Euro 25.323.457,46;
5. Darsi atto, infine, che il piano delle attività aziendali 2010 è adottato in relazione agli indirizzi, alle azioni e agli obiettivi che le strutture organizzative aziendali dovranno perseguire per l'anno 2010 e che, pertanto, dovranno contribuire al rientro sul disavanzo previsto;
6. Di trasmettere copia del presente provvedimento al Collegio Sindacale per il relativo parere;
7. Di trasmettere copia del presente provvedimento alla Conferenza dei Sindaci dell'ASP di Crotona.
8. Di trasmettere copia del presente provvedimento alle OO.SS.
9. Di trasmettere copia del presente provvedimento alla Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute per gli adempimenti di competenza.

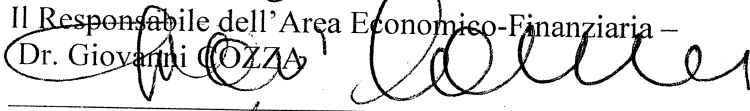
Il Responsabile del Procedimento – Posizione Organizzativa

Rag. Armando CHIRIACO



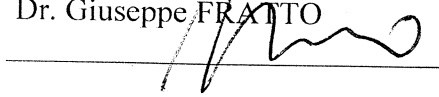
Il Responsabile dell'Area Economico-Finanziaria –

Dr. Giovanni COZZA



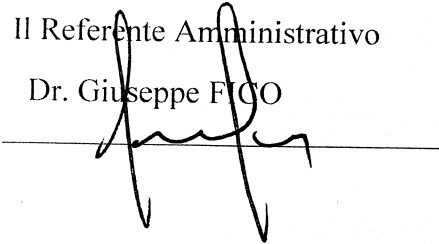
Il Responsabile dell'U.O Programmazione Sanitaria

Dr. Giuseppe FRATTO



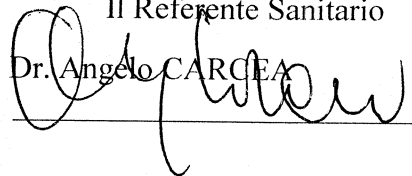
Il Referente Amministrativo

Dr. Giuseppe FICO



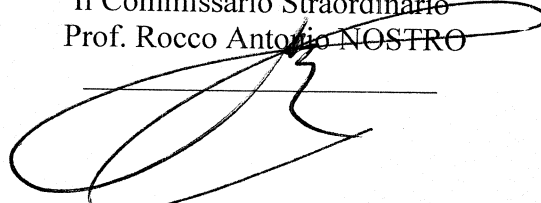
Il Referente Sanitario

Dr. Angelo CARCEA



Il Commissario Straordinario

Prof. Rocco Antonio NOSTRO



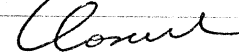
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge il 15 SET 2010 e vi rimarrà per un periodo di dieci giorni, con protocollo della U.D. Segreteria Generale n. 75 del 15 SET 2010

Crotone li, 15 SET 2010

Il Responsabile

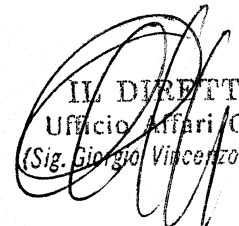
Valter Cosentino

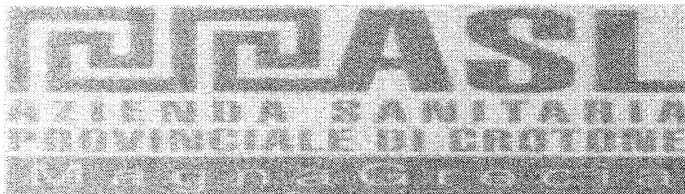


IL DIRETTORE

Ufficio Affari Generali

(Sig. Giorgio Vincenzo FLOCCARI)





Codice Fiscale 02864140799
Partita IVA 02864140799
Telefono n. 0962-92.40.86

Prot. n. 512 /Affari Generali

88900 Crotona, 20 SET. 2010

OGGETTO: *Trasmissione delibera n. 031 del 14.09.2010.*

RACCOMANDATA A.R.

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie
Via Buccarelli, 30

88100 - CATANZARO -

Per i consequenziali provvedimenti di competenza, unitamente alla presente, si trasmette copia della delibera del Commissario Straordinario n. 031 del 14.09.2010 avente ad oggetto: " Approvazione Bilancio Economico Preventivo 2010 – Bilancio Pluriennale 2010 – 2012 e Piano delle Attività Aziendali 2010".

*Il Direttore dell'Ufficio Affari Generali
- Sig. Giorgio V. Filicari -*

UNIVERSITÄ
UNIVERSITÀ SANITARIA
REGIONALE DI CROTONE
Università di Crotone

88900 CROTONE

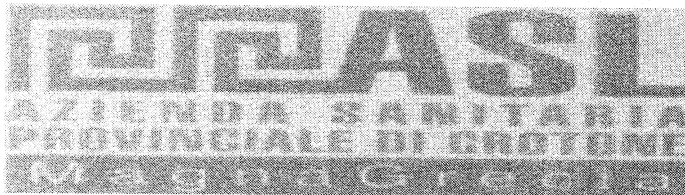
512/AA.GG.

COMANDA A.R.



R
REGIO...
CROTONA

REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie
Servizio Finanziario
Via Bucciardi, 30
88100 CATANZARO



Codice Fiscale 02864140799

Partita IVA 02864140799

Telefono n. 0962-92.40.86

Prot. n. **515** /Affari Generali

88900 Crotona, 20 SET. 2010

OGGETTO: *Trasmissione delibera n. 031 del 14.09.2010.*

RACCOMANDATA A MANO

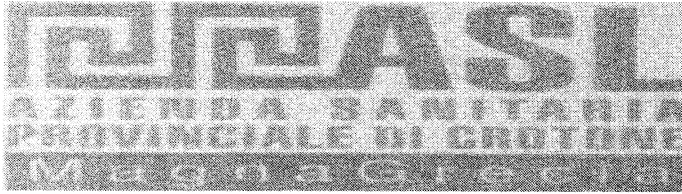
*Alla Segretaria della Conferenza
Dei Sindaci del Comune di Crotona
Dr.ssa Anna GIORDANO*

- S E D E -

Per i consequenziali provvedimenti di competenza, unitamente alla presente, si trasmette copia della delibera del Commissario Straordinario n. 031 del 14.09.2010 avente ad oggetto: " Approvazione Bilancio Economico Preventivo 2010 – Bilancio Pluriennale 2010 – 2012 e Piano delle Attività Aziendali 2010".

*Il Direttore dell'Ufficio Affari Generali
- Sig. Giorgio V. Floccari -*

*P. Z.
Floccari*



Codice Fiscale 02864140799
Partita IVA 02864140799
Telefono n. 0962-92.40.86

Prot. n. **514** /Affari Generali

88900 Crotone, 20 SET. 2010

OGGETTO: *Trasmissione delibera n. 031 del 14.09.2010.*

*Al Dirigente Ufficio
Relazioni Sindacali
Dr. Mario FOGLIA*

- S E D E -

Per i consequenziali provvedimenti di competenza, unitamente alla presente, si trasmette copia della delibera del Commissario Straordinario n. 031 del 14.09.2010 avente ad oggetto: " Approvazione Bilancio Economico Preventivo 2010 – Bilancio Pluriennale 2010 – 2012 e Piano delle Attività Aziendali 2010".

Ci si riserva di trasmettere gli allegati su supporto informatico non appena in nostro possesso.

*Il Direttore dell'Ufficio Affari Generali
- Sig. Giorgio U. Floccari -*

BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2010

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Premessa

Il Bilancio Economico Preventivo dell'Esercizio 2010 dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotonè è redatto secondo le disposizioni contenute nella legge regionale n. 43/96. Lo stesso è stato formulato secondo lo schema di bilancio approvato dalla Regione, in conformità allo schema interministeriale previsto dall'art. 5 del Decr. Leg.vo 30 Dicembre 1992 n. 502, come modificato dal decr. Leg.vo 7 Dicembre 1993 n. 517.

Nella redazione del BEP 2010 si è tenuto conto dei provvedimenti deliberativi della Giunta Regionale n. 484 "Definizione dei tetti di spesa per acquisti di beni e servizi anno 2010", n.489 " Adempimenti di cui al punto 7 della DGR n. 845/2009 –Prestazioni da privati:ambulatoriale, riabilitazione extraospedaliera, protesica ed altre anno 2010" , n. 89 "Adempimenti di cui al punto 6 del Piano di Rientro del SSR –DGR del 16 Dicembre 2009 n. 845 Prestazioni ospedaliere da privato" e n. 493 "Prestazioni ospedaliere da privato anno 2010", nonché della nota prot. n. 5630 del 25 Febbraio 2010 del Dipartimento Tutela della Salute in ordine all'assegnazione con contributo quota FSR.

Gli importi da iscrivere nel bilancio di previsione 2010 per le voci riferite ai costi e ai ricavi sono riportati per come di seguito indicato.

Al bilancio economico preventivo è allegato il piano annuale delle attività aziendali 2010 e il conto economico del presidio ospedaliero aziendale redatto secondo il nuovo modello CE ministeriale di rilevazione dei costi e ricavi giusti decreti ministeriali del 13.11.2007 e 31.12.2007.

Al bilancio economico preventivo è, inoltre, allegato il Master Budget suddiviso nei tre livelli LEA, lo Stato Patrimoniale ed il Bilancio di Previsione Pluriennale 2010/2012.

Ricavi

Alla voce "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto", in assenza di riparto del FSR per l'anno 2010, è stato iscritto lo stesso importo già indicato per l'anno 2009, euro 242.368.399, così come indicato dalla succitata nota regionale, oltre che ad un contributo regionale per quota fondo sanitario vincolata di euro 1.577.000. La stima per entrate proprie è pari ad euro 4.520.513,60, così come specificato nel Piano dei Conti allegato. Pertanto il totale complessivo dei ricavi iscritto nel bilancio è pari ad Euro 248.465.912,60.

Costi

Relativamente ai costi, sono stati indicati quelli che effettivamente si ritiene di dover sostenere nel corso dell'esercizio 2010, per alcuni facendo riferimento al costo storico con eventuali variazioni e per altri al costo derivante dalle succitate delibere regionali, attuative del Piano di Rientro. Il totale complessivo è pari ad Euro 273.789.370,06.

Il bilancio economico preventivo 2010, così come formulato, rappresenta una situazione di non equilibrio economico-finanziario tra risorse finanziarie assegnate e direttamente introitate e costi da sostenere pari a – 25.323.457,46, che in ogni caso dimezza la perdita del consuntivo 2009.

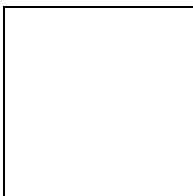
VALORE DELLA PRODUZIONE

Contributi in conto esercizio

Il Fondo Sanitario di parte indistinta riflette l'assegnazione regionale disposta con la D.G.R. n. 62/2009 per l'anno precedente al 2010 che in aggiunta ai contributi vincolati da Regione ed alle entrate proprie stimate da un totale complessivo dei ricavi per Euro 248.465.912,60.

Allo stato non risulta assegnata all'Azienda la quota parte delle risorse finanziarie vincolate per l'attuazione degli obiettivi di PSN 2007-2009 ai sensi dell'arti 1 commi 34 e 34 bis, legge 23 Dicembre 1996 n° 2007. Tali risorse ammontano complessivamente ad Euro 58.315.704,35 suddivise per:

- Quote parte delle risorse per obiettivi di piano sanitario nazionale.



- Quote Decreto Legislativo n° 203/99 (Medicina Penitenziaria).
- Quota parte altre risorse vincolate.

COSTI DELLA PRODUZIONE

Acquisto di beni e servizi non sanitari

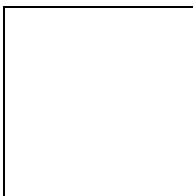
L'importo previsto per la classe in esame è pari a circa 30,7 milioni di euro, e rientra nei limiti previsti dal budget per l'acquisto di beni e servizi (33,3 ml. di euro) definiti con la DGR n. 484/2010 che riduce del 4,3% per le AA.SS. i valori di spesa rilevati nel modello CE del IV trimestre 2009. Le voci del nuovo modello CE, che supportano il suddetto importo, sono così specificate:

B01005 Acquisti di beni sanitari	Euro	11.674.676,28
B01070 Acquisti di beni non sanitari	"	1.679.687,11
B02365 Rimborsi, assegni e contributi sanitari	"	635.787,95
B02405 Consulenze, Collab. ed altro sanit.	"	1.855.932,71
B02595 Consulenze, Collab. ed altro non sanit.	"	349.566,50
B02505 Servizi non sanitari	"	6.719.858,30
B03000 Manutenz. E Riparaz.	"	1.355.930,47
B04000 Godimento di beni di terzi	"	4.707.224,55
B09015 Altri oneri diversi di gestione	"	1.712.612,47

Acquisto di servizi sanitari

La classe accoglie i costi connessi all'acquisto di prestazioni e servizi sanitari erogati da soggetti terzi e strumentali al processo produttivo aziendale. Le singole voci sono articolate sulla base della natura delle prestazioni. Il conto economico di previsione allegato riporta il dettaglio degli importi delle singole voci in cui si articola la classe in esame; di seguito si richiamano le voci di spesa più significative:

1. **Convenzioni per assistenza sanitaria di base:** In tale categoria di spesa per la voce assistenza farmaceutica convenzionata si è previsto il limite massimo di spesa consuntivato per l'anno 2009, fissato in € 40,2 ml.
2. **Convenzioni per assistenza specialistica:** la voce raggruppa i costi di tutte le possibili tipologie di prestazioni di specialistica prodotte direttamente o acquistate dalle strutture private accreditate. I conti a cui afferiscono le suddette voci sono il 303.20.30, 303.20.31, 303.30.21 303.20.20, 303.20.10, e 303.20.11 per un importo complessivo previsto per l'esercizio 2010 pari a 13,9 milioni di euro, così come previsto dalla DGR n. 489/2010 e che in esecuzione della quale con Delibera n. 13 del 6 Agosto 2010 del Commissario Straordinario dell'ASP si è provveduto alla stipula dei contratti con le strutture private accreditate. Nell'allegato A) del Piano delle Attività Aziendali 2010, al quale si rimanda, è analiticamente riportato il piano annuale preventivo 2010 per l'acquisto prestazioni di specialistica ambulatoriale.
3. **Convenzioni per assistenza residenziale semiresidenziale e di riabilitazione territoriale e assistenza protesica:** la voce accoglie tutte le diverse tipologie di costi connesse alle prestazioni di assistenza sanitaria residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale. L'importo complessivo è pari a 22,1 milioni di euro. Tale spesa è stata fissata con la DGR n. 114/2010. Tutto ciò è riportato nell'allegato A) del Piano delle Attività Aziendali 2010.
4. **Convenzioni per assistenza ospedaliera:** la voce accoglie esclusivamente i costi sostenuti dall'Azienda per l'acquisizione di prestazioni di ricovero ospedaliero da acquisire da soggetti privati accreditati (Case di Cura). Il valore previsto per la voce Case di Cura private è pari a 27,6 milioni di euro e, comunque, nel limite massimo di spesa risultante dai contratti sottoscritti con gli erogatori privati accreditati e derivanti dalla attuazione della DGR n. 89/2010. Nell'allegato A) del Piano delle Attività Aziendali 2010, al quale si rimanda, è riportato il piano annuale preventivo 2010 per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera. I costi per le prestazioni ospedaliere direttamente prodotte sono riportati nello specifico bilancio separato del presidio ospedaliero aziendale allegato al presente bilancio.



Costo del personale dipendente

La voce accoglie il costo del personale dipendente per i diversi ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale. Il costo complessivo del personale dipendente per l'esercizio 2010 è pari a 85,6 milioni di euro. La differenza con il 2009 è in meno per Euro 1,7 ml. La riduzione del costo del personale è dovuta in massima parte al blocco del turn over alla cessazione del servizio dei dipendenti che abbiano raggiunto i limiti di età per il pensionamento. Tale previsione di spesa tiene in debita considerazione il piano dei pensionamenti per limiti di età e/o di servizio. Il costo del personale come sopra determinato, per l'anno in corso e fino al 2012, non deve essere integrato con gli oneri accantonati per il rinnovo dei contratti di lavoro del personale dipendente e convenzionato, visto il blocco dei rinnovi contrattuali per il triennio 2010-2012, senza recupero successivo, della conversione del D.L. n. 78/2010 nella Legge n. 122 del 30 Luglio 2010.

Variazione delle rimanenze di beni di consumo

Non si effettua alcuna ipotesi circa la variazione a fine esercizio delle rimanenze di beni di consumo.

PROVENTI E ONERI FINANZIARI

L'importo associato a questo aggregato si prevede che si assesterà intorno a 3,1 milioni di euro, determinato dagli interessi passivi che l'Azienda corrisponde per gli oneri finanziari che si prevede di sostenere per il ricorso al prestito a breve dall'Istituto tesoriere e per gli interessi moratori relativi ai ritardati pagamenti dovuti a mancanza di disponibilità finanziaria.

COMMENTO DI SINTESI

Per effetto delle considerazioni sopra svolte, il conto economico di previsione dell'esercizio 2010 chiude con una Perdita di Esercizio pari ad Euro 25.323.457,46.

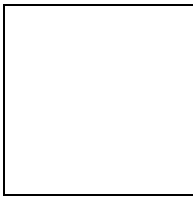
Al riguardo occorre, tuttavia, evidenziare che la non ulteriore comprimibilità dei costi esposti nel presente bilancio economico preventivo, che di fatto non si discostano da quelli già registrati a consuntivo 2009, tranne quelli soggetti a contrattualizzazione per acquisto di prestazioni da privato accreditato e dell'acquisto di beni e servizi non sanitari, che hanno consentito la garanzia dei livelli essenziali di assistenza all'utenza, fa auspicare che, in fase di assegnazione definitiva delle risorse finanziarie da parte della Giunta Regionale per l'anno 2010, possano essere assegnate alla nostra azienda ulteriori risorse finanziarie nella misura tale da garantire un auspicabile riequilibrio del presente bilancio economico preventivo, o quanto meno una riduzione del sopraindicato risultato.

Totale costi della produzione	Euro 266.326.808,28
Imposte e tasse	Euro 6.610.000,00
Accantonamenti per Rischi	Euro 852.561,78

TOTALE COSTI COMPLESSIVI	€ 273.789.370,06
TOTALE RICAVI COMPLESSIVI	€ 248.465.912,60

PIANO DEGLI INVESTIMENTI

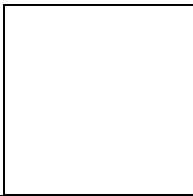
L'ASP di Crotona ha in programma un potenziamento tecnologico valido sia per il fabbisogno in attrezzature dei Distretti di Mesoraca e Cirò Marina sia per il Presidio Ospedaliero "S. Giovanni di Dio". Tale programmazione è derivata dall'ordinanza Commissariale n. 5 del 6 Febbraio 2010 del Delegato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, che ha disposto per l'ASP di Crotona un impiego di una somma complessiva di Euro 11.620.000, ripartita per Euro 7.470.000 per il Presidio Ospedaliero di Crotona e per Euro 4.150.000 per il territorio provinciale. La precedente Direzione Generale ha preso atto del suddetto piano di potenziamento, scaturito dalle esigenze prospettate dai Direttori di Dipartimento, dopo approvazione del Collegio di Direzione del 22 Giugno 2010, con la Delibera n. 164 del 24 Giugno 2010.



FLUSSI DI CASSA

I flussi di cassa previsti, in relazione all'attività aziendale, vengono così schematizzati:

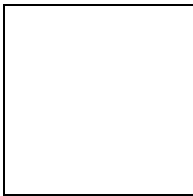
	Riscossioni	Pagamenti
Da regione per quota FSR indist. e vinc.	243.945.399,00	
Da entrate proprie	4.520.513,60	
Finanziamento da anticipazioni di Tesoreria	60.592.099,75	
Per fornitori beni e serv., stipendi, ecc.		309.058.012,35
TOTALE	309.058.012,35	309.058.012,35



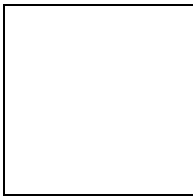
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

CONTO			causale	DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2009	VARIAZIONE		PREVEN 201
						IN MENO	IN PIU'	
301	0	0		*** ACQUISTI DI ESERCIZIO	30.612.829,06	2.038.824,24	384.761,60	28.958.70
301	10	0		*MASTRO - PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	16.115.042,37	0,37	-	16.115.
301	10	10	FARMA	Prodotti farmaceutici	15.881.882,25	0,25	-	15.881.
301	10	20	EMODE	Emoderivati	233.160,12	0,12	-	233.
301	20	0		*MASTRO - MATERIALI PER LA PROFILASSI IGIENICO-SANITARIA SIERI E VACCINI	722.237,34	7.232,17	-	715.005,
301	20	10	MTPROF	Materiali per la profilassi igienico sanitaria, sierii e vaccini	722.237,34	7.232,17	-	715.
301	30	0		*MASTRO - MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI CHIMICI PER ASSISTENZA	3.728.056,12	19.804,12	-	3.708.
301	30	10	MTDIAG	Materiali diagnostici, prodotti chimici per assistenza	3.728.056,12	19.804,12	-	3.708.
301	40	0		*MASTRO - MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX, MEZZI DI CONTRASTO PER RX, CARTA PER ECG, EEG, ECC...	883.758,38	225.632,68	-	658.
301	40	10	MTRX	Materiali diagnostici, lastre rx, mezzi di contrasto rx, carta ecg	883.758,38	225.632,68	-	658.
301	50	0		*MASTRO - PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI SANITARI	5.260.272,91	1.378.753,94	-	3.881.
301	50	10	MTSAN	Presidi chirurgici e materiali sanitari	5.260.272,91	1.378.753,94	-	3.881.
301	60	0		*MASTRO - MATERIALI PROTESICI E MATERIALI PER EMODIALISI	2.846.277,58	186.743,55	18.056,52	2.677.
301	60	10	MTPROT	Materiali protesici	1.493.818,97	186.743,55	-	1.307.
301	60	20	MTEMOD	Materiali per emodialisi	1.352.458,61	-	18.056,52	1.370.
301	70	0		*MASTRO - PRODOTTI FARMACEUTICI PER USO VETERINARIO	11.816,02	2.835,15	-	8.
301	70	10	PFVETE	Prodotti farmaceutici per uso veterinario	11.816,02	2.835,15	-	8.
301	80	0		*MASTRO - MATERIALI CHIRURGICI SANITARI E DIAGNOSTICI PER USO VETERINARIO	30.820,07	5.617,05	-	25.
301	80	10	MTVETE	Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario	30.820,07	5.617,05	-	25.
301	90	0		*MASTRO - PRODOTTI ALIMENTARI	22.933,21	7.758,83	-	15.

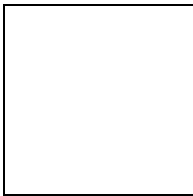
301	90	10	PALIM	Prodotti alimentari	22.933,21	7.758,83	-	15.
301	100	0		*MASTRO - MATERIALE DI GUARDAROBA,DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	490.263,60	147.332,59	60.444,54	403.
301	100	10	MTGUAR	Materiali di guardaroba	65.037,39	-	60.444,54	125.
301	100	20	MTPUCO	Materiali dipulizia e convivenza	425.226,21	147.332,59	-	277.
301	110	0		*MASTRO - COMBUSTIBILI,CARBURANTI E LUBRIFICANTI AD USO RISCALDAMENTO E CUCINE	243.652,87	-	273.959,01	517.
301	110	10	COMRIS	Combustibili, carburanti e lubrificanti ad uso riscaldamento e cucine	243.652,87	-	273.959,01	517.
301	120	0		*MASTRO - COMBUSTIBILI,CARBURANTI E LUBRIFICANTI AD USO TRASPORTO	138.794,00	-	32.301,53	171.
301	120	10	COMTRA	Combustibili, carburanti e lubrificanti ad uso trasporto	138.794,00	-	32.301,53	171.
301	130	0		*MASTRO - SUPPORTI MECCANOGRAFICI	118.904,59	57.113,79	-	61.
301	130	10	SUPMEC	Supporti meccanografici	118.904,59	57.113,79	-	61.
302	0	0		*** MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	1.363.097,16	150.414,83	294.688,62	1.507.
302	10	0		*MASTRO - MATERIALE PER RIPARAZIONI	1.363.097,16	150.414,83	294.688,62	1.507.
302	10	10	MTRIP	Materiale per riparazioni (di immobili)	50.435,75	-	22.266,37	72.
							-	
302	20	10	MTMSAN	Materiali per manutenzione di attrezzature sanitarie	11.834,84	-	12.846,37	24.
							-	
302	30	10	MTMTEC	Materiali per manutenzione di attrezzature tecnico economali	174.913,99	120.856,84	-	54.
							-	
302	40	10	MANIMM	Manutenzione ordinaria in appalto agli immobili e loro pertinenze	148.818,34	162,07	-	148.
							-	
302	50	10	MANMOB	Manutenzione ordinaria in appalto ai mobili e macchine	174.046,79	28.418,35	-	145.
							-	
302	60	10	MANATT	Manutenzione ordinaria in appalto alle attrezzature tecnico-scientifiche-sanitarie	770.583,98	-	136.905,93	907.
302	70	10		Manutenzione ordinaria automezzi	2.651,88	977,57	-	1.
302	80	10		Manutenzione ordinaria software	29.811,59	-	122.669,95	152.
303	0	0		*** COSTI PER PRESTAZIONI DI SERVIZI	135.973.352,94	7.091.034,48	2.253.838,07	131.136.



303	10	0		*MASTRO - CONVENZIONI PER ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	61.367.082,51	125.219,01	815,15	61.242.0
303	10	10	CSMEPE	Compensi ai medici generici	10.825.510,12	97.510,12	-	10.728.0
303	10	11	RSMEGE	Rimborsi spese ai medici generici	-	-	-	-
303	10	12	OSMEGE	Oneri sociali a carico dell'Ente su compenso ai medici generici	1.252.736,61	10.736,61	-	1.242.0
303	10	15	CSPEDI	Compensi ai medici pediatri	2.915.031,02	8.031,02	-	2.907.0
303	10	16	RSPEDI	Rimborsi spese ai medici pediatri	-	-	-	-
303	10	17	OSPEDI	Oneri sociali a carico dell'Ente su compenso ai medici pediatri	278.403,92	1.403,92	-	277.0
303	10	20	CSGUME	Compensi a guardia medica	4.663.287,83	287,83	-	4.663.0
303	10	21	RSGUME	Rimborsi spese a guardia medica	-	-	-	-
303	10	22	OSGUME	Oneri sociali a carico dell'Ente su compenso a guardiamedica	498.685,24	685,24	-	498.0
303	10	25	CS118	Compensi ai medici del servizio 118	644.627,19	627,19	-	644.0
303	10	26	OS118	Oneri sociali a carico dell'Ente medici 118	60.863,50	-	815,15	61.0
303	10	30	CSFAES	Convenzione farmacie esterne	40.227.937,08	5.937,08	-	40.222.0
303	10	31	CSFATE	Conv.farmacie territoriale	-	-	-	-
303	20	0		*MASTRO - CONVENZIONI SANITARIE PER ASSISTENZA SPECIALISTICA	12.366.199,69	1.061.449,47	983.249,56	12.287.0
303	20	10	CSANSP	Medici specialisti interni	3.770.443,17	852.270,17	-	2.918.0
303	20	11	OSSPIN	Oneri sociali su compensi ai medici specialisti interni	526.781,86	60.781,86	-	466.0
303	20	12	CSMDS	Medicina dei servizi	57.677,57	-	38,21	57.0
303	20	13	OSMDS	Oneri medici medicina dei servizi	7.247,89	247,89	-	7.0
303	20	20	CSSPES	Medici specialisti esterni	3.130.912,65	-	983.211,35	4.114.0
303	20	21	OSSPES	Oneri sociali su compensi ai medici specialisti esterni	8.936,02	8.936,02	-	-
303	20	30	CSLABO	Prestazioni di laboratorio esterne	3.670.082,68	106.599,68	-	3.563.0
303	20	31	CSDIAG	Prestazioni diagnostiche esterne	1.194.117,85	32.613,85	-	1.161.0
303	30	0		*MASTRO - CONVENZIONI SANITARIE RIABILITATIVE	27.024.950,46	205.653,58	1.013.189,12	27.832.0
303	30	21	CSKINE	Assistenza riabilitativa fisiokinesiterapica	1.763.510,52	69.795,52	-	1.693.0
303	30	10	CSPRRI	Assistenza protesica e riabilitativa ex art. 26/3 c.L. 833/78 e D.M. 2/3/84	3.230.953,99	1.735,99	-	3.229.0
303	30	11	CSPANN	Assistenza protesica fornitura pannoloni	803.755,76	0,76	-	803.0
303	30	20	CSRIST	Assistenza riabilitativa in istituti di cui a schema previsto da art. 26 L. 833/78	7.819.785,00	-	495.380,00	8.315.0



303	30	30	CSTOSS	Assistenza riabilitativa residenziale per tossicodipendenti	576.311,31	134.121,31	-	442.
303	30	40	CSMENT	Assistenza riabilitativa residenziale malati e disturbati mentali	2.939.735,88	-	489.648,12	3.429.
303	30	50	CSANZ	Assistenza riabilitativa residenziale per anziani non autosufficienti	9.890.898,00	-	28.161,00	9.919.
303	30	60		ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALI PER MALATI E DISTURBATI MENTALI A CARICO DELLA QUOTA SOCIALE		-	-	
303	30	70		ASSISTENZA RIABILITATIVA PER ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTI A CARICO DELLA QUOTA SOCIALE		-	-	
303	40	0		*MASTRO - CONVENZIONI SANITARIE INTEGRATIVE	1.037.726,12	-	247.273,88	1.285.
303	40	10	CSITOS	Assistenza integrativa territoriale tossicodipendenti	206.281,66	-	138.718,34	345.
303	40	20	CSIMEN	Assistenza integrativa territoriale ai malati e disturbati mentali	722.137,69	-	77.862,31	800.
303	40	30	CSIANZ	Assistenza integrativa territoriale ai disabili ed anziani non autosufficienti	23.527,32	-	26.472,68	50.
303	40	40	CSIDIV	Assistenza integrativa diversa	85.779,45	-	4.220,55	90.
303	40	50	CSTERM	Assistenza termale e diversa	-	-	-	
303	40	60	CSCONS	Consulento familiare	-	-	-	
303	50	0		*MASTRO - CONVENZIONE PER ASSISTENZA OSPEDALIERA	31.244.922,05	3.605.922,05	-	27.639.
303	50	10	CSAPUB	Istituti scientifici di diritto pubblico	-	-	-	
303	50	20	CSAPRI	Istituti scientifici di diritto privato	-	-	-	
303	50	30	CSAECC	Ospedali ecclesiastici classificati	-	-	-	
303	50	40	CSAUNI	Istituti e cliniche universitari	-	-	-	
303	50	50	CSACUR	Case di cura private	31.244.922,05	3.605.922,05	-	27.639.
303	50	60	CSAENT	Enti di cui all'art. 4 D.L.gs 502/92	-	-	-	
303	60	0		*MASTRO - SERVIZI VARI	2.378.696,13	2.066.203,24	-	312.
303	60	10	CVRELI	Spese per personale religioso convenzionato	102.731,40	-	-	102.
303	60	11	OSRELI	Oneri sociali su compensi al personale religiosoconvenzionato	23.973,53	-	-	23.
303	60	20	CVTIRO	Personale tirocinante e/o borsista compresi gli oneri riflessi	-	-	-	
303	60	30	CVPROF	Compartecipazioni sanitarie al personale del ruolo sanit. per attività libero-prof.le. Svolte nei presidi dell'ASL	1.402.574,99	1.402.574,99	-	
303	60	31	CALTR	Compartecipazione per altre attivita'	660.383,46	660.383,46	-	
303	60	40	CVDOCE	Ind. per att. di libera docenza svolta da pers. Dip. in occasione di corsi di aggiornamento	-	-	-	
303	60	50	CVDEST	Compensi a docenti esterni	-	-	-	

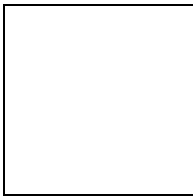


303	60	60	LAVSUT	Compensi a lavoratori socialmente utili	-	-	-	-
303	60	70	ONPERS	Oneri riflessi personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale	-	-	-	-
303	60	80	ACCANI	Servizio di accalappiamento cani	35.856,00	-	-	35.856,00
303	60	85	ABBATT	Servizio abbattimento animali	153.176,75	3.244,79	-	149.931,96
303	70	0		*MASTRO - RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI	453.512,72	7.376,82	3.864,10	450.642,62
303	70	10	CRRICI	Rimborsi per ricoveri in Italia	-	-	-	-
303	70	20	CRRICE	Rimborsi per ricoveri all'estero	-	-	-	-
303	70	30	CRALTR	Rimborsi per altra assistenza sanitaria	447.376,82	7.376,82	-	440.000,00
303	70	40	CRASSE	Contributi, sussidi ed assegni vari agli assistiti (TBC)	-	-	-	-
303	70	50	CRASSV	Contributi ad associazioni di volontariato	-	-	-	-
303	70	60	CRENTI	Contributi ad enti	-	-	-	-
303	70	70	CRO8%	Quota 8% a I.Z.S. per dir. 85/73 CEE e 88/409 CEE	4.908,72	-	3.091,28	8.000,00
303	70	80	CRO2%	Quota 2% a I.Z.S. per dir. 85/73 CEE e 88/409 CEE	1.227,18	-	772,82	2.000,00
303	80	0		*MASTRO - CONSULENZE	100.263,26	19.210,31	5.446,26	86.606,69
303	80	10	CCONSA	Consulenze sanitarie	90.143,02	19.210,31	-	70.932,71
303	80	20	CCONTE	Consulenze tecniche	10.120,24	-	5.446,26	15.566,50
304	0	0		*** COSTI PER PRESTAZIONI DI SERVIZI INIZIATIVE PROGRAMMATICHE	371.036,07	334.675,40	54.447,30	90.913,37
304	10	0		*MASTRO - SERVIZI PRESSO TERZI	275.354,66	257.993,99	54.447,30	71.913,37
304	10	10	CPTFOR	Servizi c/o terzi per la formazione, qualificazione e riqualificazione del personale	17.360,67	-	54.447,30	71.808,27
304	10	20	CPTRIC	Servizi c/o terzi per la ricerca scientifica	75.821,99	75.821,99	-	0,00
304	10	30	CPTEDU	Servizi c/o terzi per le iniziative di educazione sanitaria	-	-	-	-
304	10	40	CPTALT	Servizi c/o terzi per altre attività	182.172,00	182.172,00	-	0,00
304	20	0		*MASTRO - SERVIZI DIRETTAMENTE GESTITI	95.681,41	76.681,41	-	19.000,00
304	20	10	CPDFOR	Servizi direttamente gestiti per la formazione, qualificazione e riqualificazione del personale	19.752,66	752,66	-	19.000,00
304	20	20	CPDRIC	Servizi direttamente gestiti per la ricerca scientifica	-	-	-	-
304	20	30	CPDEDU	Servizi direttamente gestiti per le iniziative di educazione sanitaria	-	-	-	-
304	20	40	CPDINF	Servizi direttamente gestiti per la scuola infermieri professionali ed altri	-	-	-	-

304	20	50	CPDALT	Servizi direttamente gestiti per altre attività	34.100,00	34.100,00	-	
304	20	51		Servizi direttamente gestiti per altre attività (fondi final.)	41.828,75	41.828,75	-	
305	0	0		*** GODIMENTI DI BENI DI TERZI	4.751.652,92	71.392,00	26.963,63	4.707.212,29
305	10	0		*MASTRO - FITTI REALI	1.103.096,43	47.934,50	-	1.055.161,93
305	10	10	FITTI	Fitti reali	1.103.096,43	47.934,50	-	1.055.161,93
305	20	0		*MASTRO - CANONI PER CENTRI ELETTRICITARI ED ASSIMILATI	1.710,00	1.710,00	-	
305	20	10	CANELE	Canoni per centri elettrocontabili ed assimilati	1.710,00	1.710,00	-	
305	30	0		*MASTRO - CANONI DI NOLEGGIO PER ATTREZZATURE TECNICO SANITARIE	713.036,37	-	26.963,63	740.000,00
305	30	10	CANSAN	Canoni di noleggio per attrezzature tecnico sanitarie	713.036,37	-	26.963,63	740.000,00
305	40	0		*MASTRO - CANONI DI LEASING OPERATIVO	2.933.810,12	21.747,50	-	2.912.062,62
305	40	10	LEASIN	Canoni di leasing operativo	2.933.810,12	21.747,50	-	2.912.062,62
306	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	68.917.211,26	1.097.757,83	-	67.819.453,43
306	10	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO COMPETENZE FISSE	50.394.835,44	661.488,35	-	49.733.347,09
306	10	10	RSCOMF	Competenze fisse ruolo sanitario dirigenza medica	26.272.512,73	244.021,79	-	26.028.490,94
306	10	11		Competenze fisse ruolo sanitario Dirigenza non Medica	2.899.105,84	0,84	-	2.899.106,68
306	10	12		Competenze fisse ruolo sanitario Comparto	21.223.216,87	417.465,72	-	20.805.751,15
306	20	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO STRAORDINARIO	493.640,35	31.640,35	-	462.000,00
306	20	10	RSSTR	Straordinari ruolo sanitario dirigenza medica	206.016,17	4.016,17	-	202.000,00
306	20	11		Straordinario ruolo sanitario Dirigenza non Medica	-	-	-	
306	20	12		Straordinario fisse ruolo sanitario Comparto	287.624,18	27.624,18	-	260.000,00
306	30	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	2.385.256,90	7.256,90	-	2.378.000,00
306	30	10	RSNOTT	Indennità notturna e festiva e reperibilità ruolo sanitario dirigenza medica	760.341,62	4.341,62	-	756.000,00
306	30	11		Indennità notturna e festiva e reperibilità ruolo sanitario dirigenza non medic	16.454,32	454,32	-	16.000,00
306	30	12		Indennità notturna e festiva e reperibilità ruolo sanitario comparto	1.608.460,96	2.460,96	-	1.606.000,00
306	40	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA'DI REPERIBILITA'	-	-	-	
306	40	10	RSREPE	Indennità di reperibilità ruolo sanitario	-	-	-	
306	50	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA' PREVISTE ART.49-50-51 D.P.R.384/90	-	-	-	

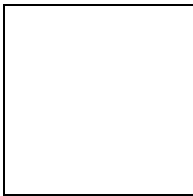
306	50	10	RSI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo sanitario	-	-	-	-
306	50	20	RSQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo sanitario	-	-	-	-
306	50	21	RSQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo sanitario	-	-	-	-
306	50	22	RSQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo sanitario	-	-	-	-
306	50	23	RSVETE	Accantonamento fondo veterinari - ruolo sanitario	-	-	-	-
306	60	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	585.379,60	106,41	-	585.379,60
306	60	10	RSPROD	Incentivazione alla produttività ruolo sanitario dirigenza medica	-	-	-	-
306	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo sanitario dirigenza non medica	-	-	-	-
306	60	12		Incentivazione alla produttività ruolo sanitario comparto	585.379,60	106,41	-	585.379,60
306	60	20	RSPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo sanitario	-	-	-	-
306	70	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	432.399,71	18.798,18	-	432.399,71
306	70	10	RSMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo sanitario dirigenza medica	69.784,64	9.784,64	-	69.784,64
306	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo sanitario dirigenza non medica	2.917,10	1.645,80	-	2.917,10
306	70	12		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo sanitario comparto	40.367,74	7.367,74	-	40.367,74
306	70	20	REQUO	Equo indennizzo ruolo sanitario dirigenza medica	26.918,49	-	-	26.918,49
306	70	21		Equo indennizzo ruolo sanitario dirigenza non medica	3.130,02	-	-	3.130,02
306	70	22		Equo indennizzo ruolo sanitario comparto	31.868,40	-	-	31.868,40
306	70	30	RSBENE	Concessioni e benefici ruolo sanitario dirigenza medica	250.313,88	-	-	250.313,88
306	70	31		Concessioni e benefici ruolo sanitario dirigenza non medica	-	-	-	-
306	71	32		Concessioni e benefici ruolo sanitario comparto	7.099,44	-	-	7.099,44
306	80	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO COMPETENZE FISSE ED ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-	-
306	80	10	RSCOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comandato ruolo sanitario	-	-	-	-
306	90	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	14.625.699,26	378.467,64	-	14.625.699,26
306	90	10	RSOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo sanitario dirigenza medica	7.232.600,42	9.600,42	-	7.232.600,42
306	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo sanitario dirigenza non medica	775.438,74	4.207,12	-	775.438,74

306	90	12		Oneri sociali su competenze fisse ruolo sanitario comparto	6.617.660,10	364.660,10	-	6.253.
306	100	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-	
306	100	10	RSOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo sanitario	-	-	-	
307	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	668.594,27	1.004,25	515,00	668.
307	10	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE COMPETENZE FISSE	492.782,47	-	448,75	493.
307	10	10	RPCOMF	Competenze fisse ruolo professionale dirigenza	442.437,63	-	-	442.
307	10	11		Competenze fisse ruolo professionale comparto	50.344,84	-	448,75	50.
307	20	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE STRAORDINARIO	8.067,42	67,42	-	8.
307	20	10	RPSTR	Straordinari ruolo professionale dirigenza	8.067,42	67,42	-	8.
307	20	11		Straordinari ruolo professionale comparto	-	-	-	
307	30	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	11.921,04	921,04	-	11.
307	30	10	RPNOTT	Indennità notturna e festiva ruolo professionale	11.921,04	921,04	-	11.
307	30	11		Indennità notturna e festiva ruolo professionale dirigenza comparto	-	-	-	
307	40	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INDENNITA' DI REPERIBILITA'	-	-	-	
307	40	10	RPREPE	Indennità di reperibilità ruolo professionale	-	-	-	
307	50	0		*MASTRO - INDENNITA' PREVISTE ART.49-50-51 DPR. 384/90	-	-	-	
307	50	10	RPI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo professionale	-	-	-	
307	50	20	RPQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo professionale	-	-	-	
307	50	21	RPQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo professionale	-	-	-	
307	50	22	RPQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo professionale	-	-	-	
307	60	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	1.702,56	-	-	1.
307	60	10	RPPROD	Incentivazione alla produttività ruolo professionale dirigenza	-	-	-	
307	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo professionale comparto	1.702,56	-	-	1.
307	60	20	RPPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo professionale	-	-	-	



307	70	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	1.171,24	-	-	1.
307	70	10	RPMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo professionale dirigenza	1.171,24	-	-	1.
307	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo professionale comparto	-	-	-	
307	70	20	RPEQUO	Equo indennizzo ruolo professionale dirigenza	-	-	-	
307	70	21		Equo indennizzo ruolo professionale comparto	-	-	-	
307	70	30	RPBENE	Concessioni e benefici ruolo professionale dirigenza	-	-	-	
307	70	31		Concessioni e benefici ruolo professionale comparto	-	-	-	
307	80	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE COMPETENZE FISSE E ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-	
307	80	10	RPCOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comandato ruolo professionale	-	-	-	
307	90	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	152.949,54	15,79	66,25	153.
307	90	10	RPOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo professionale dirigenza	139.015,79	15,79	-	139.
307	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo professionale comparto	13.933,75	-	66,25	14.
307	100	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-	
307	100	10	RPOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo professionale	-	-	-	
308	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	7.717.176,87	201.843,27	-	7.515.
308	10	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO COMPETENZE FISSE	5.448.435,29	108.951,95	-	5.339.
308	10	10	RTCOMF	Competenze fisse ruolo tecnico dirigenza	268.683,80	-	-	268.
308	10	11		Competenze fisse ruolo tecnico comparto	5.179.751,49	108.951,95	-	5.070.
308	20	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO STRAORDINARIO	153.803,74	3.803,74	-	150.
308	20	10	RTSTR	Straordinari ruolo tecnico dirigenza	-	-	-	
308	20	11		Straordinari ruolo tecnico comparto	153.803,74	3.803,74	-	150.
308	30	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	332.629,65	629,65	-	332.
308	30	10	RTNOTT	Indennità notturna e festiva ruolo tecnico dirigenza	-	-	-	
308	30	11		Indennità notturna e festiva ruolo tecnico comparto	332.629,65	629,65	-	332.
308	40	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' DI REPERIBILITA'	-	-	-	

308	40	10	RTREPE	Indennità di reperibilità ruolo tecnico	-	-	-	-
308	50	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' PREVISTE ART.49- 50-51 DPR.384/90	-	-	-	-
308	50	10	RTI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo tecnico	-	-	-	-
308	50	20	RTQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo tecnico	-	-	-	-
308	50	21	RTQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo tecnico	-	-	-	-
308	50	22	RTQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo tecnico	-	-	-	-
308	60	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	116.108,54	-	-	116.
308	60	10	RTPROD	Incentivazione alla produttività ruolo tecnico dirigenza	-	-	-	-
308	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo tecnico comparto	116.108,54	-	-	116.
308	60	20	RTPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo tecnico	-	-	-	-
308	70	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	10.763,26	1.393,08	-	9.
308	70	10	RTMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo tecnico dirigenza	2.600,22	-	-	2.
308	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo tecnico comparto	8.163,04	1.393,08	-	6.
308	70	20	RTEQUO	Equo indennizzo ruolo tecnico dirigenza	-	-	-	-
308	70	21		Equo indennizzo ruolo tecnico comparto	-	-	-	-
308	70	30	RTBENE	Concessioni e benefici ruolo tecnico dirigenza	-	-	-	-
308	70	31		Concessioni e benefici ruolo tecnico comparto	-	-	-	-
308	80	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO COMPETENZE FISSE E ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-	-
308	80	10	RTCOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comandato ruolo tecnico	-	-	-	-
308	90	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	1.655.436,39	87.064,85	-	1.568.
308	90	10	RTOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo tecnico dirigenza	71.371,54	-	-	71.
308	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo tecnico comparto	1.584.064,85	87.064,85	-	1.497.
308	100	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-	-
308	100	10	RTOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo tecnico	-	-	-	-
309	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	9.982.598,79	464.195,77	-	9.518.

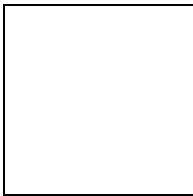


309	10	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO COMPETENZE FISSE	7.405.711,12	313.965,06	-	7.091.711,12
309	10	10	RACOMF	Competenze fisse ruolo amministrativo dirigenza	951.075,47	129.326,07	-	821.749,40
309	10	11		Competenze fisse ruolo amministrativo comparto	6.454.635,65	184.638,99	-	6.269.996,66
309	20	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO STRAORDINARIO	127.870,17	2.870,17	-	125.000,00
309	20	10	RASTR	Straordinari ruolo amministrativo dirigenza	25,78	25,78	-	
309	20	11		Straordinari ruolo amministrativo comparto	127.844,39	2.844,39	-	125.000,00
309	30	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	3.053,32	53,32	-	3.000,00
309	30	10	RANOTT	Indennità notturna e festiva ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-	
309	30	11		Indennità notturna e festiva ruolo amministrativo comparto	3.053,32	53,32	-	3.000,00
309	40	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' DI REPERIBILITA'	-	-	-	
309	40	10	RAREPE	Indennità di reperibilità ruolo amministrativo	-	-	-	
309	50	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' PREVISTE ART.49-50-51 DPR.384/90	-	-	-	
309	50	10	RAI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo amministrativo	-	-	-	
309	50	20	RAQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo amministrativo	-	-	-	
309	50	21	RAQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo amministrativo	-	-	-	
309	50	22	RAQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo amministrativo	-	-	-	
309	60	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	183.994,11	-	-	183.994,11
309	60	10	RAPROD	Incentivazione alla produttività ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-	
309	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo amministrativo comparto	183.994,11	-	-	183.994,11
309	60	20	RAPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo amministrativo	-	-	-	
309	70	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	55.849,79	2.674,54	-	53.175,25
309	70	10	RAMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo amministrativo dirigenza	735,00	312,00	-	423,00
309	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo amministrativo comparto	26.841,69	1.841,69	-	25.000,00

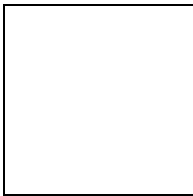
309	70	20	RAEQUO	Equo indennizzo ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-	-
309	70	21		Equo indennizzo ruolo amministrativo comparto	15.752,25	-	-	15.752,25
309	70	30	RABENE	Concessioni e benefici ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-	-
309	70	31		Concessioni e benefici ruolo amministrativo comparto	12.520,85	520,85	-	12.520,85
309	80	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO COMPETENZE FISSE E ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-	-
309	80	10	RACOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comando ruolo amministrativo	-	-	-	-
309	90	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	2.206.120,28	144.632,68	-	2.061.487,60
309	90	10	RAOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo amministrativo dirigenza	276.487,60	-	-	276.487,60
309	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo amministrativo comparto	1.929.632,68	144.632,68	-	1.785.000,00
309	100	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-	-
309	100	10	RAOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo amministrativo	-	-	-	-
310	0	0		*** SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI	3.892.626,49	728.685,01	379.202,56	3.543.138,92
310	10	0		*MASTRO - INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONERI SOCIALI DEL DIRETTORE GENERALE	174.629,13	2.188,09	950,48	177.767,70
310	10	10	SADGEN	Compensi al direttore generale	139.443,00	1.837,09	-	137.605,91
310	10	11	RSDGEN	Rimborso spese al direttore generale	351,00	351,00	-	702,00
310	10	12	OSDGEN	Oneri sociali su compensi al direttore generale	34.835,13	-	950,48	35.785,61
310	20	0		*MASTRO - INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONERI SOCIALI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	157.136,56	95.136,56	-	62.000,00
310	20	10	SADAMM	Compensi al direttore amministrativo	123.949,77	71.949,77	-	52.000,00
310	20	11	RSDAMM	Rimborso spese al direttore amministrativo	255,22	255,22	-	510,44
310	20	12	OSDAMM	Oneri sociali su compensi al direttore amministrativo	32.931,57	22.931,57	-	10.000,00
310	30	0		*MASTRO - INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONERI SOCIALI DEL DIRETTORE SANITARIO	142.762,81	81.762,81	-	61.000,00
310	30	10	SADSAN	Compensi al direttore sanitario	117.147,13	70.147,13	-	47.000,00
310	30	11	RSDSAN	Rimborso spese al direttore sanitario	1.160,70	160,70	-	1.321,40

310	30	12	OSDSAN	Oneri sociali su compensi al direttore sanitario	24.454,98	11.454,98	-	13.
310	40	0		*MASTRO - INDENNITA' , RIMBORSO SPESE AI MEMBRI DEL COLLEGIO DEI REVISORI	95.883,06	4.760,53	12.383,67	103.
310	40	10	SACREV	Compenso ai membri del collegio dei revisori	81.770,04	-	12.383,67	94.
310	40	11	RSREVI	Oneri sociali su compensi ai membri del collegio dei revisori	-	-	-	
310	40	12	PSREVI	Rimborso spese ai membri del collegio dei revisori	14.113,02	4.760,53	-	9.
310	50	0		*MASTRO - SPESE AMMINISTRATIVE	3.322.214,93	544.837,02	365.868,41	3.143.
310	50	10	SACOMM	Indennità e rimborso spese ai membri di commissioni varie	91.206,43	40.785,66	-	50.
310	50	20	SARAPP	Spese di rappresentanza	2.917,37	1.611,64	-	1.
310	50	30	SAPUBB	Spese di pubblicità	250.226,25	115.866,86	-	134.
310	50	40	SAPOST	Spese postali	128.043,78	6.523,89	-	121.
310	50	50	SACOND	Quote per spese condominiali	19.457,05	457,05	-	19.
310	50	60	SAENEL	Energia elettrica	573.346,74	-	26.653,26	600.
310	50	70	SAACQU	Acqua	176.940,47	940,47	-	176.
310	50	80	SATELE	Telefono	446.678,76	-	53.321,24	500.
310	50	90	SALEGA	Spese legali	538.901,64	-	145.098,36	684.
310	50	100	SARISA	Spese per liti, arbitraggi e risarcimenti	209.189,02	-	81.467,24	290.
310	50	110	SACANC	Cancelleria, stampati ed abbonamenti vari	389.529,75	30.331,26	-	359.
310	50	120	SAASSI	Premi assicurazione contro il furto l'incendio e la responsabilità civile	117.004,77	-	59.328,31	176.
310	50	130	SAALTR	Altre somme non attribuibili	378.772,90	348.320,19	-	30.
311	0	0		*** ONERI FINANZIARI	4.905.016,94	1.765.144,26	-	3.139.
311	10	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI TESORERIA	431.583,42	11.710,74	-	419.
311	10	10	IPAOTE	Interessi passivi per anticipazioni di tesoreria	431.583,42	11.710,74	-	419.
311	20	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI STRAORDINARIE DI TESORERIA PER RIPIANO DISAVANZI PREVISTI PER LEGGE	920.493,76	493,76	-	920.
311	20	10	IPASTE	Interessi passivi per anticipazioni straordinarie di tesoreria per ripiano disavanzi previsti per legge	920.493,76	493,76	-	920.
311	30	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI SU MUTUI	-	-	-	
311	30	10	IPMUTU	Interessi passivi su mutui	-	-	-	

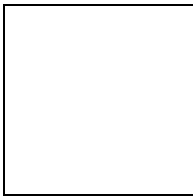
311	40	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI SU ALTRE FORME DI CREDITO DI CUI ART.3 C.2/F D.LGSVO 502 DEL 30/12/92	-	-	-	-
311	40	10	IPCRED	Interessi passivi su altre forme di credito di cui all'art. 3 c. 2/F DLgs 502/92	-	-	-	-
311	50	0		*MASTRO - SPESE SU DISPONIBILITA' FINANZIARIE ED ALTRE NON ATTRIBUIBILI	1.780,72	1.780,72	-	-
311	50	10	IPDIFI	Spese su disponibilit� finanziarie ed altre non attribuibili	1.780,72	1.780,72	-	-
311	60	0		*MASTRO - INTERESSI MORATORI E RIVALUTAZIONE MONETARIA	3.551.159,04	1.751.159,04	-	1.800.000,00
311	60	10	IPMORA	Interessi moratori e di rivalutazione monetaria	3.551.159,04	1.751.159,04	-	1.800.000,00
311	70	0		*MASTRO - ALTRI INTERESSI PASSIVI	-	-	-	-
311	70	10	IPALTR	Altri interessi passivi	-	-	-	-
312	0	0		*** SERVIZI APPALTATI	9.808.352,10	2.246.320,63	160.138,60	7.722.000,00
312	10	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI LAVANDERIA	113.939,30	705,65	-	113.939,30
312	10	10	APLAVA	Servizi appaltati di lavanderia	113.939,30	705,65	-	113.939,30
312	20	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI PULIZIA	2.187.009,87	98.075,35	-	2.088.934,52
312	20	10	APPULI	Servizi appaltati di pulizia	2.187.009,87	98.075,35	-	2.088.934,52
312	30	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI MENSA	2.461.822,01	319.212,98	-	2.142.609,03
312	30	10	APMENS	Servizi appaltati di mensa	2.461.822,01	319.212,98	-	2.142.609,03
312	40	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI RISCALDAMENTO	-	-	-	-
312	40	10	APRISC	Servizi appaltati di riscaldamento	-	-	-	-
312	50	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI DI ELABORAZIONE DATI	153.581,91	-	43.262,98	196.844,89
312	50	10	APELAB	Servizi appaltati di elaborazione dati	153.581,91	-	43.262,98	196.844,89
312	60	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI DI TRASPORTI	407.576,09	32.051,24	42.930,00	418.500,00
312	60	10	TRSAN	Servizi appaltati di trasporti (sanitaril)	386.696,09	32.051,24	-	354.644,85
312	60	20	APTRAS	Servizi appaltati di trasporti (non sanitaril)	20.880,00	-	42.930,00	63.810,00
312	70	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI SMALTIMENTO RIFIUTI	230.492,31	-	73.945,62	304.437,93
312	70	10	APRIFI	Servizi appaltati di smaltimento rifiuti	230.492,31	-	73.945,62	304.437,93
80	0	0		*MASTRO - ALTRI SERVIZI APPALTATI	4.253.930,61	1.796.275,41	-	2.457.655,20
312	80	10	APALTR	Altri servizi appaltati(lavoro interinale)	3.896.275,41	1.796.275,41	-	2.100.000,00
312	80	11	APVIGI	Servizio di vigilanza	357.655,20	-	-	357.655,20



313	0	0		*** MINUSVALENZE	-	-	-	-
313	10	0		*MASTRO - MINUSVALENZE				
313	10	10		MINUSVALENZE			-	-
314	0	0		*** IMPOSTE E TASSE	6.975.067,15	365.067,15	-	6.610.000,00
314	10	0		*MASTRO - IMPOSTE, TASSE, TRIBUTI A CARICO DELL'USL	6.975.067,15	365.067,15	-	6.610.000,00
314	10	10	ITUSL	Imposte tasse e tributi a carico dell'ASL	119.537,29	9.537,29	-	110.000,00
314	10	20	IRAP	Imposte tasse irap a carico dell'ASL	6.855.529,86	355.529,86	-	6.500.000,00
314	20	0		*MASTRO - ACCANTONAMENTO IMPOSTE	-	-	-	-
314	20	10	ITACCA	Accantonamento imposte	-	-	-	-
315	0	0		*** AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONE CREDITI	2.457.233,89	2.457.233,89	-	-
315	10	0		*MASTRO - QUOTE DI AMMORTAMENTO DI IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI:	2.388.949,10	2.388.949,10	-	-
315	10	10		Quote di ammortamento fabbricati	980.725,09	980.725,09	-	-
315	10	20		Quote di ammortamento impianti e macchinari	314.663,97	314.663,97	-	-
315	10	30		Quote di ammortamento attrezzature sanitarie	497.834,58	497.834,58	-	-
315	10	40		Quote di ammortamento mobili e arredi	135.146,35	135.146,35	-	-
315	10	50		Quote di ammortamento automezzi	34.726,75	34.726,75	-	-
315	10	60		Quote di ammortamento altri beni	383.522,07	383.522,07	-	-
315	10	70		Quote di ammortamento costi di manutenzione straordinaria	42.330,29	42.330,29	-	-
315	20	0		*MASTRO - QUOTE DI AMMORTAMENTO DI IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI:	68.284,79	68.284,79	-	-
315	20	10		Quote di ammortamento costi di impianto e di ampliamento	-	-	-	-
315	20	20		Quote di ammortamento costi di ricerca e sviluppo	-	-	-	-
315	20	30		Quote di ammortamento diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere d'ingegno	-	-	-	-
315	20	40		Quote di ammortamento software	68.284,79	68.284,79	-	-
315	30	0		*MASTRO - SVALUTAZIONE CREDITI	-	-	-	-
315	30	10		Perdite presunte su crediti	-	-	-	-
316	0	0		*** ACCANTONAMENTI	7.181.401,44	7.181.401,44	852.561,78	852.561,78
316	10	0		*MASTRO - ACCANTONAMENTI PER RISCHI	-	-	852.561,78	852.561,78
316	10	10		Accantonamenti per rischi	-	-	852.561,78	852.561,78



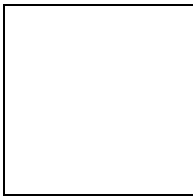
316	20	0		*MASTRO - PER PREMIO DI OPEROSITA' (SUMAI)	-	-	-	
316	20	10		Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	-	-	-	
316	30	0		*MASTRO - PER ALTRI ACCANTONAMENTI	7.181.401,44	7.181.401,44	-	
316	30	10		Altri accantonamenti	7.181.401,44	7.181.401,44	-	
317	0	0		*** SOPRAVVENIENZE PASSIVE E INSUSSISTENZE ATTIVE	12.314.310,74	12.314.310,74	-	
317	10	0		*MASTRO - PERDITE SU CREDITI	12.314.310,74	12.314.310,74	-	
317	10	10		Perdite su crediti	-	-	-	
317	10	11	SOPASSA	Sopravvenienze passive (EQUO INDENNIZZO ECC.)	11.859.214,26	11.859.214,26	-	
317	10	12		Insussistenze attive	455.096,48	455.096,48	-	
318	0	0		*** RIMANENZE	8.071.402,89	8.071.402,89	-	
318	10	0		*MASTRO - MERCI C/RIMANENZE INIZIALI	8.071.402,89	8.071.402,89	-	
318	10	10		Merici c/rimanenze iniziali	8.071.402,89	8.071.402,89	-	
							-	
TOTALE COSTI					315.962.960,98	46.580.708,08	4.407.117,16	273.789.3
401	0	0		*** CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	245.767.245,39	358.837,07	11.954,68	245.420.3
401	10	0		*MASTRO - CONTRIBUTI DA REGIONE PER QUOTA FONDO SANITARIO	244.300.328,02	354.929,02	-	243.945.3
401	10	10	FSNIND	Contributi da regione per quota fondo sanitario indistinta	242.368.399,00	-	-	242.368.3
401	10	20	FSNVIN	Contributo regionale quota fondo sanitario vincolata	1.931.929,02	354.929,02	-	1.577.9
401	10	21	FSNEVIN	Contributo regionale extra fondo vincolati	-	-	-	-
401	20	0		*MASTRO - CONTRIBUTI DA REGIONE PER CONTRIBUTI SANITARI	-	-	-	
401	20	10	FUNSTA	Contributo regionale per funzioni sub delegate statali	-	-	-	-
401	20	20	FUNREG	Contributo regionale per funzioni sub delegate regionali	-	-	-	-
401	30	0		*MASTRO - CONTRIBUTI DA REGIONE PER ULTERIORI FINANZIAMENTI	3.908,05	3.908,05	-	
401	30	10	ULTFIN	Contributo regionale per ulteriori finanziamenti	3.908,05	3.908,05	-	
401	40	0		*MASTRO - CONTRIBUTI DA AMMINISTRAZIONI STATALI	1.463.009,32	-	11.954,68	1.474.9
401	40	10	CONAMM	Contributi da amministrazioni statali	1.463.009,32	-	11.954,68	1.474.9



401	50	0		*MASTRO - CONTRIBUTI DA ALTRI ENTI:	-	-	-	
401	50	10	CONCOM	Contributi da comuni	-	-	-	
401	50	20	COMPRO	Contributi da provincia	-	-	-	
401	50	30	CONESP	Contributi da settore pubblico allargato	-	-	-	
401	50	40		Contributi da enti privati	-	-	-	
402	0	0		*** PROVENTI E RICAVI DIVERSI	1.806.924,85	1.479.162,65	712.535,60	1.040.2
402	10	0		*MASTRO -PROVENTI E RICAVI PER SERVIZI A ENTI PREVIDENZIALI	-	-	-	
402	10	10	SEREP	Proventi e ricavi per servizi a enti previdenziali	-	-	-	
402	20	0		*MASTRO - PROVENTI E RICAVI PER SERVIZI RESI AD AMMINISTRAZIONI STATALI	26.573,73	-	-	26.5
402	20	10	SERAS	Proventi e ricavi per servizi resi ad amministrazioni statali	26.573,73	-	-	26.5
402	30	0		*MASTRO - PROVENTI E RICAVI PER SERVIZI RESI AD ALTRI ENTI DEL SETTORE PUBBLICO ALLARGATO	-	-	-	
402	30	10	SERESP	Proventi e ricavi per servizi resi ad enti del settore pubblico allargato	-	-	-	
402	40	0		*MASTRO - PROVENTI E RICAVI PER SERVIZI RESI AD AMMINISTRAZIONI PRIVATE	-	-	-	
402	40	10	SERAP	Proventi e ricavi per servizi resi ad amministrazioni private	-	-	-	
402	50	0		*MASTRO - PROVENTI E RICAVI PER ATTUAZIONE DIRETTIVE N. 85/73/CEE E 88/409/CEE	54.127,36	-	37.518,64	91.0
402	50	10	DIRCEE	Proventi e ricavi per attuazione direttive CEE n. 85/73 e 88/409	54.127,36	-	37.518,64	91.0
402	60	0		*MASTRO - PROVENTI E RICAVI PER SERVIZI A PRIVATI PAGANTI:	1.560.309,96	1.479.162,07	640.686,00	721.3
402	60	10	SPEDIA	Proventi e ricavi per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale in strutture pubbliche	251,25	-	-	2
402	60	20	LIBPRO	Proventi e ricavi per prestazioni libero professionali	1.479.162,07	1.479.162,07	-	
402	60	30		Proventi e ricavi per altri servizi	12.100,51	-	-	12.
402	60	31	SPERIM	Proventi e ricavi per sperimentazione di farmaci	37.050,00	-	-	37.
402	60	32	VISFIS	Proventi e ricavi per visite fiscali	-	-	-	
402	60	21	RALTR	Proventi e ricavi per attività mediche	31.746,13	-	640.686,00	672.
402	70	0		*MASTRO - DIRITTI PER RILASCIO DI CERTIFICATI E CARTELLE CLINICHE	11.650,58	0,58	-	11.0

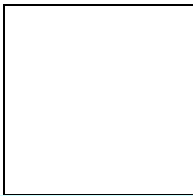
402	70	10	CARCLI	Diritti per rilascio di certificati e cartelle cliniche	11.650,58	0,58	-	11.651,16
402	80	0		*MASTRO - MULTE, AMMENDE E CONTRAVVENZIONI VIGILI SANITARI	119.227,04	-	34.330,96	153.557,00
402	80	10	MULTE	Proventi, multe, ammende e contravvenzioni per vigili sanitari	119.227,04	-	34.330,96	153.557,00
402	90	0		*MASTRO ALTRI RICAVI	35.036,18	-	-	35.036,18
402	90	10		Altri ricavi	35.036,18	-	-	35.036,18
402	90	20		RICAVI PER QUOTE SOCIALI (CONTO 303.30.60 E 303.30.70)	-	-	-	-
403	0	0		*** CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI SPESE	321.551,71	49.096,10	-	272.455,61
403	10	0		*MASTRO - CONCORSO DA PARTE DEL PERSONALE NELLE SPESE PER VITTO, VESTIARIO E ALLOGGIO	-	-	-	-
403	10	10		Concorso da parte del personale nelle spese per vitto, vestiario ed alloggio	-	-	-	-
403	20	0		*MASTRO - RECUPERI PER AZIONI DI RIVALSA	1.513,00	-	-	1.513,00
403	20	10		Recuperi per prestazioni sanitarie	-	-	-	-
403	20	20		Recuperi per altre azioni	1.513,00	-	-	1.513,00
403	30	0		*MASTRO - CONCORSI, RIMBORSI ED ALTRI RECUPERI DA SOGGETTI DIVERSI:	320.038,71	49.096,10	-	270.942,61
403	30	10		Rimborsi	320.038,71	49.096,10	-	270.942,61
403	40	0		*MASTRO - STORNO STIPENDI PERSONALE DIPENDENTE	-	-	-	-
403	40	10	STSTIP	Storno stipendi personale dipendente	-	-	-	-
403	50	0		*MASTRO - CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI SPESE PER ATTIVITA' NON TIPICHE	-	-	-	-
403	50	10		Concorsi, recuperi, rimborsi spese per attività non tipiche	-	-	-	-
404	0	0		*** COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE	2.024.760,68	292.451,68	-	1.732.309,00
404	10	0		*MASTRO - PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI IN STRUTTURE PUBBLICHE	2.024.760,68	292.451,68	-	1.732.309,00
404	10	10	COMSPE	Partecipazione alla spesa per prestazioni in strutture pubbliche	2.024.760,68	292.451,68	-	1.732.309,00
405	0	0		*** INTERESSI ATTIVI	244,82	244,82	-	489,64
405	10	0		*MASTRO - INTERESSI ATTIVI SU C/ TESORERIA	-	-	-	-
405	10	10		Interessi attivi su c/tesoreria	-	-	-	-
405	20	0		*MASTRO - INTERESSI ATTIVI SU C/C POSTALI E BANCARI	-	-	-	-

405	20	10		Interessi attivi su cc postali e bancari	-	-	-	
405	30	0		*MASTRO - INTERESSI ATTIVI VARI	244,82	244,82	-	
405	30	10		Interessi attivi vari	244,82	244,82	-	
406	0	0		*** ENTRATE VARIE	487,19	-	-	
406	10	0		*MASTRO - DISTRIBUTORI DI CAFFE', ACQUA MINERALE E COMPENSI EROGATI DALLA SIP PER LA GESTIONE DI TELEFONO PUBBLICO	-	-	-	
406	10	10		Distributori di caffè, acqua minerale e comp. erogati dalla SIP per gestione di telefono pubblico	-	-	-	
406	20	0		*MASTRO - FITTI ATTIVI	487,19	-	-	
406	20	10		Fitti attivi	487,19	-	-	
407	0	0		*** PLUSVALENZE	4.642,80	4.642,80	-	
407	10	0		*MASTRO - VENDITE DI BENI FUORI USO	4.642,80	4.642,80	-	
407	10	10		Vendita di beni fuori uso	4.642,80	4.642,80	-	
407	20	0		*MASTRO - SCONTI E ABBUONI ATTIVI	-	-	-	
407	20	10		SCONTI E ABBUONI ATTIVI	-	-	-	
408	0	0		*** SOPRAVVENIENZE ATTIVE E INSUSSISTENZE PASSIVE	4.381.324,40	4.381.324,40	-	
408	10	0		*MASTRO - DONAZIONI E LASCITI	4.381.324,40	4.381.324,40	-	
408	10	10		Donazioni e lasciti	55.425,36	55.425,36	-	
408	10	11		Sopravvenienze attive	3.460.731,34	3.460.731,34	-	
408	10	12		Insussistenze passive	865.167,70	865.167,70	-	
409	0	0		*** UTILIZZO DI FONDI ACCANTONATI	-	-	-	
409	10	0		*MASTRO - UTILIZZO DA FONDO RISCHI	-	-	-	
409	10	10		Utilizzo fondo rischi	-	-	-	
409	20	0		*MASTRO - UTILIZZO DA FONDO SVALUTAZIONE CREDITI	-	-	-	
409	20	10		Utilizzo fondo svalutazione crediti	-	-	-	
409	30	0		*MASTRO - UTILIZZO FONDO DI OPEROSITA' (SUMAI)	-	-	-	
409	30	10		Utilizzo fondo premio di operosità (SUMAI)	-	-	-	
409	40	0		*MASTRO - UTILIZZO ALTRI FONDI	-	-	-	
409	40	10		Utilizzo altri fondi	-	-	-	

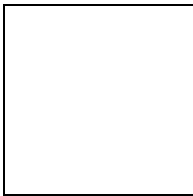


410	0	0		*** COSTI CAPITALIZZATI	2.457.233,89	2.457.233,89	-	
410	10	0		*MASTRO - UTILIZZO QUOTA DI CONTRIBUTI C/CAPITALE	2.457.233,89	2.457.233,89	-	
410	10	10		Utilizzo quota di contributi c/capitale	2.457.233,89	2.457.233,89	-	
411	0	0		*** RIMANENZE	5.146.762,35	5.146.762,35	-	
411	10	0		*MASTRO - MERCI C/RIMANENZE FINALI	5.146.762,35	5.146.762,35	-	
411	10	10		Merchi c/rimanenze finali	5.146.762,35	5.146.762,35	-	
TOTALE RICAVI					261.911.178,08	14.169.755,76	724.490,28	248.465.9
							-	
UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO					(54.051.782,90)	(32.410.952,32)	(3.682.626,88)	(25.323.4

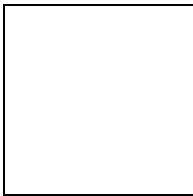
CONTO			causale	DESCRIZIONE	LEA ASSISTENZA OSPEDALIERA 3° LIVELLO	LEA ASSISTENZA DISTRETTUALE 2° LIVELLO	LEA PREVENZIONE 1° LIVELLO
301	0	0		*** ACQUISTI DI ESERCIZIO	19.927.765,80	8.099.995,58	931.005,04
301	10	0		*MASTRO - PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMODERIVATI	9.813.160,00	6.280.882,00	21.000,00
301	10	10	FARMA	Prodotti farmaceutici	9.580.000,00	6.280.882,00	21.000,00
301	10	20	EMODE	Emoderivati	233.160,00	-	-
301	20	0		*MASTRO - MATERIALI PER LA PROFILASSI IGIENICO-SANITARIA SIERI E VACCINI	-	-	715.005,17
301	20	10	MTPROF	Materiali per la profilassi igienico sanitaria, sieri e vaccini	-	-	715.005,17
301	30	0		*MASTRO - MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI CHIMICI PER ASSISTENZA	3.200.000,00	508.252,00	-
301	30	10	MTDIAG	Materiali diagnostici, prodotti chimici per assistenza	3.200.000,00	508.252,00	-
301	40	0		*MASTRO - MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX, MEZZI DI CONTRASTO PER RX, CARTA PER ECG, EEG, ECC...	570.000,00	88.125,70	-
301	40	10	MTRX	Materiali diagnostici, lastre rx, mezzi di contrasto rx, carta ecg	570.000,00	88.125,70	-



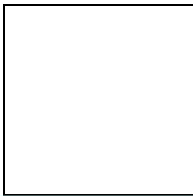
301	50	0		*MASTRO - PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI SANITARI	3.300.000,00	566.518,97	15.000,00
301	50	10	MTSAN	Presidi chirurgici e materiali sanitari	3.300.000,00	566.518,97	15.000,00
301	60	0		*MASTRO - MATERIALI PROTESICI E MATERIALI PER EMODIALISI	2.507.075,42	170.515,13	-
301	60	10	MTPROT	Materiali protesici	1.307.075,42	-	-
301	60	20	MTEMOD	Materiali per emodialisi	1.200.000,00	170.515,13	-
301	70	0		*MASTRO - PRODOTTI FARMACEUTICI PER USO VETERINARIO	-	-	8.980,87
301	70	10	PFVETE	Prodotti farmaceutici per uso veterinario	-	-	8.980,87
301	80	0		*MASTRO - MATERIALI CHIRURGICI SANITARI E DIAGNOSTICI PER USO VETERINARIO	-	4.884,02	20.319,00
301	80	10	MTVETE	Materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario	-	4.884,02	20.319,00
301	90	0		*MASTRO - PRODOTTI ALIMENTARI	15.174,38	-	-
301	90	10	PALIM	Prodotti alimentari	15.174,38	-	-
301	100	0		*MASTRO - MATERIALE DI GUARDAROBA, DI PULIZIA E DI CONVIVENZA IN GENERE	232.000,00	159.375,55	12.000,00
301	100	10	MTGUAR	Materiali di guardaroba	42.000,00	73.481,93	10.000,00
301	100	20	MTPUCO	Materiali di pulizia e convivenza	190.000,00	85.893,62	2.000,00
301	110	0		*MASTRO - COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRIFICANTI AD USO RISCALDAMENTO E CUCINE	250.000,00	252.611,88	15.000,00
301	110	10	COMRIS	Combustibili, carburanti e lubrificanti ad uso riscaldamento e cucine	250.000,00	252.611,88	15.000,00
301	120	0		*MASTRO - COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRIFICANTI AD USO TRASPORTO	13.173,00	42.922,53	115.000,00
301	120	10	COMTRA	Combustibili, carburanti e lubrificanti ad uso trasporto	13.173,00	42.922,53	115.000,00
301	130	0		*MASTRO - SUPPORTI MECCANOGRAFICI	27.183,00	25.907,80	8.700,00
301	130	10	SUPMEC	Supporti meccanografici	27.183,00	25.907,80	8.700,00
302	0	0		*** MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	1.219.714,22	272.686,19	14.970,54
302	10	0		*MASTRO - MATERIALE PER RIPARAZIONI	1.219.714,22	272.686,19	14.970,54
302	10	10	MTRIP	Materiale per riparazioni (di immobili)	43.649,00	25.864,12	3.189,00
302	20	10	MTMSAN	Materiali per manutenzione di attrezzature sanitarie	10.384,00	14.297,21	-



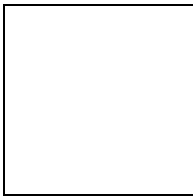
302	30	10	MTMTEC	Materiali per manutenzione di attrezzature tecnico economali	37.000,00	17.057,15	-
302	40	10	MANIMM	Manutenzione ordinaria in appalto agli immobili e loro pertinenze	106.000,00	41.711,27	945,00
302	50	10	MANMOB	Manutenzione ordinaria in appalto ai mobili e macchine	87.000,00	52.024,44	6.604,00
302	60	10	MANATT	Manutenzione ordinaria in appalto alle attrezzature tecnico-scientifiche-sanitarie	834.006,91	71.732,00	1.751,00
302	70	10		Manutenzione ordinaria automezzi	1.674,31		
302	80	10		Manutenzione ordinaria software	100.000,00	50.000,00	2.481,54
303	0	0		*** COSTI PER PRESTAZIONI DI SERVIZI	27.836.637,64	102.411.730,93	887.787,96
303	10	0		*MASTRO - CONVENZIONI PER ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	-	61.242.678,65	-
303	10	10	CSMEPE	Compensi ai medici generici		10.728.000,00	
303	10	11	RSMEGE	Rimborsi spese ai medici generici	-	-	
303	10	12	OSMEGE	Oneri sociali a carico dell'Ente su compenso ai medici generici	-	1.242.000,00	
303	10	15	CSPEDI	Compensi ai medici pediatri	-	2.907.000,00	
303	10	16	RSPEDI	Rimborsi spese ai medici pediatri	-	-	
303	10	17	OSPEDI	Oneri sociali a carico dell'Ente su compenso ai medici pediatri	-	277.000,00	
303	10	20	CSGUME	Compensi a guardia medica	-	4.663.000,00	
303	10	21	RSGUME	Rimborsi spese a guardia medica	-	-	
303	10	22	OSGUME	Oneri sociali a carico dell'Ente su compenso a guardiamedica	-	498.000,00	
303	10	25	CS118	Compensi ai medici del servizio 118	-	644.000,00	
303	10	26	OS118	Oneri sociali a carico dell'Ente medici 118	-	61.678,65	
303	10	30	CSFAES	Convenzione farmacie esterne	-	40.222.000,00	
303	10	31	CSFATE	Conv.farmacie territoriale	-	-	-
303	20	0		*MASTRO - CONVENZIONI SANITARIE PER ASSISTENZA SPECIALISTICA	-	11.587.999,78	700.000,00
303	20	10	CSANSP	Medici specialisti interni	-	2.218.173,00	700.000,00
303	20	11	OSSPIN	Oneri sociali su compensi ai medici specialisti interni	-	466.000,00	-
303	20	12	CSMDS	Medicina dei servizi	-	57.715,78	-
303	20	13	OSMDS	Oneri medici medicina dei servizi	-	7.000,00	-
303	20	20	CSSPES	Medici specialisti esterni	-	4.114.124,00	-



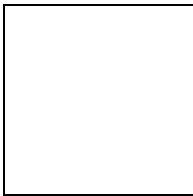
303	20	21	OSSPES	Oneri sociali su compensi ai medici specialisti esterni	-	-	-
303	20	30	CSLABO	Prestazioni di laboratorio esterne	-	3.563.483,00	-
303	20	31	CSDIAG	Prestazioni diagnostiche esterne	-	1.161.504,00	-
303	30	0		*MASTRO - CONVENZIONI SANITARIE RIABILITATIVE	-	27.832.486,00	-
303	30	21	CSKINE	Assistenza riabilitativa fisiokinesiterapica	-	1.693.715,00	-
303	30	10	CSPRRI	Assistenza protesica e riabilitativa ex art. 26./3 c.L. 833/78 e D.M. 2/3/84	-	3.229.218,00	-
303	30	11	CSPANN	Assistenza protesica fornitura pannoloni	-	803.755,00	-
303	30	20	CSRIST	Assistenza riabilitativa in istituti di cui a schema previsto da art. 26 L. 833/78	-	8.315.165,00	-
303	30	30	CSTOSS	Assistenza riabilitativa residenziale per tossicodipendenti	-	442.190,00	-
303	30	40	CSMENT	Assistenza riabilitativa residenziale malati e disturbati mentali	-	3.429.384,00	-
303	30	50	CSANZ	Assistenza riabilitativa residenziale per anziani non autosufficienti	-	9.919.059,00	-
303	30	60		ASSISTENZA RIABILITATIVA RESIDENZIALI PER MALATI E DISTURBATI MENTALI A CARICO DELLA QUOTA SOCIALE	-	-	-
303	30	70		ASSISTENZA RIABILITATIVA PER ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTI A CARICO DELLA QUOTA SOCIALE	-	-	-
303	40	0		*MASTRO - CONVENZIONI SANITARIE INTEGRATIVE	-	1.285.000,00	-
303	40	10	CSITOS	Assistenza integrativa territoriale tossicodipendenti	-	345.000,00	-
303	40	20	CSIMEN	Assistenza integrativa territoriale ai malati e disturbati mentali	-	800.000,00	-
303	40	30	CSIANZ	Assistenza integrativa territoriale ai disabili ed anziani non autosufficienti	-	50.000,00	-
303	40	40	CSIDIV	Assistenza integrativa diversa	-	90.000,00	-
303	40	50	CSTERM	Assistenza termale e diversa	-	-	-
303	40	60	CSCONS	Consultore familiare	-	-	-
303	50	0		*MASTRO - CONVENZIONE PER ASSISTENZA OSPEDALIERA	27.639.000,00	-	-
303	50	10	CSAPUB	Istituti scientifici di diritto pubblico			
303	50	20	CSAPRI	Istituti scientifici di diritto privato			
303	50	30	CSAECC	Ospedali ecclesiastici classificati	-	-	-
303	50	40	CSAUNI	Istituti e cliniche universitari	-	-	-
303	50	50	CSACUR	Case di cura private	27.639.000,00	-	-
303	50	60	CSAENT	Enti di cui all'art. 4 D.L.gs 502/92	-	-	-



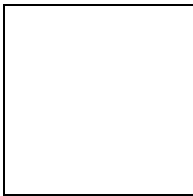
303	60	0		*MASTRO - SERVIZI VARI	126.704,93	-	185.787,96
303	60	10	CVRELI	Spese per personale religioso convenzionato	102.731,40	-	-
303	60	11	OSRELI	Oneri sociali su compensi al personale religiosoconvenzionato	23.973,53	-	-
303	60	20	CVTIRO	Personale tirocinante e/o borsista compresi gli oneri riflessi	-	-	-
303	60	30	CVPROF	Compartecipazioni sanitarie al personale del ruolo sanit. per attività libero-prof.le. Svolte nei presidi dell'ASL	-	-	-
303	60	31	CALTR	Compartecipazione per altre attivita'	-	-	-
303	60	40	CVDOCE	Ind. per att. di libera docenza svolta da pers. Dip. in occasione di corsi di aggiornamento	-	-	-
303	60	50	CVDEST	Compensi a docenti esterni	-	-	-
303	60	60	LAVSUT	Compensi a lavoratori socialmente utili	-	-	-
303	60	70	ONPERS	Oneri riflessi personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale	-	-	-
303	60	80	ACCANI	Servizio di accalappiamento cani	-	-	35.856,00
303	60	85	ABBATT	Servizio abbattimento animali	-	-	149.931,96
303	70	0		*MASTRO - RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI	-	448.000,00	2.000,00
303	70	10	CRRICI	Rimborsi per ricoveri in Italia	-	-	-
303	70	20	CRRICE	Rimborsi per ricoveri all'estero	-	-	-
303	70	30	CRALTR	Rimborsi per altra assistenza sanitaria	-	440.000,00	-
303	70	40	CRASSE	Contributi, sussidi ed assegni vari agli assistiti (TBC)	-	-	-
303	70	50	CRASSV	Contributi ad associazioni di volontariato	-	-	-
303	70	60	CRENTI	Contributi ad enti	-	-	-
303	70	70	CRO8%	Quota 8% a I.Z.S. per dir. 85/73 CEE e 88/409 CEE	-	8.000,00	-
303	70	80	CRO2%	Quota 2% a I.Z.S. per dir. 85/73 CEE e 88/409 CEE	-	-	2.000,00
303	80	0		*MASTRO - CONSULENZE	70.932,71	15.566,50	-
303	80	10	CCONSA	Consulenze sanitarie	70.932,71	-	-
303	80	20	CCONTE	Consulenze tecniche	-	15.566,50	-
304	0	0		*** COSTI PER PRESTAZIONI DI SERVIZI INIZIATIVE PROGRAMMATICHE	35.000,00	36.500,00	19.307,97
304	10	0		*MASTRO - SERVIZI PRESSO TERZI	35.000,00	17.500,00	19.307,97



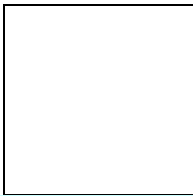
304	10	10	CPTFOR	Servizi c/o terzi per la formazione, qualificazione e riqualificazione del personale	35.000,00	17.500,00	19.307,97
304	10	20	CPTRIC	Servizi c/o terzi per la ricerca scientifica	-		
304	10	30	CPTEDU	Servizi c/o terzi per le iniziative di educazione sanitaria	-		
304	10	40	CPTALT	Servizi c/o terzi per altre attività	-		
304	20	0		*MASTRO - SERVIZI DIRETTAMENTE GESTITI	-	19.000,00	-
304	20	10	CPDFOR	Servizi direttamente gestiti per la formazione, qualificazione e riqualificazione del personale	-	19.000,00	
304	20	20	CPDRIC	Servizi direttamente gestiti per la ricerca scientifica	-	-	-
304	20	30	CPDEDU	Servizi direttamente gestiti per le iniziative di educazione sanitaria	-	-	-
304	20	40	CPDINF	Servizi direttamente gestiti per la scuola infermieri professionali ed altri	-	-	-
304	20	50	CPDALT	Servizi direttamente gestiti per altre attività		-	
305	0	0		*** GODIMENTI DI BENI DI TERZI	3.282.062,62	1.360.000,00	65.161,93
305	10	0		*MASTRO - FITTI REALI	-	990.000,00	65.161,93
305	10	10	FITTI	Fitti reali		990.000,00	65.161,93
305	20	0		*MASTRO - CANONI PER CENTRI ELETTROCONTABILI ED ASSIMILATI	-	-	-
305	20	10	CANELE	Canoni per centri elettrocontabili ed assimilati	-		
305	30	0		*MASTRO - CANONI DI NOLEGGIO PER ATTREZZATURE TECNICO SANITARIE	370.000,00	370.000,00	-
305	30	10	CANSAN	Canoni di noleggio per attrezzature tecnico sanitarie	370.000,00	370.000,00	
305	40	0		*MASTRO - CANONI DI LEASING OPERATIVO	2.912.062,62	-	-
305	40	10	LEASIN	Canoni di leasing operativo	2.912.062,62	-	
306	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	44.982.613,66	14.397.246,86	8.439.592,90
306	10	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO COMPETENZE FISSE	34.711.474,69	7.626.501,08	7.395.371,32
306	10	10	RSCOMF	Competenze fisse ruolo sanitario dirigenza medica	19.194.239,62	2.580.000,00	4.254.251,32
306	10	11		Competenze fisse ruolo sanitario Dirigenza non Medica	1.739.463,00	878.522,00	281.120,00
306	10	12		Competenze fisse ruolo sanitario Comparto	13.777.772,07	4.167.979,08	2.860.000,00
306	20	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO STRAORDINARIO	296.000,00	164.000,00	2.000,00
306	20	10	RSSTR	Straordinari ruolo sanitario dirigenza medica	-	202.000,00	-



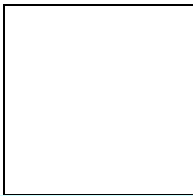
306	20	11		Straordinario ruolo sanitario Dirigenza non Medica		-	
306	20	12		Straordinario fisso ruolo sanitario Comparto	296.000,00	(38.000,00)	2.000,00
306	30	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	1.426.800,00	915.540,00	35.660,00
306	30	10	RSNOTT	Indennità notturna e festiva ruolo sanitario dirigenza medica	453.600,00	268.240,00	34.160,00
306	30	11		Indennità notturna e festiva ruolo sanitario dirigenza non medic	9.600,00	4.900,00	1.500,00
306	30	12		Indennità notturna e festiva ruolo sanitario comparto	963.600,00	642.400,00	
306	40	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA'DI REPERIBILITA'	-	-	-
306	40	10	RSREPE	Indennità di reperibilità ruolo sanitario	-	-	-
306	50	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA' PREVISTE ART.49-50-51 D.P.R.384/90	-	-	-
306	50	10	RSI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo sanitario	-	-	-
306	50	20	RSQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo sanitario	-	-	-
306	50	21	RSQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo sanitario	-	-	-
306	50	22	RSQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo sanitario	-	-	-
306	50	23	RSVETE	Accantonamento fondo veterinari - ruolo sanitario	-	-	-
306	60	0		*MASTRO -RUOLO SANITARIO INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	-	585.273,19	-
306	60	10	RSPROD	Incentivazione alla produttività ruolo sanitario dirigenza medica	-	-	-
306	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo sanitario dirigenza non medica	-	-	-
306	60	12		Incentivazione alla produttività ruolo sanitario comparto	-	585.273,19	-
306	60	20	RSPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo sanitario	-	-	-
306	70	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	-	413.601,53	-
306	70	10	RSMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo sanitario dirigenza medica	-	60.000,00	-
306	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo sanitario dirigenza non medica	-	1.271,30	-
306	70	12		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo sanitario comparto	-	33.000,00	-
306	70	20	REQUO	Equo indennizzo ruolo sanitario dirigenza medica	-	26.918,49	-
306	70	21		Equo indennizzo ruolo sanitario dirigenza non medica	-	3.130,02	-



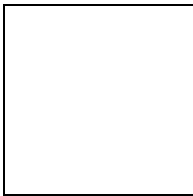
306	70	22		Equo indennizzo ruolo sanitario comparto	-	31.868,40	-
306	70	30	RSBENE	Concessioni e benefici ruolo sanitario dirigenza medica	-	250.313,88	-
306	70	31		Concessioni e benefici ruolo sanitario dirigenza non medica	-	-	-
306	71	32		Concessioni e benefici ruolo sanitario comparto	-	7.099,44	-
306	80	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO COMPETENZE FISSE ED ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-
306	80	10	RSCOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comandato ruolo sanitario	-	-	-
306	90	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	8.548.338,97	4.692.331,07	1.006.561,58
306	90	10	RSOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo sanitario dirigenza medica	4.333.800,00	2.269.200,00	620.000,00
306	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo sanitario dirigenza non medica	462.738,97	269.931,07	38.561,58
306	90	12		Oneri sociali su competenze fisse ruolo sanitario comparto	3.751.800,00	2.153.200,00	348.000,00
306	100	0		*MASTRO - RUOLO SANITARIO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-
306	100	10	RSOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo sanitario	-	-	-
307	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	462.534,29	183.048,85	22.521,88
307	10	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE COMPETENZE FISSE	294.134,29	176.975,05	22.121,88
307	10	10	RPCOMF	Competenze fisse ruolo professionale dirigenza	243.340,70	176.975,05	22.121,88
307	10	11		Competenze fisse ruolo professionale comparto	50.793,59	-	-
307	20	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE STRAORDINARIO	4.400,00	3.200,00	400,00
307	20	10	RPSTR	Straordinari ruolo professionale dirigenza	4.400,00	3.200,00	400,00
307	20	11		Straordinari ruolo professionale comparto	-	-	-
307	30	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	11.000,00	-	-
307	30	10	RPNOTT	Indennità notturna e festiva ruolo professionale	11.000,00	-	-
307	30	11		Indennità notturna e festiva ruolo professionale dirigenza comparto	-	-	-
307	40	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INDENNITA' DI REPERIBILITA'	-	-	-
307	40	10	RPREPE	Indennità di reperibilità ruolo professionale	-	-	-



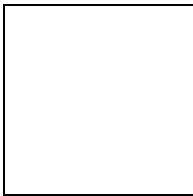
307	50	0		*MASTRO - INDENNITA' PREVISTE ART.49-50-51 DPR. 384/90	-	-	-
307	50	10	RPI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo professionale	-	-	-
307	50	20	RPQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo professionale	-	-	-
307	50	21	RPQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo professionale	-	-	-
307	50	22	RPQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo professionale	-	-	-
307	60	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	-	1.702,56	-
307	60	10	RPPROD	Incentivazione alla produttività ruolo professionale dirigenza	-	-	-
307	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo professionale comparto	-	1.702,56	-
307	60	20	RPPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo professionale	-	-	-
307	70	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	-	1.171,24	-
307	70	10	RPMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo professionale dirigenza	-	1.171,24	-
307	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo professionale comparto	-	-	-
307	70	20	RPEQUO	Equo indennizzo ruolo professionale dirigenza	-	-	-
307	70	21		Equo indennizzo ruolo professionale comparto	-	-	-
307	70	30	RPBENE	Concessioni e benefici ruolo professionale dirigenza	-	-	-
307	70	31		Concessioni e benefici ruolo professionale comparto	-	-	-
307	80	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE COMPETENZE FISSE E ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-
307	80	10	RPCOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comandato ruolo professionale	-	-	-
307	90	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	153.000,00	-	-
307	90	10	RPOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo professionale dirigenza	139.000,00	-	-
307	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo professionale comparto	14.000,00	-	-



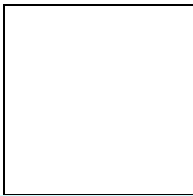
307	100	0		*MASTRO - RUOLO PROFESSIONALE ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-
307	100	10	RPOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo professionale			
308	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	3.367.787,43	3.807.820,85	339.725,31
308	10	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO COMPETENZE FISSE	3.203.690,00	1.868.819,17	266.974,17
308	10	10	RTCOMF	Competenze fisse ruolo tecnico dirigenza	161.210,28	94.039,33	13.434,19
308	10	11		Competenze fisse ruolo tecnico comparto	3.042.479,72	1.774.779,84	253.539,98
308	20	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO STRAORDINARIO	82.500,00	60.000,00	7.500,00
308	20	10	RTSTR	Straordinari ruolo tecnico dirigenza	-	-	-
308	20	11		Straordinari ruolo tecnico comparto	82.500,00	60.000,00	7.500,00
308	30	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	50.230,00	263.570,00	18.200,00
308	30	10	RTNOTT	Indennità notturna e festiva ruolo tecnico dirigenza	-	-	-
308	30	11		Indennità notturna e festiva ruolo tecnico comparto	50.230,00	263.570,00	18.200,00
308	40	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' DI REPERIBILITA'	-	-	-
308	40	10	RTREPE	Indennità di reperibilità ruolo tecnico			
308	50	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' PREVISTE ART.49-50-51 DPR.384/90	-	-	-
308	50	10	RTI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo tecnico	-	-	-
308	50	20	RTQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo tecnico			
308	50	21	RTQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo tecnico	-	-	-
308	50	22	RTQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo tecnico			
308	60	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	-	116.108,54	-
308	60	10	RTPROD	Incentivazione alla produttività ruolo tecnico dirigenza	-	-	-
308	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo tecnico comparto	-	116.108,54	-
308	60	20	RTPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo tecnico	-		
308	70	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	-	9.370,18	-
308	70	10	RTMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo tecnico dirigenza	-	2.600,22	-
308	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo tecnico comparto	-	6.769,96	-



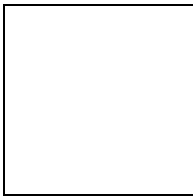
308	70	20	RTEQUO	Equo indennizzo ruolo tecnico dirigenza	-	-	-
308	70	21		Equo indennizzo ruolo tecnico comparto	-	-	-
308	70	30	RTBENE	Concessioni e benefici ruolo tecnico dirigenza	-	-	-
308	70	31		Concessioni e benefici ruolo tecnico comparto	-	-	-
308	80	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO COMPETENZE FISSE E ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-
308	80	10	RTCOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comando ruolo tecnico	-	-	-
308	90	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	31.367,43	1.489.952,96	47.051,15
308	90	10	RTOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo tecnico dirigenza	1.427,43	67.802,96	2.141,15
308	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo tecnico comparto	29.940,00	1.422.150,00	44.910,00
308	100	0		*MASTRO - RUOLO TECNICO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-
308	100	10	RTOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo tecnico			
309	0	0		*** PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	190.128,06	8.658.482,87	669.792,09
309	10	0		*MASTRO -RUOLO AMMINISTRATIVO COMPETENZE FISSE	141.834,92	6.353.158,76	596.752,38
309	10	10	RACOMF	Competenze fisse ruolo amministrativo dirigenza	16.434,99	780.661,93	24.652,48
309	10	11		Competenze fisse ruolo amministrativo comparto	125.399,93	5.572.496,83	572.099,90
309	20	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO STRAORDINARIO	2.500,00	118.750,00	3.750,00
309	20	10	RASTR	Straordinari ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-
309	20	11		Straordinari ruolo amministrativo comparto	2.500,00	118.750,00	3.750,00
309	30	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' NOTTURNA E FESTIVA	60,00	2.850,00	90,00
309	30	10	RANOTT	Indennità notturna e festiva ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-
309	30	11		Indennità notturna e festiva ruolo amministrativo comparto	60,00	2.850,00	90,00
309	40	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' DI REPERIBILITA'	-	-	-
309	40	10	RAREPE	Indennità di reperibilità ruolo amministrativo			
309	50	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' PREVISTE ART.49-50-51 DPR.384/90	-	-	-



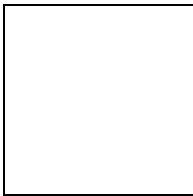
309	50	10	RAI384	Indennità previste artt. 49-50-51 DPR 384/90 ruolo amministrativo	-	-	-
309	50	20	RAQPIC	Accantonamento fondo QPI - comparto - ruolo amministrativo			
309	50	21	RAQFC	Accantonamento fondo QF - comparto - ruolo amministrativo	-	-	-
309	50	22	RAQPID	Accantonamento fondo QPI - dirigenza - ruolo amministrativo			
309	60	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INCENTIVAZIONE ALLA PRODUTTIVITA'	3.679,88	174.794,40	5.519,82
309	60	10	RAPROD	Incentivazione alla produttività ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-
309	60	11		Incentivazione alla produttività ruolo amministrativo comparto	3.679,88	174.794,40	5.519,82
309	60	20	RAPRCO	Accantonamento fondo produttività collettiva ruolo amministrativo	-	-	-
309	70	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO INDENNITA' DI MISSIONE, RIMBORSO SPESE DI VIAGGI E VARIE	823,51	50.516,49	1.835,26
309	70	10	RAMISS	Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo amministrativo dirigenza	8,46	401,85	12,69
309	70	11		Indennità di missione, rimborso spese viaggio e varie ruolo amministrativo comparto	500,00	23.750,00	750,00
309	70	20	RAEQUO	Equo indennizzo ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-
309	70	21		Equo indennizzo ruolo amministrativo comparto	315,05	14.964,64	472,57
309	70	30	RABENE	Concessioni e benefici ruolo amministrativo dirigenza	-	-	-
309	70	31		Concessioni e benefici ruolo amministrativo comparto	-	11.400,00	600,00
309	80	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO COMPETENZE FISSE E ACCESSORIE PERSONALE COMANDATO	-	-	-
309	80	10	RACOMA	Competenze fisse ed accessorie personale comandato ruolo amministrativo	-	-	-
309	90	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE FISSE	41.229,75	1.958.413,22	61.844,63
309	90	10	RAOFIS	Oneri sociali su competenze fisse ruolo amministrativo dirigenza	5.529,75	262.663,22	8.294,63
309	90	11		Oneri sociali su competenze fisse ruolo amministrativo comparto	35.700,00	1.695.750,00	53.550,00
309	100	0		*MASTRO - RUOLO AMMINISTRATIVO ONERI SOCIALI SU COMPETENZE ACCESSORIE	-	-	-
309	100	10	RAOACC	Oneri sociali competenze accessorie ruolo amministrativo	-	-	-



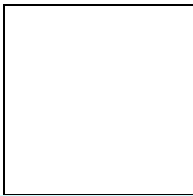
310	0	0		*** SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI	1.884.340,37	1.181.222,30	477.581,37
310	10	0		*MASTRO - INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONERI SOCIALI DEL DIRETTORE GENERALE	57.797,17	57.797,17	57.797,17
310	10	10	SADGEN	Compensi al direttore generale	45.868,64	45.868,64	45.868,64
310	10	11	RSDGEN	Rimborso spese al direttore generale	-	-	-
310	10	12	OSDGEN	Oneri sociali su compensi al direttore generale	11.928,54	11.928,54	11.928,54
310	20	0		*MASTRO - INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONERI SOCIALI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	20.666,67	20.666,67	20.666,67
310	20	10	SADAMM	Compensi al direttore amministrativo	17.333,33	17.333,33	17.333,33
310	20	11	RSDAMM	Rimborso spese al direttore amministrativo	-	-	-
310	20	12	OSDAMM	Oneri sociali su compensi al direttore amministrativo	3.333,33	3.333,33	3.333,33
310	30	0		*MASTRO - INDENNITA' , RIMBORSO SPESE E ONERI SOCIALI DEL DIRETTORE SANITARIO	20.000,00	21.000,00	20.000,00
310	30	10	SADSAN	Compensi al direttore sanitario	15.666,67	15.666,67	15.666,67
310	30	11	RSDSAN	Rimborso spese al direttore sanitario	-	1.000,00	-
310	30	12	OSDSAN	Oneri sociali su compensi al direttore sanitario	4.333,33	4.333,33	4.333,33
310	40	0		*MASTRO - INDENNITA' , RIMBORSO SPESE AI MEMBRI DEL COLLEGIO DEI REVISORI	34.502,07	34.502,07	34.502,07
310	40	10	SACREV	Compenso ai membri del collegio dei revisori	31.384,57	31.384,57	31.384,57
310	40	11	RSREVI	Oneri sociali su compensi ai membri del collegio dei revisori	-	-	-
310	40	12	PSREVI	Rimborso spese ai membri del collegio dei revisori	3.117,50	3.117,50	3.117,50
310	50	0		*MASTRO - SPESE AMMINISTRATIVE	1.751.374,46	1.047.256,39	344.615,46
310	50	10	SACOMM	Indennità e rimborso spese ai membri di commissioni varie	8.190,00	41.230,77	1.000,00
310	50	20	SARAPP	Spese di rappresentanza	-	1.305,73	-
310	50	30	SAPUBB	Spese di pubblicità	44.786,46	44.786,46	44.786,46
310	50	40	SAPOST	Spese postali	75.000,00	41.519,89	5.000,00
310	50	50	SACOND	Quote per spese condominiali	-	19.000,00	-
310	50	60	SAENEL	Energia elettrica	506.000,00	24.000,00	70.000,00



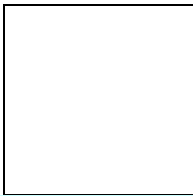
310	50	70	SAACQU	Acqua	61.000,00	105.000,00	10.000,00
310	50	80	SATELE	Telefono	367.000,00	72.000,00	61.000,00
310	50	90	SALEGA	Spese legali	405.000,00	216.000,00	63.000,00
310	50	100	SARISA	Spese per liti, arbitraggi e risarcimenti	143.000,00	123.656,26	24.000,00
310	50	110	SACANC	Cancelleria, stampati ed abbonamenti vari	21.000,00	313.198,49	25.000,00
310	50	120	SAASSI	Premi assicurazione contro il furto l'incendio e la responsabilità civile	112.398,00	30.344,08	33.591,00
310	50	130	SAALTR	Altre somme non attribuibili	8.000,00	15.214,71	7.238,00
311	0	0		*** ONERI FINANZIARI	1.250.000,00	1.689.872,68	200.000,00
311	10	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI DI TESORERIA	270.000,00	104.872,68	45.000,00
311	10	10	IPAOTE	Interessi passivi per anticipazioni di tesoreria	270.000,00	104.872,68	45.000,00
311	20	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI PER ANTICIPAZIONI STRAORDINARIE DI TESORERIA PER RIPIANO DISAVANZI PREVISTI PER LEGGE	410.000,00	450.000,00	60.000,00
311	20	10	IPASTE	Interessi passivi per anticipazioni straordinarie di tesoreria per ripiano disavanzi previsti per legge	410.000,00	450.000,00	60.000,00
311	30	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI SU MUTUI	-	-	-
311	30	10	IPMUTU	Interessi passivi su mutui	-	-	-
311	40	0		*MASTRO - INTERESSI PASSIVI SU ALTRE FORME DI CREDITO DI CUI ART.3 C.2/F D.LGSVO 502 DEL 30/12/92	-	-	-
311	40	10	IPCRED	Interessi passivi su altre forme di credito di cui all'art. 3 c. 2/F DLgs 502/92	-	-	-
311	50	0		*MASTRO - SPESE SU DISPONIBILITA' FINANZIARIE ED ALTRE NON ATTRIBUIBILI	-	-	-
311	50	10	IPDIFI	Spese su disponibilità finanziarie ed altre non attribuibili	-	-	-
311	60	0		*MASTRO - INTERESSI MORATORI E RIVALUTAZIONE MONETARIA	570.000,00	1.135.000,00	95.000,00
311	60	10	IPMORA	Interessi moratori e di rivalutazione monetaria	570.000,00	1.135.000,00	95.000,00
311	70	0		*MASTRO - ALTRI INTERESSI PASSIVI	-	-	-
311	70	10	IPALTR	Altri interessi passivi	-	-	-
312	0	0		*** SERVIZI APPALTATI	4.690.285,97	2.795.770,10	236.114,00
312	10	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI LAVANDERIA	77.000,00	31.233,65	5.000,00



312	10	10	APLAVA	Servizi appaltati di lavanderia	77.000,00	31.233,65	5.000,00
312	20	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI PULIZIA	1.200.000,00	875.922,52	13.012,00
312	20	10	APPULI	Servizi appaltati di pulizia	1.200.000,00	875.922,52	13.012,00
312	30	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI MENSA	1.178.434,97	764.174,06	200.000,00
312	30	10	APMENS	Servizi appaltati di mensa	1.178.434,97	764.174,06	200.000,00
312	40	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI RISCALDAMENTO	-	-	-
312	40	10	APRISC	Servizi appaltati di riscaldamento	-	-	-
312	50	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI DI ELABORAZIONE DATI	85.000,00	111.844,89	-
312	50	10	APELAB	Servizi appaltati di elaborazione dati	85.000,00	111.844,89	-
312	60	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI DI TRASPORTI	30.457,00	387.997,85	-
312	60	10	TRSAN	Servizi appaltati di trasporti (sanitari)	-	354.644,85	-
312	60	20	APTRAS	Servizi appaltati di trasporti (non sanitari)	30.457,00	33.353,00	-
312	70	0		*MASTRO - SERVIZI APPALTATI SMALTIMENTO RIFIUTI	180.000,00	115.937,93	8.500,00
312	70	10	APRIFI	Servizi appaltati di smaltimento rifiuti	180.000,00	115.937,93	8.500,00
80	0	0		*MASTRO - ALTRI SERVIZI APPALTATI	1.939.394,00	508.659,20	9.602,00
312	80	10	APALTR	Altri servizi appaltati(lavoro interinale)	1.785.000,00	315.000,00	
312	80	11	APVIGI	Servizio di vigilanza	154.394,00	193.659,20	9.602,00
313	0	0		*** MINUSVALENZE	-	-	-
313	10	0		*MASTRO - MINUSVALENZE			
313	10	10		MINUSVALENZE			
314	0	0		*** IMPOSTE E TASSE	3.310.500,00	2.103.061,00	1.196.439,00
314	10	0		*MASTRO - IMPOSTE, TASSE, TRIBUTI A CARICO DELL'USL	3.310.500,00	2.103.061,00	1.196.439,00
314	10	10	ITUSL	Imposte tasse e tributi a carico dell'ASL	60.500,00	44.000,00	5.500,00
314	10	20	IRAP	Imposte tasse irap a carico dell'ASL	3.250.000,00	2.059.061,00	1.190.939,00
314	20	0		*MASTRO - ACCANTONAMENTO IMPOSTE	-	-	-
314	20	10	ITACCA	Accantonamento imposte			
315	0	0		*** AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONE CREDITI	-	-	-



315	10	0		*MASTRO - QUOTE DI AMMORTAMENTO DI IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI:	-	-	-
315	10	10		Quote di ammortamento fabbricati			
315	10	20		Quote di ammortamento impianti e macchinari	-	-	-
315	10	30		Quote di ammortamento attrezzature sanitarie	-	-	-
315	10	40		Quote di ammortamento mobili e arredi			
315	10	50		Quote di ammortamento automezzi	-	-	-
315	10	60		Quote di ammortamento altri beni			
315	10	70		Quote di ammortamento costi di manutenzione straordinaria			
315	20	0		*MASTRO - QUOTE DI AMMORTAMENTO DI IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI:	-	-	-
315	20	10		Quote di ammortamento costi di impianto e di ampliamento	-	-	-
315	20	20		Quote di ammortamento costi di ricerca e sviluppo	-	-	-
315	20	30		Quote di ammortamento diritti di brevetto e di utilizzazione delle opere d'ingegno	-	-	-
315	30	0		*MASTRO - SVALUTAZIONE CREDITI	-	-	-
315	30	10		Perdite presunte su crediti	-	-	-
316	0	0		*** ACCANTONAMENTI	650.000,00	202.561,78	-
316	10	0		*MASTRO - ACCANTONAMENTI PER RISCHI	650.000,00	202.561,78	-
316	10	10		Accantonamenti per rischi	650.000,00	202.561,78	
316	20	0		*MASTRO - PER PREMIO DI OPEROSITA' (SUMAI)	-	-	-
316	20	10		Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	-	-	-
316	30	0		*MASTRO - PER ALTRI ACCANTONAMENTI	-	-	-
316	30	10		Altri accantonamenti	-	-	-
317	0	0		*** SOPRAVVENIENZE PASSIVE E INSUSSISTENZE ATTIVE	-	-	-
317	10	0		*MASTRO - PERDITE SU CREDITI	-	-	-
317	10	10		Perdite su crediti			
317	10	11	SOPASSA	Sopravvenienze passive (EQUO INDENIZZO ECC.)	-	-	-
317	10	12		Insussistenze attive	-	-	-
318	0	0		*** RIMANENZE	-	-	-



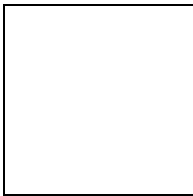
318	10	0		*MASTRO - MERCI C/RIMANENZE INIZIALI	-	-	-
318	10	10		Merci c/rimanenze iniziali			
TOTAL E COSTI					113.089.370,06	147.200.000,00	13.500.000,00

MODELLO CP

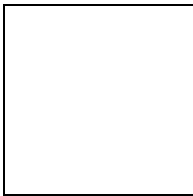
**PRESIDI OSPEDALIERI A GESTIONE DIRETTA O STABILIMENTO AZIENDE
ASPEDALIERE
PREVENTIVO 2010**

AZIENDA: SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
PRESIDIO/STABILIMENTO: DI CROTONE

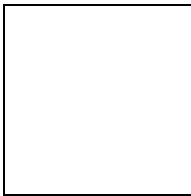
CONS.	CODICE	VOCE MODELLO CE	IMPORTO
		A) Valore della produzione	69.305.356,75
	A01000	A.1) Contributi in c/esercizio	32.784.725,00
	A01005	<i>A.1.A) Contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale</i>	32.784.725,00
	A01010	<i>A.1.A.1) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. regionale indistinto</i>	32.784.725,00
	A01015	<i>A.1.A.2) da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato</i>	
	A01020	<i>A.1.B) Contributi c/esercizio da enti pubblici (EXTRA FONDO)</i>	-
	A01025	A.1.B.1) da enti pubblici (extra fondo) vincolati	-
	A01030	A.1.B.1.1) Contributi da Regione (extra fondo) vincolati	
	A01035	A.1.B.1.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) vincolati	
R	A01040	A.1.B.1.3) Contributi da Asl/Ao/Irccs/Policlinici (extra fondo) vincolati	
	A01045	A.1.B.1.4) Contributi in conto esercizio per ricerca corrente	
	A01050	A.1.B.1.5) Contributi in conto esercizio per ricerca finalizzata	
	A01055	A.1.B.2) da enti pubblici (extra fondo) - Altro	-
	A01060	A.1.B.2.1) Contributi da Regione (extra fondo) - Altro	
	A01065	A.1.B.2.2) Contributi da altri enti pubblici (extra fondo) - Altro	
R	A01070	A.1.B.2.3) Contributi da Asl/Ao/Irccs/Policlinici (extra fondo) - Altro	
	A01075	<i>A.1.C) Contributi c/esercizio da enti privati</i>	
	A02000	A.2) Proventi e ricavi diversi	34.520.631,75
	A02005	<i>A.2.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria</i>	34.520.631,75
	A02010	<i>A.2.A.1) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici</i>	34.520.631,75
R	A02015	A.2.A.1.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate ad ASL, A.O., IRCCS e Policlinici della Regione	34.520.631,75
R	A02020	A.2.A.1.1.A) Prestazioni di ricovero	18.936.710,00
R	A02025	A.2.A.1.1.B) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	15.583.921,75



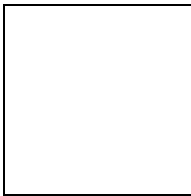
R	A02030	A.2.A.1.1.C) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	
R	A02035	A.2.A.1.1.D) Prestazioni di File F	
R	A02040	A.2.A.1.1.E) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie	-
R	A02045	A.2.A.1.1.E.1) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. Assistenziale	
R	A02050	A.2.A.1.1.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	
R	A02055	A.2.A.1.1.E.3) Prestazioni termali	
R	A02060	A.2.A.1.1.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	
R	A02065	A.2.A.1.1.E.5) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie	
	A02070	A.2.A.1.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate ad altri soggetti pubblici	
	A02075	A.2.A.1.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie erogate a soggetti pubblici extra Regione	-
S	A02080	A.2.A.1.3.A) Prestazioni di ricovero	
S	A02085	A.2.A.1.3.B) Prestazioni ambulatoriali	
SS	A02090	A.2.A.1.3.C) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.)	
S	A02095	A.2.A.1.3.D) Prestazioni di File F	
S	A02100	A.2.A.1.3.E) Altre prestazioni sanitarie soggette a compensazione Extraregione	-
S	A02105	A.2.A.1.3.E.1) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale Extraregione	
S	A02110	A.2.A.1.3.E.2) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	
S	A02115	A.2.A.1.3.E.3) Prestazioni termali Extraregione	
S	A02120	A.2.A.1.3.E.4) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso Extraregione	
S	A02125	A.2.A.1.3.E.5) Altre prestazioni sanitarie Extraregione	
SS	A02130	A.2.A.1.3.F) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie non soggette a compensazione Extraregione	-
SS	A02135	A.2.A.1.3.F.1) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggetta a compensazione Extraregione	
SS	A02140	A.2.A.1.3.F.2) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non soggetta a compensazione Extraregione	
	A02145	A.2.A.1.3.G) Altre prestazioni sanitarie - Mobilità attiva Internazionale	
S	A02150	A.2.A.2) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati v/ residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva)	-
S	A02155	A.2.A.2.1) Prestazioni di ricovero da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	
S	A02160	A.2.A.2.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	
S	A02165	A.2.A.2.3) Prestazioni di File F da priv. extraregione in compensazione (mobilità attiva)	
S	A02170	A.2.A.2.4) Altre prestazioni sanitarie erogate da privati v/residenti extraregione in compensazione (mobilità attiva)	
	A02175	A.2.A.3) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate a soggetti privati	
	A02180	A.2.A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	-
	A02185	A.2.A.4.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	



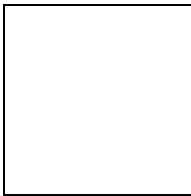
	A02190	A.2.A.4.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	
	A02195	A.2.A.4.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	
	A02200	A.2.A.4.4) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)	
R	A02205	A.2.A.4.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Asl - Ao,Irccs e Policlinici della Regione)	
	A02210	A.2.A.4.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	
R	A02215	A.2.A.4.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Asl - Ao, Irccs e Policlinici della Regione)	
	A02220	A.2.B) Ricavi per prestazioni non sanitarie	
	A02225	A.2.C) Altri proventi	-
	A02230	A.2.C.1) Proventi non sanitari	-
	A02235	A.2.C.1.1) Affitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	
	A02240	A.2.C.2) Altri proventi diversi	
	A03000	A.3) Concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	-
	A03005	A.3.A) Rimborsi assicurativi	
	A03010	A.3.B) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche	-
R	A03015	A.3.B.1) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	-
R	A03020	A.3.B.1.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell' azienda in posizione di comando in Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
R	A03025	A.3.B.1.2) Rimborsi per acquisto beni (sanitari e non sanitari) da parte di Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
R	A03030	A.3.B.1.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche da parte di Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
	A03035	A.3.B.2) Concorsi, recuperi e rimborsi v/altri Enti Pubblici	-
	A03040	A.3.B.2.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di comando v/altri Enti Pubblici	
	A03045	A.3.B.2.2) Rimborsi per acquisto beni sanitari e non sanitari v/altri Enti Pubblici	
	A03050	A.3.B.2.3)Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Altri Enti Pubblici	
R	A03055	A.3.B.3) Concorsi, recuperi e rimborsi v/Regione	-
R	A03060	A.3.B.3.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando v/Regione	
R	A03065	A.3.B.3.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi per attività tipiche v/Regione	
	A03070	A.3.B.4) Concorsi, recuperi e rimborsi v/privati	-
	A03075	A.3.B.4.1) Rimborso da Aziende Farmaceutiche per Pay Back	
	A03080	A.3.B.4.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi verso privati	
	A04000	A.4) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	2.000.000,00
	A04005	A.4.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	2.000.000,00
	A04010	A.4.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	
	A04015	A.4.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)- Altro	
	A05000	A.5) Costi capitalizzati	-
	A05005	A.5.A) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti // [Costi Sterilizzati]	-



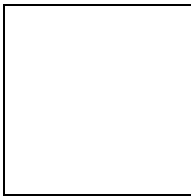
	A05015	A.5.A.1) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti da Regione	
	A05020	A.5.A.2) Costi capitalizzati da utilizzo finanziamenti per investimenti dallo Stato	
	A05025	A.5.A.3) Costi capitalizzati da utilizzo altre poste del patrimonio netto	
	A99999	A.5.B) Costi capitalizzati per costi sostenuti in economia	
		Totale valore della produzione (A)	69.305.356,75
		B) Costi della produzione	73.675.760,32
	B01000	B.1) Acquisti di beni	16.959.798,80
	B01005	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	16.310.235,42
	B01010	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	6.733.160,00
	B01015	B.1.A.2) Ossigeno	
	B01020	B.1.A.3) Prodotti dietetici	
	B01025	B.1.A.4) Materiali per la profilassi (vaccini)	-
	B01030	B.1.A.5) Materiali diagnostici prodotti chimici	3.200.000,00
	B01035	B.1.A.6) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	570.000,00
	B01040	B.1.A.7) Presidi chirurgici e materiali sanitari	3.300.000,00
	B01045	B.1.A.8) Materiali protesici	1.307.075,42
	B01050	B.1.A.9) Materiali per emodialisi	1.200.000,00
	B01055	B.1.A.10) Materiali e Prodotti per uso veterinario	-
	B01060	B.1.A.11) Altri beni e prodotti sanitari	
R	B01065	B.1.A.12) Beni e prodotti sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
	B01070	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	649.563,38
	B01075	B.1.B.1) Prodotti alimentari	15.174,38
	B01080	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	232.000,00
	B01085	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	263.173,00
	B01090	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	48.183,00
	B01095	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	91.033,00
	B01100	B.1.B.6) Altri beni non sanitari	
R	B01105	B.1.B.7) Beni non sanitari da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
	B02000	B.2) Acquisti di servizi	7.813.851,09
	B02005	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	102.624,12
	B02010	B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	-
	B02015	B.2.A.1.1) - da convenzione	-
	B02020	<i>B.2.A.1.1.A) Spese per assistenza MMG</i>	
	B02025	<i>B.2.A.1.1.B) Spese per assistenza PLS</i>	
	B02030	<i>B.2.A.1.1.C) Spese per assistenza Continuità assistenziale</i>	
	B02035	<i>B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)</i>	-
R	B02040	B.2.A.1.2) – da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	



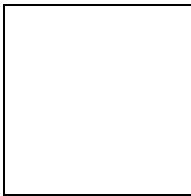
S	B02045	B.2.A.1.3) – da pubblico Mobilità (Extra Regione)	
	B02050	B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	-
	B02055	B.2.A.2.1) - da convenzione	-
R	B02060	B.2.A.2.2) – da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	
S	B02065	B.2.A.2.3) – da pubblico (extra Regione)	
	B02070	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	-
R	B02075	B.2.A.3.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	
	B02080	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
S	B02085	B.2.A.3.3) - da pubblico (extra Regione)	
	B02090	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	-
	B02095	B.2.A.3.5) - da privato	
	B02100	<i>B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS Privati e Policl.privati</i>	
	B02105	<i>B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati</i>	
	B02110	<i>B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura Private</i>	
	B02115	<i>B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri soggetti privati</i>	
	B02120	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	
	B02125	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	-
R	B02130	B.2.A.4.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	
	B02135	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
SS	B02140	B.2.A.4.3) - da pubblico (extra Regione) non soggetto a compensazione	
	B02145	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	
	B02150	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	-
R	B02155	B.2.A.5.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	
S	B02160	B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
	B02165	B.2.A.5.3) - da pubblico (extra Regione)	
	B02170	B.2.A.5.4) - da privato	
	B02175	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	-
R	B02180	B.2.A.6.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	
	B02185	B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
S	B02190	B.2.A.6.3) - da pubblico (extra Regione)	
	B02195	B.2.A.6.4) - da privato	-
	B02200	<i>B.2.A.6.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS Privati e Policlinici privati</i>	
	B02205	<i>B.2.A.6.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati</i>	
	B02210	<i>B.2.A.6.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura Private</i>	
	B02215	<i>B.2.A.6.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri soggetti privati</i>	



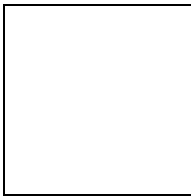
	B02220	B.2.A.6.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)	
	B02225	B.2.A.7) Acquisito prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-
R	B02230	B.2.A.7.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	
	B02235	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
SS	B02240	B.2.A.7.3) - da pubblico (extra Regione) - non soggette a compensazione	
	B02245	B.2.A.7.4) - da privato(intraregionale ed extraregionale)	
	B02250	B.2.A.8) Acquisito prestazioni di distribuzione farmaci e File F	-
R	B02255	B.2.A.8.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)- Mobilità intraregionale	
	B02260	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
S	B02265	B.2.A.8.3) - da pubblico (extra Regione)	
	B02270	B.2.A.8.4) - da privato	
	B02275	<i>B.2.A.8.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)</i>	
	B02280	B.2.A.9) Acquisito prestazioni termali in convenzione	-
R	B02285	B.2.A.9.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	
	B02290	B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
S	B02295	B.2.A.9.3) - da pubblico (extra Regione)	
	B02300	B.2.A.9.4) - da privato	
	B02305	<i>B.2.A.9.5) - da privato per cittadini non residenti - extraregione (mobilità attiva in compensazione)</i>	
	B02310	B.2.A.10) Acquisito prestazioni trasporto sanitari	30.457,00
R	B02315	B.2.A.10.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	
	B02320	B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	
S	B02325	B.2.A.10.3) - da pubblico (extra Regione)	
	B02330	B.2.A.10.4) - da privato	30.457,00
	B02335	B.2.A.11) Acquisito prestazioni Socio-Sanitaria a rilevanza sanitaria	-
R	B02340	B.2.A.11.1) - da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione) - Mobilità intraregionale	
	B02345	B.2.A.11.2) - da pubblico (altri enti pubblici)	
SS	B02350	B.2.A.11.3) - da pubblico (extra Regione) non soggette a compensazione	
	B02355	B.2.A.11.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	
	B02360	B.2.A.12) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	
	B02365	B.2.A.13) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	-
	B02370	B.2.A.13.1) Contributi ad associazioni di volontariato	
	B02375	B.2.A.13.2) Rimborsi per cure all'estero	
	B02380	B.2.A.13.3) Contributi per ARPA	
	B02385	B.2.A.13.4) Contributi per Agenzie Regionali	
	B02390	B.2.A.13.5) Contributo Legge 210/92	
	B02395	B.2.A.13.6) Altri rimborsi, assegni e contributi	-
R	B02400	B.2.A.13.7) Rimborsi, assegni e contributi v/Asl-Ao-Irccs-Policlinici della Regione	



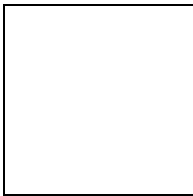
	B02405	B.2.A.14) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	72.167,12
R	B02410	B.2.A.14.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
	B02415	B.2.A.14.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da Terzi - Altri enti pubblici	
	B02420	B.2.A.14.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato	
	B02425	<i>B.2.A.14.3.A) Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato</i>	72.167,12
	B02430	<i>B.2.A.14.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato</i>	
	B02435	<i>B.2.A.14.3.C) Indennità a personale universitario -area sanitaria</i>	
	B02440	<i>B.2.A.14.3.D) Lavoro interinale -area sanitaria</i>	
	B02445	<i>B.2.A.14.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area sanitaria</i>	
	B02450	B.2.A.14.4) Rimborsamento oneri stipendiali del personale sanitario in comando	
R	B02455	<i>B.2.A.14.4.A) Rimborsamento oneri stipendiale personale sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione</i>	
	B02460	<i>B.2.A.14.4.B) Rimborsamento oneri stipendiale personale sanitario in comando da Enti Pubblici - Regioni - Università</i>	
SS	B02465	<i>B.2.A.14.4.C) Rimborsamento oneri stipendiale personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)</i>	
	B02470	B.2.A.15) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	-
R	B02475	B.2.A.15.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico V/Asl-AO, IRCCS, Policlinici d/Regione	
	B02480	B.2.A.15.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico - Altri enti	
	B02485	B.2.A.15.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari da pubblico (extra Regione)	
	B02490	B.2.A.15.4) Altri servizi sanitari da privato	
	B02495	B.2.A.15.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	
	B02500	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	7.711.226,97
	B02505	B.2.B.1) Servizi non sanitari	3.654.434,97
	B02510	B.2.B.1.1) Lavanderia	77.000,00
	B02515	B.2.B.1.2) Pulizia	1.200.000,00
	B02520	B.2.B.1.3) Mensa	1.178.434,97
	B02525	B.2.B.1.4) Riscaldamento	
	B02530	B.2.B.1.5) Elaborazione dati	85.000,00
	B02535	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	-
	B02540	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	180.000,00
	B02545	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	367.000,00
	B02550	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	506.000,00
	B02555	B.2.B.1.10) Altre utenze	61.000,00
	B02560	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	112.398,00
	B02565	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	
	B02570	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	112.398,00
	B02575	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	3.944.394,00
R	B02580	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione)	
	B02585	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da pubblico	



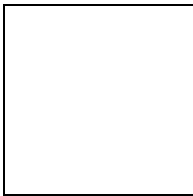
	B02590	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	3.944.394,00
	B02595	<i>B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie</i>	-
R	B02600	B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie VIAsl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
	B02605	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri enti pubblici	
	B02610	B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato	
	B02615	<i>B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato</i>	-
	B02620	<i>B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato</i>	
	B02625	<i>B.2.B.2.3.C) Lavoro interinale -area non sanitaria</i>	
	B02630	<i>B.2.B.2.3.D) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro -area non sanitaria</i>	
	B02635	B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	
R	B02640	<i>B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiale personale non sanitario in comando da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione</i>	
	B02645	<i>B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiale personale non sanitario in comando da Enti Pubblici - Regioni - Università</i>	
SS	B02650	<i>B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiale personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)</i>	
	B02655	B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	35.000,00
	B02660	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	35.000,00
	B02665	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	
	B03000	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.128.681,22
	B03005	B.3.A) Manutenzione e riparazione agli immobili e loro pertinenze	106.000,00
	B03010	B.3.B) Manutenzione e riparazione ai mobili e macchine	87.000,00
	B03015	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature tecnico-scientifico sanitarie	834.006,91
	B03020	B.3.D) Manutenzione e riparazione per la manut. di automezzi (sanitari e non)	1.674,31
	B03025	B.3.E) Altre manutenzioni e riparazioni	100.000,00
R	B03030	B.3.F) Manutenzioni e riparazioni da Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	
	B04000	B.4) Godimento di beni di terzi	3.291.062,62
	B04005	<i>B.4.A) Affitti passivi</i>	-
	B04010	<i>B.4.B) Canoni di noleggio</i>	379.000,00
	B04015	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	370.000,00
	B04020	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	9.000,00
	B04025	<i>B.4.C) Canoni di leasing</i>	2.912.062,62
	B04030	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	2.912.062,62
R	B04035	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	
	B04040	<i>B.4.D) Locazioni e noleggi da Asl-Ao della Regione</i>	
	B05089	<u>Totale Costo del personale</u>	41.927.862,45
	B05000	B.5) Personale del ruolo sanitario	37.769.435,12
	B05005	<i>B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario</i>	37.769.435,12
	B05010	<i>B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico</i>	19.103.070,02
	B05015	<i>B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico</i>	2.211.801,97
	B05020	<i>B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario</i>	16.454.563,13
	B06000	B.6) Personale del ruolo professionale	584.839,22



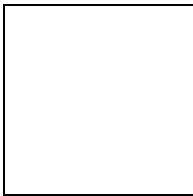
-	B06005	<i>B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale</i>	393.340,70
	B06010	<i>B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale</i>	191.498,52
	B07000	B.7) Personale del ruolo tecnico	3.388.023,43
	B07005	<i>B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico</i>	182.873,71
	B07010	<i>B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico</i>	3.205.149,72
	B08000	B.8) Personale del ruolo amministrativo	185.564,67
	B08005	<i>B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo</i>	21.964,74
	B08010	<i>B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo</i>	163.599,93
	B09000	B.9) Oneri diversi di gestione	816.942,37
	B09005	<i>B.9.A) Imposte e tasse (escluso Irap e Ires)</i>	-
	B09010	<i>B.9.B) Perdite su crediti</i>	-
	B09015	<i>B.9.C) Altri oneri diversi di gestione</i>	816.942,37
	B09020	<i>B.9.C.1) Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale</i>	132.965,91
	B09025	<i>B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione</i>	683.976,46
	B10000	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	
	B11129	<u>Totale Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali</u>	-
	B11000	B.11) Ammortamento dei fabbricati	-
	B11005	B.11.A) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	-
	B11010	B.11.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	
	B12000	B.12) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	-
	B13000	B.13) Svalutazione dei crediti	
	B14000	B.14) Variazione delle rimanenze	-
	B14005	B.14.A) Variazione rimanenze sanitarie	-
	B14010	B.14.B) Variazione rimanenze non sanitarie	
	B15000	B.15) Accantonamenti tipici dell'esercizio	1.702.561,78
	B15005	<u>B.15.A) Accantonamenti per rischi</u>	1.702.561,78
	B15010	B.15.A.1) Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali	
	B15015	B.15.A.2) Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	
	B15020	B.15.A.3) Altri accantonamenti per rischi	1.702.561,78
	B15025	<u>B.15.B) Accantonamenti per premio di operosità</u>	-
	B15030	<u>B.15.C) Altri accantonamenti</u>	
	B15035	B.15.C.1) Accantonamenti per interessi di mora	
	B15040	B.15.C.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/Pls/MCA ed altri	
	B15045	B.15.C.3) Acc. Rinnovi contratt.: - dirigenza medica	
	B15050	B.15.C.4) Acc. Rinnovi contratt.: - dirigenza non medica	
	B15055	B.15.C.5) Acc. Rinnovi contratt.: - comparto	
	B15060	B.15.C.6) Altri accantonamenti	
	B99999	Totale costi della produzione (B)	73.675.760,32
		C) Proventi e oneri finanziari	(1.250.000,00)
	C01000	C.1) Interessi attivi	-



	C01005	C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria	-
	C01010	C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari	-
	C01015	C.1.C) Altri interessi attivi	-
	C02000	C.2) Altri proventi	-
	C02005	C.2.A) Proventi da partecipazioni	
	C02010	C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	
	C02015	C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	
	C02020	C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	
	C02025	C.2.E) Utili su cambi	
	C03000	C.3) Interessi passivi	1.250.000,00
	C03005	C.3.A) Interessi passivi su c/c tesoreria	680.000,00
	C03010	C.3.B) Interessi passivi su mutui	-
	C03015	C.3.C) Altri interessi passivi	570.000,00
	C04000	C.4) Altri oneri	-
	C04005	C.4.A) Altri oneri finanziari	
	C04010	C.4.B) Perdite su cambi	
	C99999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	(1.250.000,00)
			-
		D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
	D01000	D.1) Rivalutazioni	
	D02000	D.2) Svalutazioni	-
	D99999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-
		E) Proventi e oneri straordinari	-
	E01000	E.1) Proventi straordinari	
	E01005	E.1.A) Plusvalenze	
	E01010	E.1.B) Altri proventi straordinari	-
	E01015	E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	
	E01020	E.1.B.2) Sopravvenienze attive	-
R	E01025	E.1.B.2.1) Sopravvenienze Attive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	
	E01030	E.1.B.2.2) Sopravvenienze Attive v/terzi	-
	E01035	<i>E.1.B.2.2.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale</i>	
	E01040	<i>E.1.B.2.2.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale</i>	
	E01045	<i>E.1.B.2.2.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base</i>	
	E01050	<i>E.1.B.2.2.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica</i>	
	E01055	<i>E.1.B.2.2.E) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati</i>	
	E01060	<i>E.1.B.2.2.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi</i>	
	E01065	<i>E.1.B.2.2.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi</i>	
	E01070	E.1.B.3) Insussistenze attive	-
R	E01075	E.1.B.3.1) Insussistenze Attive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	



	E01080	E.1.B.3.2) Insussistenze Attive v/terzi	-
	E01085	<i>E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale</i>	
	E01090	<i>E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale</i>	
	E01095	<i>E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base</i>	
	E01100	<i>E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica</i>	
	E01105	<i>E.1.B.3.2.E) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati</i>	
	E01110	<i>E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi</i>	
	E01115	<i>E.1.B.3.2.G) Altre Insussistenze attive v/terzi</i>	
	E01120	E.1.B.4) Altri proventi straordinari	
	E02000	E.2) Oneri straordinari	-
	E02005	<i>E.2.A) Minusvalenze</i>	
	E02010	<i>E.2.B) Altri oneri straordinari</i>	
	E02015	<i>E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti</i>	
	E02020	<i>E.2.B.2) Oneri da cause civili</i>	
R	E02025	E.2.B.3) Sopravvenienze passive	-
R	E02030	E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici	
R	E02035	<i>E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Asl-Ao,Irccs,Pol. relative alla mobilità intraregionale</i>	
	E02040	<i>E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Asl-Ao,Irccs,Pol.</i>	
	E02045	E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	
	E02050	<i>E.2.B.3.2.A) Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale</i>	
	E02055	<i>E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale</i>	
	E02060	<i>E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica</i>	
	E02065	<i>E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica</i>	
	E02070	<i>E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale -comparto</i>	
	E02075	<i>E.2.B.3.2.C) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base</i>	
	E02080	<i>E.2.B.3.2.D) Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica</i>	
	E02085	<i>E.2.B.3.2.E) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati</i>	
	E02090	<i>E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi</i>	
	E02095	<i>E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi</i>	
R	E02100	E.2.B.4) Insussistenze passive	
	E02105	<i>E.2.B.4.1) Insussistenze passive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici</i>	
	E02110	<i>E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/terzi</i>	-
	E02115	<i>E.2.B.4.2.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale</i>	
	E02120	<i>E.2.B.4.2.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale</i>	
	E02125	<i>E.2.B.4.2.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base</i>	



E02130	<i>E.2.B.4.2.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica</i>	
E02135	<i>E.2.B.4.2.E) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati</i>	
E02140	<i>E.2.B.4.2.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi</i>	
E02145	<i>E.2.B.4.2.G) Altre Insussistenze passive v/terzi</i>	
E02150	<i>E.2.B.5) Altri oneri straordinari</i>	
E99999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-
X01000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	(5.620.403,57)
	Imposte e tasse	3.310.500,00
Y01000	Y.1) IRAP	3.310.500,00
Y01005	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	3.310.500,00
Y01010	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	
Y01015	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	
Y01020	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciali	
Y02000	Y.2) IRES	
Y02005	Y.2.A) IRES su attività istituzionale	
Y02010	Y.2.B) IRES su attività commerciale	
Y03000	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	
Y99999	Totale imposte e tasse	3.310.500,00
Z99999	RISULTATO DI ESERCIZIO	(8.930.903,57)

REGIONE CALABRIA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE

AZIENDA PROVINCIALE DI CROTONE

BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2010

PLURIENNALE 2010-2011-2012



codici informatico ministero	DESCRIZIONE	BILANCIO PREVISIONE 2010	BILANCIO PREVENTIVO 2011	BILANCIO PREVISIONE 2012
A) Valore della produzione				
A0010	A.1) - Contributi in esercizio	245.420.363,00	248.203.631,88	253.167.704,52
A0050	A.2) - Proventi e ricavi diversi	1.040.784,99	1.520.000,00	1.600.000,00
A0150	A.3) - Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche	270.942,61	325.000,00	340.000,00
A0160	A.4) - Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie	1.732.309,00	4.250.000,00	5.020.000,00
A0170	A.5) - Costi capitalizzati	-	-	-
A999	Totale A) Valore della produzione	248.464.399,60	254.298.631,88	260.127.704,52
B) Costi della produzione				
B0010	B.1) - Acquisti di beni	29.104.275,05	26.217.356,58	25.400.000,00
B0210	B.2) Acquisti di servizi	140.646.494,23	139.355.174,17	138.357.000,00
	a) Prestazioni sanitarie da pubblico	1.111.693,49	1.005.174,17	996.000,00
	b) Prestazione sanitarie da privato	130.358.097,14	129.450.000,00	129.311.000,00
	c) Prestazioni non sanitarie da pubblico	-	-	-
	d) Prestazioni non sanitarie sanitarie da privato	9.176.703,60	8.900.000,00	8.050.000,00
B0700	B.3) - Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	1.203.448,93	1.079.805,37	1.065.000,00
B0750	B.4) - Godimento beni di terzi	4.707.224,55	4.250.000,00	3.900.000,00
B0800	B.5) - Personale del ruolo sanitario	67.819.453,43	64.998.552,08	64.532.704,52
B0810	B.6) - Personale del ruolo professionale	794.809,95	687.241,21	653.000,00
B0820	B.7) - Personale del ruolo tecnico	7.515.333,60	6.802.816,07	6.785.000,00
B0830	B.8) - Personale del ruolo amministrativo	9.518.403,02	9.132.000,00	8.953.000,00
B0840	B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	1.877.492,84	1.834.723,37	1.832.000,00
B0880	B.10) - Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	-	-	-
	a) Ammortamento costi di impianto e di ampliamento	-	-	-
	b) Ammortamento costi di ricerca, sviluppo	-	-	-
	c) Ammortamento diritti di brevetto, diritti di utilizzazione opere ingegno	-	-	-
	b) Ammortamento altre immobilizzazioni immateriali	-	-	-
B0890	B.11) Ammortamento di fabbricati	-	-	-
B0900	b.1.1.1) Disponibili	-	-	-
B0910	b.1.1.2) Indisponibili	-	-	-
B0920	B.12) Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali	-	-	-
	a) Ammortamento impianti e macchinari	-	-	-
	b) Ammortamento attrezzature sanitarie e scientifiche	-	-	-
	c) Ammortamento mobili e arredi	-	-	-
	d) Ammortamento automezzi	-	-	-
	e) Ammortamento altri beni	-	-	-
B0930	B.13) Svalutazione dei crediti	-	-	-
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	-	-	-
B0950	B.14.a) sanitarie	-	-	-
B0960	B.14.b) non sanitarie	-	-	-
B0970	B.14) Accantonamenti tipici dell'esercizio	852.561,78	750.000,00	750.000,00
B9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	264.039.497,38	255.107.668,85	252.227.704,52
	DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	(15.575.097,78)	(809.036,97)	7.900.000,00



for. 53

codici informativo ministero	DESCRIZIONE	BILANCIO PREVISIONE 2010	BILANCIO PREVENTIVO 2011	BILANCIO PREVISIONE 2012
------------------------------------	-------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

C.1) PROVENTI E ONERI FINANZIARI				
C0010	C.1) Interessi attivi	-	-	-
C0050	C.2) Altri proventi	-	-	-
C0060	C.3) Interessi passivi	3.139.872,68	2.105.250,00	1.500.000,00
C0100	C.4) Altri oneri	-	-	-
C9999	TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI (C)	(3.139.872,68)	(2.105.250,00)	(1.500.000,00)
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
D0010	D.1) Rivalutazioni	-	-	-
D0020	D.2) Svalutazioni	-	-	-
D9999	TOTALE RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA FINANZIARIE (D)	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI				
E0010	E.1) Minusvalenze	-	-	-
E0020	E.2) Plusvalenze	-	-	-
E0050	E.3) Accantonamenti non tipici dell'attività sanitaria	-	-	-
E0060	E.4) Concorsi, recuperi, rimborsi per attività non tipiche	-	-	-
E0070	E.5) Sopravvenienze e insussistenze	-	-	-
E9999	TOTALE PROVENTI E ONERI STRAORDINARI (E)	-	-	-
X0010	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+/-C+/-D+/-E)	(18.714.970,46)	(2.914.286,97)	6.400.000,00
Z999	Imposte e tasse	6.610.000,0	6.514.539,74	6.400.000,00
Z999	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	(25.324.970,46)	(9.428.826,71)	(0,00)



45.54

NOTA INTEGRATIVA

**BILANCIO PLURIENNALE
2010-2011-2012**

INTRODUZIONE AL BILANCIO PLURIENNALE

Il presente bilancio pluriennale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone si riferisce agli anni 2010, 2011, 2012.

Esso è stato elaborato nel rispetto della L.R. n. 43/1996.

Il bilancio economico preventivo 2010/2012 è stato, inoltre, redatto nel rispetto dei seguenti principi:

Integrità : le voci di bilancio sono iscritte senza compensazioni;

Annualità: i costi e i ricavi (pur preventivi) sono riferiti ai singoli anni in esame e non ad altri esercizi;

Correttezza: il bilancio è stato redatto nel rispetto della normativa e del regolamento di contabilità ed in coerenza con la legge regionale n. 43 del 23 dicembre 1996.

Chiarezza: leggibilità e chiarezza delle poste di bilancio.

Il bilancio pluriennale 2010/2012 traduce in termini economici, patrimoniali e finanziari, le indicazioni della pianificazione delle attività dell'azienda, del piano sanitario regionale e del piano sanitario nazionale, con particolare riguardo agli investimenti programmati per il triennio considerato.

Per quanto attiene gli aspetti economici, il bilancio pluriennale evidenzia, in collegamento con i documenti della programmazione, i volumi di attività previsti, i costi dei fattori produttivi di cui si prevede l'impegno, nonché i ricavi e proventi previsti per ciascuno degli anni considerati.

Con riguardo agli aspetti finanziari e patrimoniali il bilancio pluriennale evidenzia per ciascuno degli anni considerati il quadro di riferimento per la gestione futura, indicando conseguentemente la previsione degli effetti finanziari e patrimoniali delle decisioni assunte dando dimostrazione, in particolare, della copertura finanziaria dei programmi d'investimento.

Il bilancio pluriennale risponde così all'esigenza fondamentale di consentire una congrua e fedele proiezione dinamica delle situazioni economiche e finanziarie allo scopo ultimo di prevenire, con tempestività e rigore, la formazione di situazioni di squilibrio.

LINEE STRATEGICHE INDIRIZZI E OBIETTIVI

1. Linee strategiche indirizzi e obiettivi generali finalizzati al miglioramento della qualità del servizio e dell'efficienza

- a) Garantire a tutti i cittadini, in maniera omogenea su tutto il territorio aziendale, le prestazioni e attività sanitarie e sociosanitarie definite nel DPCM 29.11.2001 e s.m.i sui Livelli Essenziali di Assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e nei provvedimenti attuativi stabiliti dalla programmazione sanitaria regionale.
- b) Assicurare l'appropriatezza della funzione ospedaliera con specifico riferimento: all'utilizzo ottimale dei posti letto ordinari, di day hospital e day surgery secondo quanto indicato negli specifici provvedimenti regionali; al completamento del trasferimento nei regimi di erogazione più appropriati dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, al completamento del trasferimento dal regime di ricovero al regime ambulatoriale delle prestazioni indicate dalle specifiche disposizioni regionali in materia.
- c) Ridurre il tasso di ospedalizzazione rispetto a quello medio registrato nell'ultimo triennio, anche mediante l'attivazione della nuova modalità assistenziale denominata day service che consente di trasferire dal regime di ricovero al regime ambulatoriale le specifiche attività assistenziali oggi impropriamente trattate in regime di ricovero ordinario e diurno.
- d) Ridurre le liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero.
- e) Aumentare la produttività delle strutture aziendali di specialistica ambulatoriale in regime istituzionale con particolare riferimento ai presidi territoriali.
- f) Attivare efficaci ed efficienti sistemi centralizzati di prenotazione delle prestazioni (CUP).
- g) Potenziare i livelli essenziali di assistenza distrettuale e di prevenzione con particolare riferimento: alle attività sanitarie e sociosanitarie rivolte alle donne, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza; all'assistenza domiciliare, territoriale, residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e malati in fase terminali; all'assistenza alle persone con disturbi mentali, ai soggetti tossicodipendenti, ai soggetti disabili fisici e sensoriali.
- h) Abbattere l'inappropriatezza collegata alla funzione ospedaliera e alla specialistica ambulatoriale sia degli erogatori privati accreditati che degli erogatori pubblici anche attraverso la corretta, efficace ed efficiente attuazione degli indirizzi regionali sull'attività di

controllo degli erogatori.

- i) Adottare ogni utile iniziativa e attività finalizzate al recupero della mobilità passiva regionale ed extraregionale dei cittadini residenti nell'azienda.
- j) Assicurare l'effettivo utilizzo dei posti letto della struttura ospedaliera aziendale in misura non inferiore al 75% per il regime ordinario e non inferiore all'80% per il regime diurno.

2. Linee strategiche indirizzi e obiettivi per il governo della spesa

- a) Osservare il vincolo alla struttura dei costi e ai tetti di spesa annualmente fissati dalla Giunta Regionale per ciascuno dei livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e per ciascuno dei sottolivelli in cui gli stessi sono articolati ai sensi del DPCM sui LEA.
- b) Consolidare ulteriormente il sistema operativo di contabilità economico patrimoniale.
- c) Consolidare ulteriormente l'implementazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo e controllo di gestione.
- d) Diminuire la spesa farmaceutica convenzionata rispetto a quella media registrata nell'ultimo triennio al fine di rispettare il limite di spesa stabilito dalla Regione.
- e) Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci da parte dell'azienda e sviluppare ulteriormente la distribuzione dei farmaci relativi al primo ciclo terapeutico alla dimissione dall'ospedale e dopo la visita specialistica ospedaliera e territoriale.
- f) Razionalizzare la spesa per acquisto di beni e servizi non sanitari mediante l'adozione del piano annuale degli acquisti e contenere la stessa mediamente del 4,3% rispetto a quella registrata per l'anno 2009, senza che da ciò discenda alcun pregiudizio per la corretta erogazione delle prestazioni sanitarie agli assistiti.
- g) Razionalizzare e contenere la spesa del personale entro i limiti delle risorse previste dai contratti collettivi nazionali di lavoro e riqualificare la stessa in termini di maggiore produttività.
- h) Razionalizzare e contenere la spesa per competenze accessorie nei limiti massimi dei fondi contrattuali con particolare riferimento al lavoro straordinario.
- i) Adottare un piano di assunzioni annuali coerente con i fabbisogni effettivi di personale da assumere e compatibile con le risorse finanziarie disponibili, tenendo conto per l'anno 2010 dei limiti delle percentuali di turn over relativamente al solo personale sanitario da assumere nei soli casi di professionalità infungibili.

3. Linee strategiche indirizzi e obiettivi per il rientro pluriennale dai disavanzi e per l'equilibrio di bilancio

Sul piano economico i significativi disavanzi registrati negli ultimi esercizi impongono la necessità di adottare significativi cambiamenti nel governo e nella gestione aziendale al fine di garantire nel tempo la sostenibilità economica del sistema sanitario locale.

Le logiche economiche del bilancio economico preventivo 2010/2012, sono in sintesi orientate alla ricerca della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario aziendale che, a partire dalla riqualificazione e valorizzazione dell'esistente, individui la strada per riconquistare l'equilibrio economico-finanziario (già a partire dall'esercizio 2010), attuando e utilizzando da una parte le specifiche economie previste dagli indirizzi di programmazione regionale di cui alle DGR n. 484/10, n. 489/10 e n. 493/10 e dall'altra le economie derivanti dal miglior utilizzo delle risorse assegnate e dalle economie derivanti dalle innovazioni gestionali e organizzative previste nel presente piano delle attività aziendali.

Il piano economico di rientro dal deficit ha come orientamento strategico di fondo:

- Un periodo temporale di almeno tre anni.
- Costi della farmaceutica convenzionata in linea con le risorse.
- Una significativa riduzione della mobilità passiva regionale ed extraregionale.

Le linee principali di intervento a tal fine individuati sono:

- Interventi di razionalizzazione e miglioramento dell'offerta e dei servizi, nelle tecnologie sanitarie, nella formazione e nello sviluppo delle risorse umane.
- Stabilizzazione del costo per acquisti di beni e servizi non sanitari.
- Stabilizzazione del costo del personale dipendente e convenzionato al netto degli eventuali miglioramenti contrattuali.

Occorre, quindi, che la necessità dell'equilibrio economico finanziario non sia unicamente una condizione imposta da obblighi normativi, ma sia una scelta esplicita attuata per garantire all'Azienda e quindi ai suoi assistiti un credibile e fattivo percorso di garanzia dei livelli essenziali di assistenza e del loro sviluppo.

L'orientamento strategico per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario diviene ancor più necessario ed improcrastinabile stante la rilevanza dei disavanzi accumulati negli esercizi precedenti. Viene confermata quindi la strategia di fondo per l'equilibrio di bilancio e la sostenibilità economica del sistema sanitario locale: **governare l'incremento controllato dei costi in misura inferiore all'incremento programmato dei finanziamenti regionali.**

Il presupposto è la constatazione per cui le risorse a disposizione dell'azienda (finanziamenti regionali ed entrate proprie) non rimangono statiche nel corso del tempo, ma aumentano di anno in anno proporzionalmente all'incremento dei fondi sanitari nazionale e regionale. Obiettivo per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio e della sostenibilità, pertanto, è quello di governare l'incremento dei costi affinché l'aumento sia percentualmente minore di quello dei ricavi, riportando l'azienda a pareggio in un accettabile e credibile intervallo di tempo.

La conferma dell'orientamento strategico di fondo, sopra evidenziato, consente all'azienda di evitare tagli di risorse e conseguentemente di servizi, ma accentua ancora di più la necessità di governare con estrema attenzione l'utilizzo dei fattori produttivi attraverso gli strumenti tipici della programmazione e controllo.

Le azioni specifiche per l'attuazione concreta di tale strategia sono contenute nel dettaglio nelle varie sezioni che costituiscono il piano delle attività aziendali 2010 ed il correlato bilancio economico preventivo, qui di seguito si evidenziano quelle di maggiore impatto economico per le quali sono già state avviate significative e positive iniziative in merito e che nello specifico riguardano:

- La riduzione della spesa farmaceutica convenzionata.
- L'incremento della distribuzione diretta dei farmaci da parte dell'azienda con particolare riferimento alla distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione e dopo visita specialistica ospedaliera e territoriale.
- La riconduzione ai costi standard contrattualmente definiti per il personale dipendente e convenzionato con particolare riferimento ai costi per competenze accessorie, straordinario, per pronta disponibilità e prestazioni di particolare impegno professionale dei MMG e dei PLS.
- L'azzeramento progressivo dei costi relativi all'utilizzo di personale in affitto (sono state dimissionate al 30 Giugno 2010 tutte le 133 unità).
- Il contenimento significativo dei costi per la protesica e le prestazioni integrative rispetto a quelli sostenuti negli ultimi esercizi.

Sul versante dei ricavi si dovrà in particolare procedere:

- con decisi interventi di alienazione del patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali con utilizzo dei proventi per investimenti sia di ordine immobiliare che di nuove tecnologie.

IL CONTO ECONOMICO

Il conto economico esprime le finalità e le caratteristiche formali e strutturali del presente bilancio economico preventivo pluriennale, considerate necessarie da un punto di vista economico-tecnico, affinché lo stesso possa assolvere la sua funzione rappresentativa dei risultati economici che si ritiene di conseguire negli esercizi 2010, 2011 e 2012 e dimostrativa dei relativi componenti positivi e negativi di reddito, con inclusione dei risultati intermedi, in conformità a corretti principi contabili relativi all'esposizione dei dati di bilancio e nel rispetto dei postulati e requisiti di bilancio di esercizio tra i quali l'utilità, la neutralità e la comprensibilità.

Il Conto Economico redatto in forma scalare, infatti, consente di evidenziare i risultati intermedi raggiunti (aggregati) ottenuti tramite significativi raggruppamenti; esso permette di evidenziare tre specifiche aree operative:

1. La gestione ordinaria;
2. La gestione finanziaria;
3. La gestione straordinaria;

attraverso la sua articolazione in cinque grossi aggregati, individuati nel seguente modo:

- a) Valore della produzione;
- b) Costo della produzione;

- c) Totale proventi e oneri finanziari;
- d) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie;
- e) Totale proventi e oneri straordinari.

Dalla contrapposizione della produzione, lettera A) e dei costi della produzione, lettera B), deriva un primo risultato intermedio, chiamato Differenza tra valore e costi della produzione, che rappresenta il risultato operativo relativo alla gestione tipica o caratteristica, più sinteticamente gestione sanitaria;

le lettere C) e D) sono relative ai componenti positivi e negativi e alle rettifiche di natura finanziaria.

Questi due raggruppamenti si riferiscono alla gestione finanziaria.

La lettera E) si riferisce alla gestione straordinaria e quindi a oneri e proventi straordinari.

Dalla somma algebrica dei sub-totali delle cinque classi deriva un secondo risultato intermedio chiamato Risultato prima delle imposte (A-B+/-C+/-D+/-E).

Dopo aver calcolato le imposte a carico dell'esercizio avremo determinato il risultato economico dell'esercizio stesso.

Nel nostro caso una Perdita di Esercizio pari ad Euro **25.324.970,46** per l'esercizio 2010, è rideterminata in euro **9.428.826,71** per l'esercizio 2011 e raggiunge il pareggio per l'esercizio 2012.

STATO PATRIMONIALE CONSUNTIVO 2009

				CONSUNTIVO 2009	VARIAZIONI		PREVENTIVO 2010
CONTO		DESCRIZIONE			IN MENO	IN PIU'	
101	0	0	IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI				
101	10	10	COSTI DI IMPIANTI	-			-
101	20	10	COSTI DI RICERCA E DI SCVILUPPO	-			-
101	30	10	DIRITTI DI BREVETTO E DIRITTI DI UTILIZZAZIONE DELLE OPERE D'INGEGN	-	-	-	-
101	40	10	COSTI PER ACQUISTO SOFTWARE	341.423,95	-	99.576,07	441.000,02
			TOTALE	341.423,95	-	99.576,07	441.000,02
102	.00	.00	IMMOBILIZZAZIONI MATERIELI				
				-			-
102	10	10	TERRENI	1.956.500,00	-	-	1.956.500,00
102	20	10	FABBRICATI	32.690.285,85	-	149.714,15	32.840.000,00
102	20	20	FABBRICATI IN COTRUZIONE	279.072,38	-	-	279.072,38
102	20	30	COSTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA A FABBRICATI	-	-	-	-
102	30	10	IMPIANTI E MACCHINARI	2.097.759,80	-	-	2.097.759,80
102	30	20	IMPIANTI E MACCHINARI IN CORSO	-	-	-	-
102	40	10	ATTREZZATURE SANITARIE	28.061.599,24	-	299.400,76	28.361.000,00
102	50	10	MOBILI ED ARREDI	1.950.753,94	-	49.246,06	2.000.000,00
102	60	10	AUTOMEZZI	1.035.360,34	-	89.639,66	1.125.000,00
102	70	10	ALTRI BENI	3.917.399,71	-	149.600,29	4.067.000,00
102	70	30	MANUTENZIONE STRAORDINARIA AD ALTRI BENI	26.611,54	-	-	26.611,54
102	80	10	COSTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA	122.662,22	-	-	122.662,22
			TOTALE	72.138.005,02	-	737.600,92	72.875.605,94
103	.00	.00	IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE				
				-			-
103	10	10	CREDITI	1.039.341,04	-	-	1.039.341,04
103	20	10	TITOLI	51,65	-	-	51,65
				-	-	-	-
			TOTALE	1.039.392,69	-	-	1.039.392,69
104	.00	.00	SCORTE SANITARIE RIMANENZE FINALI				
104	10	10	SCORTE MEDICINALI	1.975.235,46	-	-	1.975.235,46
104	10	20	SCORTE SANITARIE EMODERIVATE	-	-	-	-
104	10	30	SCORTE SANITARIE SOLUZIONI	-	-	-	-
104	10	40	SCORTE SANITARIE GAS MEDICINALI	-	-	-	-
104	10	50	SCORTE SANITARIE STUPEFACENTI	-	-	-	-
104	10	60	SCORTE SANITARIE SIERI E VACCINI	127.987,90	-	-	127.987,90
104	10	70	SCORTE SANITARIE MATERIE PRIME E PRODOTTI GALENICI	156.773,65	-	-	156.773,65
104	10	80	SCORTE SANITARIE PRODOTTI AD USO VETERINERIO	-	-	-	-
104	10	90	SCORTE SANITARIE DIAGNOSTICI	907.843,12	-	-	907.843,12

				CONSUNTIVO 2009	VARIAZIONI		PREVENTIVO 2010
CONTO		DESCRIZIONE			IN MENO	IN PIU'	
104	10	100	SCORTE SANITARIE MATERIALE RADIOLOGICO	241.487,74	-	-	241.487,74
104	10	110	SCORTE SANITARIE VETRINI MATERIALE DI LABORATORIO ANALISI	84.727,64	-	-	84.727,64
104	10	120	SCORTE SANITARIE PRESIDIO CHIRURGICI E MAT. SANIT.	852.331,11	-	-	852.331,11
104	10	130	SCORTE SANITARIE MATERIALI PROTESICI ED EMODERIVATI	411.089,38	-	-	411.089,38
104	10	140	SCORTE SANITARIE STRUMENTARIO CHIRURGICO	-	-	-	-
				-	-	-	-
			TOTALE	4.757.476,00	-	-	4.757.476,00
104	.00	..	SCORTE NON SANITARIE				
104	20	10	SCORTE NON SANITARIE MATERIALE TECNICO	69.441,49	-	-	69.441,49
104	20	20	SCORTE NON SANITARIE PRODOTTI ALIMENTARI	140,93	-	-	140,93
104	20	30	SCORTE NON SANITARIE CANCELLERIA E STAMPATI	69.745,98	-	-	69.745,98
104	20	40	SCORTE NON SANITARIE COMBUSTIBILI STAMPATI	-	-	-	-
104	20	50	SCORTE SUPPORTI MECCANOGRAFICI	93.661,45	-	-	93.661,45
104	20	60	SCORTE MATERIALE DI PULIZIA E CONVIVENZA	156.296,50	-	-	156.296,50
			TOTALE	389.286,35	-	-	389.286,35
			CREDITI DA REGIONE E PROVINCE AUTONOME ED ALTRI				
105	10	10	CREDITI DA REGIONE E PROV. AUTONOMA	46.920.793,82	-	-	46.920.793,82
105	20	10	CREDITI DA COMUNI		-	-	
105	30	10	CREDITI DA ASL REGIONALI	6.772.223,69	-	-	6.772.223,69
105	30	20	CREDITI DA ASL EXTRA REGIONALI	-	-	-	-
105	40	10	CREDITI DA ERARIO - C/IRPEG	-	-	-	-
105	40	20	CREDITI DA ERARIO ACCONTO IPREG	-	-	-	-
104	40	30	CREDITI DA ERARIO CONTO IVA	-	-	-	-
105	40	40	CREDITI DA ERARIO CONTO IMPOSTE VARIE	2.934,20	2.934,20	-	-
105	50	10	CREDITI DA PERSONALE DIPENDENTE	-	-	-	-
105	50	11	CREDITI DA DIPENDENTI CONTO RIMBORSI	-	-	-	-
105	50	20	CREDITI DA ENTI DEL SETT. PUBBLICO	2.449.633,40	-	-	2.449.633,40
105	50	30	CREDITI VERSO CLIENTI	3.384.542,81	-	-	3.384.542,81
105	50	40	CREDITI VERSO CLIENTI CONTO ANTICIPI	-	-	-	-
105	50	50	CREDITI VERSO ALTRI	-	-	-	-
105	50	60	CREDITE V/TESORIERE PER ANTICIPAZIONI	-	-	-	-
105	50	70	CREDITI C/ANTICIPI VARI	-	-	-	-
105	50	80	CREDITI V/ISTITUTO TESORERIA	-	-	-	-
105	50	99	CREDITI DIVERSI	-	-	-	-
			TOTALE	59.530.127,92	2.934,20	-	59.527.193,72
106	.00	.00	CREDITI DI ATTIVITA' FINANZIARIE				
106	10	10	TITOLI A BREVE	-			-
				-			-
			TOTALE	-			-

CONTO			DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2009	VARIAZIONI		PREVENTIVO 2010
					IN MENO	IN PIU'	
107	.00	.00	DISPINIBILITA' LIQUIDE				
107	10	10	CASSA ECONOMALE	7.577,13	-	-	7.577,13
107	10	11	CASSA INCASSI	39.546,25	39.546,25	-	-
107	20	10	C/C ISTITUTO TESORIERE	-	-	-	-
107	20	11	ISTITUTO TES. C/CAPITALE	438.268,69	-	-	438.268,69
107	20	20	CONTO TRANSITORIO	-	-	-	-
107	30	10	C/C POSTALE	1.301.790,25	-	-	1.301.790,25
				-	-	-	-
			TOTALE	1.787.182,32	39.546,25	-	1.747.636,07
108	.00	.00	SCRITTURE DI RETTIFICHE E INTEGRAZIONI, RATEI E RISCO NTI ATTIVI				
108	10	10	RATEI ATTIVI	-	-	-	-
108	20	10	FATTURE E RICEVUTA DA EMETTERE	84.400,00	-	6.715.600,00	6.800.000,00
108	30	10	NOTE DI CREDITO DA RICEVERE	8.042.183,58	8.042.183,58	-	-
108	40	10	RISCO NTI ATTIVI	1.621.006,77	1.621.006,77	-	-
				-	-	-	-
				-	-	-	-
			TOTALE	9.747.590,35	9.663.190,35	6.715.600,00	6.800.000,00
109	.00	.00	PERDITE DI ESERCIZIO				
109	10	10	PERDITE DI ESERCIZIO	-	-	-	-
			PERDITA DI ESERCIZIO PRECEDENTE	-	-	-	-
			PERDITA DI ESERCIZIO CORRENTE	-	-	-	-
				-	-	-	-
			TOTALE	-	-	-	-
110	90	1	Incassi conto transitorio	-	-	-	-
110	90	2	Pagamenti conto transitorio	-	-	-	-
110	90	3		-	-	-	-
110	90	4		-	-	-	-
			TOTALE CONTO	-	-	-	-
111	.00	.00	CONTI D' ORDINE				
111	10	10	CANONI LEASING	-	-	-	-
111	20	10	DEPOSITI CAUZIONALI	16.043,83	-	-	16.043,83
				-	-	-	-
			TOTALE	16.043,83	-	-	16.043,83
			TOTALE ATTIVITA' A PAREGGIO	149.730.484,60	9.705.670,80	7.552.776,99	147.577.590,79
201	.00	.00	PATRIMONIO NETTO				
201	10	10	FONDO DI DOTAZIONE	12.224.432,14	-	-	12.224.432,14
201	20	10	CONTRIBUTO PER RIPIANO PERDITE	158.122.830,48	-	-	158.122.830,48
201	20	20	UTILE O PERDITA PORTATA A NUOVO	- 322.798.715,12	54.051.782,90	-	- 376.850.498,02
201	30	10	RISULTATO DI ESERCIZIO	- 54.051.782,90	-	28.728.325,44	- 25.323.457,46
				-			-

CONTO			DESCRIZIONE	CONSUNTIVO 2009	VARIAZIONI		PREVENTIVO 2010
					IN MENO	IN PIU'	
			TOTALE	- 206.503.235,40	54.051.782,90	28.728.325,44	- 231.826.692,86
202	.00	.00	CONTRIBUTO IN CONTO CAPITALE				
202	10	10	FONDO DA REGIONE E PROVINCE AUTONOME PER QUOTA F.S. INDISTINTA	14.916.268,92	-	-	14.916.268,92
202	20	10	FONDO DA REGIONE E PROVINCE AUTONOME PER QUOTA F.S. VINCOLATE	11.875.912,69	2.600.912,69	-	9.275.000,00
202	20	20	QUOTA F.S.N. DEST. ALL'ACQUISTO O COSTRUZIONE DI IMMOBILII	19.390,61	-	-	19.390,61
202	20	30	QUOTA F.S.N. DESTINATA ALL'ACQUISTO DI ATTREZZATURE TECNICO SCIENTIFICO	150.000,00	-	-	150.000,00
202	20	40	QUOTA F.S.N. DEST. ALL'ACQUISTO BENI MOBILI	258.228,00	-	-	258.228,00
202	20	50	QUOTA FSN DEST. ALLA MANUTENZIONE STRAORD. DI IMMOBIL	1.000.000,00	-	-	1.000.000,00
202	30	10	CONTRIBUTO CONTO CAPITALE EX CASMEZ	-	-	-	-
			TOTALE	28.219.800,22	2.600.912,69	-	25.618.887,53
203	.00	.00	FONDI AMMORTAMENTO				
203	10	10	FONDO AMMORTAMENTO FABBRICATI	9.230.791,17	-	1.000.000,00	10.230.791,17
203	10	11	FONDO AMMORTAMENTO FABBRICATI IN COSTRUZIONE	-	-	-	-
203	10	12	FONDO AMMORTAMENTO COSTI MANUTENZIONE STRAORD.	-	-	-	-
203	20	10	FONDO AMMORTAMENTO IMPIANTI E MACCHINARI	2.037.938,98	-	394.061,02	2.432.000,00
203	30	10	FONDO AMMORTAMENTO ATTREZZATURE SANITARIE	27.617.473,50	-	500.000,00	28.117.473,50
203	40	10	FONDO AMMORTAMENTO MOBILI E ARREDI	1.231.887,52	-	135.912,69	1.367.800,21
203	50	10	FONDO AMMORTAMENTO AUTOMEZZI	931.180,09	-	50.000,00	981.180,09
203	60	10	FONDO AMMORTAMENTO ALTRI BENI MATERIELI	3.624.631,88	-	399.999,98	4.024.631,86
203	70	10	FONDO AMMORTAMENTO SOFTWARE	115.237,14	-	80.000,00	195.237,14
203	80	10	FONDO AMMORTAMENTO MAN. STRAORD. ALTRI BENI	42.330,29	-	40.000,00	82.330,29
			TOTALE	44.831.470,57	-	2.599.973,69	47.431.444,26
204	.00	.00	FONDI RISCHI E ONERI				
204	10	10	FONDO IMPOSTE E TASSE	-	-	-	-
204	20	10	FONDO SVALUTAZIONI CREDITI	-	-	-	-
204	30	10	F.DO PREMIO DI OPEROSITA'(SUMAI)	258.265,39	-	-	258.265,39
204	40	10	FONDO RISCHI	2.143.240,45	693.240,45	-	1.450.000,00
204	50	10	FONDI VARI	4.831.079,40	2.881.079,40	-	1.950.000,00
			TOTALE	7.232.585,24	3.574.319,85	-	3.658.265,39
205	.00	.00	MUTUI PASSIVI				
205	10	10	MUTUI PASSIVI	-	-	-	-
			TOTALE	-	-	-	-
206	.00	.00	DEBITI VERSO REGIONE PROVINCE AUTONOME E ALTRI				
206	10	10	DEBITI VERSO REGIONE E PROV. AUTONOMA	1.148.870,06	-	1.129,94	1.150.000,00
206	10	20	DEBITI VERSO ADDIZIONALE IRPEF	-	-	-	-
206	10	30	DEBITI VERSO REGIONE INTERESSI 730	-	-	-	-
206	20	10	DEBITI VERSO COMUNE	1.580,00	1.580,00	-	-

				CONSUNTIVO 2009	VARIAZIONI		PREVENTIVO 2010
CONTO		DESCRIZIONE			IN MENO	IN PIU'	
206	30	10	DEBITI VERSO ASL. REGIONALI	1.576.961,69	-	-	1.576.961,69
206	30	20	DEBITI VERSO ASL. EXTRAREGIONALI	-	-	-	-
206	40	10	DEBITI VERSO ISTITUTI DI PREVIDENZA	3.187.552,82	-	-	3.187.552,82
206	40	20	DEBITI VERSO ENPAM	499.711,66	-	-	499.711,66
206	50	10	DEBITI VERSO ORGANO ASL	33.502,24	-	-	33.502,24
206	60	10	DEBITI VERSO ALTRI (PRIVATI,ESTERO,ANTICIPI,ECC.)	1.964.937,09	-	-	1.964.937,09
206	60	11	DEBITI VERSO ORGANIZZAZIONI SINDACALI	85.053,69	-	-	85.053,69
206	60	12	DEBITI VERSO PERS. CONV.	2.535.413,89	-	-	2.535.413,89
				-	-	-	-
			TOTALE	11.033.583,14	1.580,00	1.129,94	11.033.133,08
207	.00	.00	DEBITI VERSO ALTRI				
207	10	10	DEBITI VERSO ISTITUTO TESORIERE	1.429.063,93	1.429.063,93	-	-
207	10	20	DEBITO VERSO ETESORIERE PER ANTICIPAZIONI	47.554.226,05	-	13.429.063,93	60.983.289,98
207	20	10	DEBITI TRIBUTARI ERARICO C/ IMPOSTE	-	-	-	-
207	20	20	DEBITI TRIBUTARI ERARIO C/RITENUTE	3.189.191,06	-	-	3.189.191,06
207	20	30	DEBITI VERSO ERARIO C/ RITENUTE ACC.730	-	-	-	-
207	20	40	DEBITO VERSO ERARIO C/RITENUTE 730	-	-	-	-
207	30	10	DEBITI VERSO PERSONALE DIPENDENTE	14.357.053,16	5.076.053,16	-	9.281.000,00
207	40	30	DEBITI VERSO ERARIO C/IVA	4.457,60	4.457,60	-	-
207	50	10	DEBITI VERSO FARMACIE	18.708.038,23	-	4.816.961,77	23.525.000,00
			TOTALE	85.242.030,03	6.509.574,69	18.246.025,70	96.978.481,04
208	.00	.00	DEBITI VERSO FORNITORI				
208	10	10	DEBITI VERSO FORNITORI	166.694.895,21	-	15.005.104,79	181.700.000,00
				-	-	-	-
				-	-	-	-
			TOTALE	166.694.895,21	-	15.005.104,79	181.700.000,00
209	.00	.00	SCRITTURE DI RETTIFICA E INTEGRAZIONI RATEI E RISCONTI PASSIVI				
209	10	10	RATEI PASSIVI	5.537,40	5.537,40	-	-
209	20	10	FATTURE E RICEVUTA DA RICEVERE	12.754.206,19	-	10.254,16	12.764.460,35
209	30	10	NOTE DEBITO DA RICEVERE		-	-	
209	40	10	RISCONTI PASSIVI	219.612,00	-	-	219.612,00
				-	-	-	-
				-	-	-	-
			TOTALE	12.979.355,59	5.537,40	10.254,16	12.984.072,35
212	.00	.00	CONTO D' ORDINE				
212	10	10	CANONE LEASING		-	-	
212	20	10	SEPOSITI CAUZIONALI	16.043,83	-	-	16.043,83
			TOTALE	16.043,83	16.043,83	16.043,83	16.043,83
			TOTALE PASSIVITA' A PAREGGIO	149.730.484,60	66.759.751,36	64.606.857,55	147.577.590,79

PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI 2010

**Direttiva annuale 2010
Linee di indirizzo programmatico,
azioni, obiettivi e budget 2010**

INDICE

PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI ANNO 2010

Premessa e presentazione del Commissario	Pag.	2
Linee strategiche indirizzi e obiettivi generali 2010	Pag.	5
Linee d'indirizzo e procedure particolari da realizzare	Pag.	7
II Programma e il piano delle attività aziendali per la prevenzione	Pag.	12
Dipartimento di prevenzione linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2010	Pag.	13
Budget complessivo assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro (prevenzione)	Pag.	15
Azioni e obiettivi specifici delle strutture organizzative del dipartimento di Prevenzione	Pag.	16
<i>Area igiene e sanità pubblica azioni e obiettivi specifici 2010</i>		
- Medicina preventiva	Pag.	17
- Screening oncologici	Pag.	18
- Igiene e sanità pubblica	Pag.	20
- Igiene degli alimenti e nutrizione	Pag.	21
- Medicina dello sport	Pag.	22
- Medicina legale	Pag.	23
<i>Area tutela della salute nei luoghi di lavoro azioni e obiettivi specifici 2010</i>		
- Medicina del lavoro	Pag.	25
<i>Area sanità pubblica veterinaria azioni e obiettivi specifici 2010</i>		
II Programma e il piano delle attività aziendali per l'assistenza distrettuale	Pag.	23
Assistenza distrettuale linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2010	Pag.	30
Budget complessivo assistenza distrettuale	Pag.	35
Azioni e obiettivi specifici 2010 per i distretti sanitari		
- Medicina di base e sviluppo delle cure primarie	Pag.	38
- Medici di continuità assistenziale e riordino del servizio	Pag.	39
- Assistenza specialistica ambulatoriale	Pag.	39
- Assistenza domiciliare e nuovo modello organizzativo delle cure domiciliari	Pag.	41
- Altra assistenza distrettuale rivolta a particolari categorie di utenza: anziani – disabili - tossicodipendenti – salute donna – salute infanzia – neuropsichiatria infantile	Pag.	42
- Assistenza integrativa e protesica	Pag.	47
- Assistenza farmaceutica convenzionata	Pag.	47
Dipartimento Salute Mentale	Pag.	50
Linee d'intervento azioni e obiettivi generali e specifici 2010	Pag.	50
II Programma e il piano delle attività aziendali per l'assistenza ospedaliera		
Dipartimenti ospedalieri linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2010	Pag.	53

Rideterminazione della rete ospedaliera aziendali – caratteristiche e linee di sviluppo	Pag.	56
<i>Dipartimento emergenza urgenza e accettazione</i>		
- Linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2010	Pag.	62
- Risorse finanziarie per l'area emergenza-urgenza	Pag.	64
- Azioni e obiettivi specifici 2010 delle Unità Operative	Pag.	65
<i>Dipartimento di medicina e specialità mediche</i>		
- Linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2010	Pag.	74
- Risorse finanziarie per l'area internistica - Budget generale del dipartimento	Pag.	77
- Azioni e obiettivi specifici 2010 delle Unità Operative	Pag.	79
<i>Dipartimento di chirurgia e specialità chirurgiche</i>		
- Linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2010	Pag.	88
- Risorse finanziarie per l'area chirurgica - Budget generale del dipartimento	Pag.	93
- Azioni e obiettivi specifici 2010 delle Unità Operative	Pag.	95
<i>Dipartimento materno-infantile</i>		
- Linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2010	pag	99
- Risorse finanziarie per l'area materno-infantile - Budget generale del dipartimento	pag	99
- Azioni e obiettivi specifici 2010 delle Unità Operative	pag	101
<i>Dipartimento dei servizi diagnostici</i>		
- Linee d'indirizzo azioni e obiettivi generali 2010	pag	104
- Risorse finanziarie per l'area dei servizi diagnostici - Budget generale del dipartimento	pag	104
- Azioni e obiettivi specifici 2010 delle Unità Operative	pag	106
<i>Area della funzione di direzione di presidio e farmacia ospedaliera</i>		
- Azioni e obiettivi specifici 2010 delle Unità Operative	pag	117
- Risorse finanziarie - Budget generale delle Unità Operative	pag	118
Area delle funzioni strategiche e amministrative aziendali		
- Azioni e obiettivi generali e specifici	pag	120

ALLEGATI

Allegato A) Piano annuale preventivo 2010 per acquisto prestazioni da privato

- Delibera n. 31 del 3.3.2010 : Assistenza ospedaliera
- Delibera n. 13 del 6.8.2010 : Assistenza specialistica ambulatoriale
- Delibera n. 32 del 3.3.2010 : Assistenza residenziale e semiresidenziale

Allegato n. 1: Miglioramento delle attese per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Allegato n. 2: Rete ospedaliera aziendale e posti letto attuali

Allegato n. 3: Personale e dati di attività U.O. dipartimenti ospedalieri

Allegato n. 4: Miglioramento dell'assistenza al paziente di pronto soccorso

Allegato n. 5: Progetto Day Service/Pac Presa in carico del paziente ambulatoriale complesso

PREMESSA E PRESENTAZIONE

Il processo di programmazione delle attività aziendali e del correlato budget per l'anno 2010 si colloca in una fase particolare della sanità calabrese caratterizzata da una grave situazione economico-finanziaria ed assistenziale del SSR rispetto alla quale il nuovo governo regionale sta già adottando i numerosi provvedimenti e le misure di razionalizzazione e riqualificazione del SSR previste del piano di rientro dal deficit sanitario.

Il perseguimento degli obiettivi del piano di rientro è condizionato da vincoli cogenti nel consumo delle risorse e tale condizione deve condurre ad una diffusa consapevolezza della necessità di un'efficienza del sistema, soprattutto finalizzato al mantenimento di prestazioni essenziali, in un'ottica di economicità; questi obiettivi non sono in contraddizione col principio di solidarietà ed universalità del nostro sistema sanitario, anzi se non si persegue l'equilibrio economico le risorse disponibili non riusciranno ad assicurare tutti i servizi, minando i principi fondamentali del nostro sistema assistenziale.

Nel quadro di riferimento sopra delineato occorre quindi che anche la nostra ASP concorra con la necessaria responsabilità, professionalità, puntualità e competenza al perseguimento degli indirizzi e degli obiettivi stabiliti dalla Giunta Regionale, assicurando comunque i livelli essenziali di assistenza a cittadini attraverso idonei interventi di razionalizzazione della spesa, di contenimento dei costi e di rispetto dei tetti di spesa definiti dal governo regionale, eliminando gli sprechi, incrementando la produttività delle varie strutture aziendali e rendendo in sostanza più efficiente ed efficace l'erogazione delle prestazioni sanitarie agli utenti.

Il processo di programmazione annuale e del correlato budget 2010 della nostra azienda può rappresentare un punto di forza su cui far leva per attuare in sede locale, con responsabilità e competenza, da una parte le disposizioni attuative di razionalizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria definite dal governo regionale e dall'altra per avviare un circuito virtuoso che consenta il miglioramento e lo sviluppo del sistema sanitario locale.

Il processo di programmazione e budget 2010 si dovrà quindi espletare attraverso uno sviluppo unitario, integrato e partecipativo di programmazione, monitoraggio e verifica, con la fissazione di obiettivi chiari e perseguibili in relazione alle risorse disponibili, che diventano oggetto dell'attività del controllo stesso.

Si pone quindi l'obiettivo di superare il classico modello di controllo burocratico-amministrativo e affermare il principio di una strategia unitaria di controllo-guida, che deve divenire un valore aziendale in quanto, pur nel rispetto dell'equilibrio economico, è finalizzato ad una gestione etica ed equa dell'Azienda con l'intento di garantire ai cittadini un reale sistema di tutela della salute.

Ai fini dell'attuazione delle misure definite nel piano di rientro la nuova Giunta Regionale ha già provveduto all'adozione di numerosi provvedimenti già trasmessi alle aziende sanitarie ed ospedaliere per la loro puntuale esecuzione e nel corso dei prossimi giorni e delle prossime settimane ulteriori provvedimenti perverranno alla nostra ed alle altre per la loro attuazione in sede locale.

Con specifico riferimento alla nostra azienda, fortunatamente non interessata dai previsti processi di chiusura e/o riconversione di presidi ospedalieri essendo presente nella nostra ASP un unico Presidio Ospedaliero, i provvedimenti fino ad ora adottati dalla Giunta Regionale risultano essere stati già notificati ai direttori responsabili delle varie strutture aziendali competenti per la loro puntuale attuazione e ad ogni buon fine sono espressamente richiamate nelle varie parti specifiche della presente direttiva di cui ne costituiscono, tra l'altro, i principi guida.

Inoltre, dalla data di insediamento dello scrivente, con la disposizione n. 24981 del 22 luglio 2010 recante "Prime misure straordinarie e urgenti per il governo della spesa corrente" già notificata a tutti i dirigenti dei centri di responsabilità e di costo dell'ASP è stata, tra l'altro trasmessa la DGR n. 484 del 8.7.2010 relativa ai tetti di spesa per acquisto di beni e servizi per l'anno 2010.

Con la presente direttiva, relativa alla più complessiva programmazione delle attività aziendali 2010 e dei correlati budget, si è inteso adottare da una parte un documento che espliciti il

programma assistenziale e di riorganizzazione dell'ASP per l'anno in corso e dall'altra l'indicazione specifica delle azioni e degli obiettivi da perseguire e realizzare in coerenza con i provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale in attuazione del piano di rientro e finalizzati alla razionalizzazione e riqualificazione del servizio sanitario locale.

Con l'adozione della presente direttiva che contiene il piano delle attività aziendali e il budget 2010 questo Ufficio Commissariale ha ritenuto, quindi, di adottare un documento denso di contenuti e capace di offrire:

- alla Regione un puntuale riscontro circa l'attuazione a livello locale delle azioni e degli obiettivi indicati nei provvedimenti regionali attuativi del piano di rientro e nei provvedimenti regionali di programmazione sanitaria;
- alle Autonomie Locali, Comuni e Provincia la garanzia dei livelli essenziali di assistenza ai cittadini e lo sviluppo e il miglioramento dei servizi sanitari in tutto l'ambito provinciale;
- ai dirigenti ed al personale dell'ASP indirizzi ed obiettivi operativi specifici da perseguire e raggiungere, finalizzati ad assicurare una effettiva crescita del sistema sanitario locale sia in termini di miglioramento dei servizi e delle prestazioni sanitarie all'utenza, sia in termini di economicità, efficienza ed efficacia della gestione aziendale, sia di imparzialità e buon andamento dell'amministrazione.

I concetti di autosufficienza territoriale, appropriatezza delle prestazioni erogate, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria, percorsi diagnostici e terapeuti, nonché di governo economico e razionale uso delle risorse, sono assunte come parole d'ordine di tutti i processi operativi e di miglioramento previsti nella presente direttiva, ciò nella consapevolezza che l'obiettivo prioritario è rappresentato dalla centralità del cittadino-utente soddisfatto nei suoi bisogni sanitari e assistenziali e dal rispetto dei vincoli di spesa e del contenimento dei costi definiti dalla Regione con i provvedimenti attuativi dal piano di rientro.

Nella definizione delle azioni, degli indirizzi e degli obiettivi indicati nella presente direttiva e nel piano delle attività aziendali 2010 si è, inoltre, tenuto conto da una parte dei risultati significativamente negativi degli ultimi esercizi finanziari (- 55,5 milioni di euro nel 2008; - 54,1 milioni di euro nel 2009) nonché dell'ingente deficit accumulatosi per il periodo 2001/2007, dall'altra delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per l'anno in corso (budget generale ASP 2010).

Con specifico riferimento alle risorse finanziarie 2010 le stesse, allo stato, risultano da CE preventivo 2010 provvisoriamente definiti in 248,4 milioni di euro, comprensive delle entrate proprie, quindi a parità di ricavi, considerati e valutati gli effetti sui costi derivanti dai provvedimenti attuativi del piano di rientro già adottati ed adottandi dal Giunta Regionale e considerati ulteriori effetti sulla spesa conseguenti al raggiungimento degli obiettivi e delle azioni di razionalizzazione, controllo e governo della spesa previste nel presente piano delle attività aziendali 2010, si ritiene che per l'anno in corso una stima prudentiale possa consentire all'ASP il dimezzamento del disavanzo registrato nel 2009.

La presente direttiva annuale ed il correlato piano delle attività aziendali e budget 2010 rappresenta in sintesi lo strumento di programmazione e pianificazione aziendale attraverso cui questo Ufficio, in attuazione delle specifiche disposizioni regionali, individua, definisce e determina le linee strategiche e gli obiettivi generali dell'ASP nonché le azioni e gli obiettivi specifici delle fondamentali strutture organizzative aziendali alla quale direttori di dipartimento, direttori delle U.O., dirigenti e tutto il personale dipendente sono vincolati anche ai fini della corresponsione del salario di risultato e della valutazione dei dirigenti e delle posizioni organizzative del comparto.

In relazione agli adempimenti regionali correlati al piano di rientro ed ai conseguenti provvedimenti attuativi in sede locale la presente direttiva e il piano delle attività aziendali 2010 nonché il budget assegnato potrà subire modifiche ed aggiornamenti che saranno di volta in volta adottati e comunicati alle strutture organizzative aziendali interessate.

Nella piena consapevolezza che l'ASP di Crotone nel panorama delle aziende del SSR ha le potenzialità per concorrere e contribuire positivamente al miglioramento del SSR ed al rientro dal deficit e consapevole della grande responsabilità affidatami dalla Giunta Regionale, mi auguro e sono certo che la condivisione delle azioni e degli obiettivi individuati dalla presente direttiva,

nonchè l'impegno e la responsabilità gestionale, professionale ed organizzativa dei direttori delle fondamentali strutture organizzative sanitarie e amministrative dell'ASP, dei dirigenti e di tutto il personale del comparto, possano consentirci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed economico finanziari programmati assicurando all'utenza servizi e prestazioni sanitarie efficaci ed efficienti, migliorando i conti dell'ASP e garantendone la sua sopravvivenza.

Il Commissario Regionale
Prof. Rocco Antonio Nostro

LINEE STRATEGICHE INDIRIZZI E OBIETTIVI GENERALI 2010

Linee strategiche indirizzi e obiettivi generali finalizzati al miglioramento della qualità del servizio e dell'efficienza.

1. Garantire a tutti i cittadini, in maniera omogenea su tutto il territorio aziendale, le prestazioni e attività sanitarie e sociosanitarie definite nel DPCM 29.11.2001 e s.m.i sui Livelli Essenziali di Assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e nei provvedimenti attuativi stabiliti dalla programmazione sanitaria regionale.
2. Assicurare l'appropriatezza della funzione ospedaliera con specifico riferimento:
 - all'utilizzo ottimale dei posti letto ordinari, di day hospital e day surgery secondo quanto indicato negli specifici provvedimenti regionali;
 - al concreto ed effettivo trasferimento nei regimi di erogazione più appropriati dei 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001 e di quelli ulteriori appositamente individuati dalla Giunta Regionale;
 - al concreto ed effettivo trasferimento dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale delle prestazioni indicate dalle specifiche disposizioni regionali in materia.
3. Ridurre il tasso di ospedalizzazione rispetto a quello medio registrato nell'ultimo triennio, anche mediante l'attivazioni della nuova modalità assistenziale denominata day service che consente di trasferire dal regime di ricovero al regime ambulatoriale le specifiche attività assistenziali oggi impropriamente trattati in regime di ricovero ordinario e diurno.
4. Ridurre le liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero.
5. Aumentare la produttività delle strutture aziendali di specialistica ambulatoriale in regime istituzionale con particolare riferimento ai presidi territoriali.
6. Attivare efficaci ed efficienti sistemi centralizzati di prenotazione delle prestazioni (CUP).
7. Potenziare i livelli essenziali di assistenza distrettuale e di prevenzione con particolare riferimento:
 - alle attività sanitarie e sociosanitarie rivolte alle donne, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza;
 - all'assistenza domiciliare così come ridefinita con deliberazione n. 13 del 2 febbraio 2010 recante riordino delle cure domiciliari;
 - all'assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e malati in fase terminali;
 - all'assistenza alle persone con disturbi mentali, ai soggetti tossicodipendenti, ai soggetti disabili fisici e sensoriali.
8. Abbattere l'inappropriatezza collegata alla funzione ospedaliera e di specialistica ambulatoriale sia degli erogatori privati accreditati che degli erogatori pubblici anche attraverso la corretta, efficace ed efficiente attuazione degli indirizzi regionali sull'attività di controllo degli erogatori.
9. Adottare ogni utile iniziativa e attività finalizzate al recupero della mobilità passiva regionale ed extraregionale dei cittadini residenti nell'azienda che emigrano verso presidi ospedalieri di altre regioni o di altre aziende della regione.
10. Assicurare la corretta e puntuale rilevazione e trasmissione dei flussi informativi a contenuto sanitario, con particolare riferimento alle schede di dimissione ospedaliera (SDO), alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ai consumi farmaceutici territoriali ed ospedalieri.
11. Assicurare l'effettivo utilizzo dei posti letto della struttura ospedaliera aziendale in misura non inferiore al 75% per il regime ordinario e non inferiore all'180% per il regime diurno.

Linee strategiche indirizzi e obiettivi per il governo della spesa sanitaria

1. Osservare il vincolo alla struttura dei costi e ai tetti di spesa fissati dalla Giunta Regionale per l'anno in corso in attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario, tenuto conto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera).

2. Consolidare ulteriormente il sistema operativo di contabilità economico patrimoniale
3. Consolidare ulteriormente implementazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo e di controllo di gestione.
4. Diminuire ulteriormente la spesa farmaceutica convenzionata rispetto a quella media registrata nell'ultimo triennio al fine di rispettare il limite di spesa stabilito dalla Regione.
5. Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci da parte dell'azienda e sviluppare ulteriormente la distribuzione dei farmaci relativi al primo ciclo terapeutico alla dimissione dall'ospedale e dopo la visita specialistica nel presidio ospedaliero e nelle strutture territoriali.
6. Razionalizzare la spesa per acquisto di beni e servizi per come già indicato nella disposizione n. 24981 adottata dallo scrivente il 22 luglio 2010 e già notificata a tutti i direttori di dipartimento e responsabili di centri di costo e per come espressamente definiti dalla Giunta Regionale con DGR 484/2010.
7. Razionalizzare e contenere la spesa del personale entro i limiti di spesa fissati dalla Giunta Regionale nell'ambito delle risorse previste dai contratti collettivi nazionali di lavoro e riqualificare la stessa in termini di maggiore produttività.
8. Razionalizzare e contenere la spesa per competenze accessorie nei limiti massimi dei fondi contrattuali con particolare riferimento al lavoro straordinario, pronta disponibilità, missioni ecc.
9. Adottare un piano di assunzioni annuali coerente con i fabbisogni effettivi di personale da assumere e compatibile con le risorse finanziarie disponibili, previa razionalizzazione del personale in servizio.
10. Confermare le modalità operative già stabilite con i vigenti provvedimenti regionali relativamente alla liquidazione degli oneri accessori contrattuali al personale dipendente, alla gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare, all'acquisizione di beni e servizi.

Linee strategiche indirizzi e obiettivi per il rientro dai disavanzi e per l'equilibrio di bilancio

Sul piano economico i significativi disavanzi registrati negli ultimi esercizi impongono la necessità di adottare significativi cambiamenti nel governo e nella gestione aziendale al fine di garantire nel tempo la sostenibilità economica del sistema sanitario locale.

Le logiche economiche della direttiva annuale e del piano delle attività aziendali 2010 sono in sintesi orientate alla ricerca della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario aziendale che, a partire dalla riqualificazione e valorizzazione dell'esistente, individui la strada per riconquistare nel tempo l'equilibrio economico-finanziario già a partire dall'esercizio in corso, attuando e utilizzando da una parte le specifiche economie previste dagli indirizzi di programmazione regionale definiti dal piano di rientro e dall'altra le economie derivanti dal miglior utilizzo delle risorse disponibili e dalle economie derivanti dalle innovazioni gestionali e organizzative previste nella presente direttiva e piano delle attività aziendali.

Le linee principali di intervento a tal fine individuati sono:

- Interventi di razionalizzazione, riorganizzazione e miglioramento dell'offerta dei servizi e delle prestazioni erogate, delle tecnologie sanitarie utilizzate, della formazione e dello sviluppo delle risorse umane.
- Stabilizzazione del costo per acquisti di beni e servizi nel rispetto dei tetti fissati dalla regione.
- Stabilizzazione del costo del personale dipendente e convenzionato nel rispetto dei tetti fissati dalla regione.

Occorre, quindi, che la necessità dell'equilibrio economico finanziario non sia unicamente una condizione imposta da obblighi normativi, ma sia una scelta esplicita attuata per garantire all'Azienda e quindi ai suoi assistiti un credibile e fattivo percorso di garanzia dei livelli essenziali di assistenza e del loro sviluppo.

L'orientamento strategico per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario diviene ancor più necessario ed improcrastinabile stante la rilevanza dei disavanzi accumulati negli esercizi precedenti.

Viene confermata quindi la strategia di fondo per l'equilibrio di bilancio e la sostenibilità economica del sistema sanitario locale: ***governare l'incremento controllato dei costi in misura inferiore all'incremento programmato dei ricavi.***

Il presupposto è la constatazione per cui le risorse a disposizione dell'azienda (finanziamenti regionali ed entrate proprie) non rimangono statiche nel corso del tempo, ma aumentano di anno in anno proporzionalmente all'incremento dei fondi sanitari nazionale e regionale. Obiettivo per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio e della sostenibilità economica, pertanto, è quello di governare l'incremento dei costi affinché l'aumento sia percentualmente minore di quello dei ricavi, riportando l'azienda a pareggio in un accettabile e credibile intervallo di tempo.

La conferma dell'orientamento strategico di fondo, sopra evidenziato, consente all'azienda di evitare tagli di risorse e conseguentemente di servizi, ma accentua ancora di più la necessità di governare con estrema attenzione l'utilizzo dei fattori produttivi attraverso gli strumenti tipici della programmazione e controllo.

Le azioni specifiche per l'attuazione concreta di tale strategia sono contenute nel dettaglio nelle varie sezioni che costituiscono il piano delle attività aziendali 2010, qui di seguito si evidenziano quelle di maggiore impatto economico per le quali risultano già avviate significative e positive iniziative in merito che nello specifico riguardano:

- La ulteriore riduzione della spesa farmaceutica convenzionata anche attraverso l'incremento della distribuzione diretta dei farmaci da parte dell'azienda con particolare riferimento alla distribuzione diretta dei farmaci alla dimissione e dopo visita specialistica ospedaliera e territoriale.
- La riconduzione ai costi standard contrattualmente definiti per il personale dipendente e convenzionato con particolare riferimento ai costi per competenze accessorie, straordinario, pronta disponibilità e prestazioni di particolare impegno professionale dei MMG e dei PLS.
- L'azzeramento progressivo dei costi relativi all'utilizzo di personale in affitto.
- La razionalizzazione ed il contenimento significativo dei costi per la protesica e le prestazioni integrative rispetto a quelli sostenuti negli ultimi esercizi.

Sul versante dei ricavi si dovrà in particolare procedere:

- con decisi interventi di alienazione del patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali con utilizzo dei proventi per investimenti sia di ordine immobiliare che di nuove tecnologie.

LINEE D'INDIRIZZI E PROCEDURE PARTICOLARI DA REALIZZARE

Qui di seguito si fornisce indicazione su temi specifici che costituiscono l'insieme di procedure che questa Amministrazione Commissariale intende realizzare sia presso il P.O. dell'Azienda sia presso le strutture sanitarie territoriali che negli ambiti amministrativi. Nel contempo se ne indica anche, per quanto possibile, una prima previsione di pianificazione e realizzazione temporale con cui essi verranno portate a compimento.

Codice etico

Insieme alla definizione delle linee di struttura dell'intera ASP, la quale verrà realizzata per il tramite dell'atto aziendale, deve essere redatto un documento di regole etiche che saranno prese a base dei rapporti e dei comportamenti tra tutti i soggetti che vivono e lavorano all'interno della Azienda, nonché nei raffronti da tenere verso l'utenza.

Esso servirà a fornire una serie di regole basilari le quali, sebbene presenti nei contratti collettivi o nei codici di comportamento agli stessi allegati, risulteranno così rafforzati, sia nei rapporti umani che in quelli prestazionali in genere. E' opportuno, infatti, che i canoni di condotta etica e di rispetto delle prerogative e dei diritti degli altri non siano mai dimenticati da tutti gli operatori, sanitari e non, e conducano, all'interno dei locali dell'azienda, sia essi ospedalieri, ambulatoriali o dei servizi amministrativi, ad instaurare un clima di benessere e di salvaguardia della dignità della persona nonché di riformulazione dell'immagine dell'Azienda .

Termine di realizzazione : dicembre 2010

Carta dei servizi

Ai fini di consentire una crescita in termini di immagine all'azienda sarà opportuno creare un gruppo di lavoro con l'intento di aggiornare l'attuale carta dei servizi sanitari a favore dell'intero territorio aziendale. Tale documento è certamente importante perché oltre a rappresentare una mano tesa della azienda verso l'intera utenza, essa esplicita ed illustra tutti i servizi e le prestazioni che vengono erogate, ponendo in rilievo le competenze e le specializzazioni del proprio personale medico impegnato. Ancora essa serve a dare una serie di informative circa i recapiti e la ubicazione territoriale degli uffici, degli ambulatori ed la collocazione dei singoli reparti all'interno del P.O.

La carta dei servizi si dovrà completare con le informazioni necessarie di segnalazione di tutte le formalità e le documentazioni necessarie o utili al fine dell'ottenimento delle agevolazioni e delle esenzioni previste dalla normativa regionale o nazionale.

Termine di realizzazione : aprile 2011

Protocollo informatico e autorizzazione alla spesa

In modo immediato sarà individuata una procedura per intervenire rapidamente al fine di consentire che tutte le strutture organizzative aziendali centrali possiedano all'interno una stampantina del protocollo informatico al fine di certificare la data e l'emissione della posta interna che abbisogna del supporto cartaceo: proposte di acquisto, comunicazioni andamento del reparto, determine e delibere, lettere di trasmissione di atti importanti e simili;

A partire dalla data della disposizione n. 24981/2010, già notificata a tutti i dirigenti, tutta la posta inviata al Commissario e specificamente quella che attiene a proposte di spesa devono essere sottoposte al protocollo informatico; e' vietato agli organi amministrativi erogatori di produrre mandati o liquidazioni su documenti non dotati del protocollo informatico e della autorizzazione del Commissario.

Inoltre sarà incentivata con ogni mezzo la posta elettronica che dovrà essere effettuata progressivamente con il mezzo della posta certificata.

Termine di realizzazione : settembre 2010

Posta certificata

Già con l'inizio del mese di settembre, anche grazie all'indirizzario predisposto dagli Ordini professionali, si procederà a implementare e rendere obbligatorio, per tutti i dirigenti, l'uso di tale mezzo elettronico di trasmissione delle informazioni;

Termine di realizzazione : settembre 2010

Skipe

Con gli uffici amministrativi e con i direttori delle varie Unità Operative verrà favorita la connessione per il tramite del mezzo video telefonico Skipe in modo che la visibilità ovvero la trasmissione di piccoli messaggi possa essere un ulteriore mezzo di comunicazione specialmente con la rete territoriale.

Termine di realizzazione : ottobre 2010

CUP unico aziendale e unico regionale

Si dovrà procedere, anche i attuazione della DGR 494 del 2.7.2010 relativa al programma regionale e alle specifiche tecniche per la realizzazione della rete dei CUP, ad obbligare l'accesso dei pazienti e la prenotazione dei servizi per il tramite di un sistema di multi-punto d'accesso CUP; tale strumentazione unica per tutte le attività sanitarie ospedaliere e territoriali sarà ovviamente costituita da un programma informatico che avrà accesso automatizzato anche per via del sito WEB.

Termine di realizzazione : ottobre 2010

URP

Pubblicazione dell'indirizzo e-mail dell'URP ai fini di agevolare il rapporto con l'utenza per raccogliere sia le segnalazioni e le lamentele; esso dovrà, parimenti, servire ad agevolare la possibilità di contatti informativi in favore dei cittadini per ogni loro esigenza.

Ogni reparto od accesso dei locali dell'ASP dovrà esporre un cartello in cui verrà segnalato all'utenza l'indirizzo e-mail dell'URP e della direzione di questa ASP nonché la comunicazione che

ogni segnalazione, denuncia o reclamo debba essere inoltrata ad entrambi detti recapiti telematici;

Ancora l'avviso dovrà indicare che, identicamente, ogni informativa potrà essere richiesta al numero esclusivo dell'URP.

Fornitori (contratti in corso, verifiche pagamenti e consumi precedenti)

Per quanto attiene i fornitori e le forniture effettuate ed effettuande si procederà come segue :

1. definizione dei fornitori attivi – creazione e determinazione dell'elenco dei fornitori per attività e per settore di prodotti;
2. individuazione dei contratti in corso;
3. convocazione dei fornitori dei contratti in corso e revisione prezzi in costanza di rapporto su invito alla riduzione del 30 % al fine di venire incontro alla condizione finanziaria della Azienda;
4. riformulazione dei contratti sulla base di una doppia griglia: verifica dei prezzi della concorrenza alla data attuale e verifica delle caratteristiche qualitative dei prodotti forniti;
5. controllo del pregresso: con verifica della correttezza dei pagamenti in contabilità e presso il tesoriere e delle bollette di consegna a mezzo di una squadra di finanziari esterni;
6. verifica, a posteriori, con una azione interna delegata alla amministrazione, dei consumi per reparto a mezzo di confronto con lo standard dei consumi dei nosocomi del nord;
7. verifica e contenimento consumi energetici e telefonici;

Termine di realizzazione: ottobre 2010

Liste di attesa

Si procederà al preliminare blocco del pagamento dello stipendio di agosto ove siano riscontrate delle anomalie irragionevoli sulla presenza di liste di attesa non giustificabili oggettivamente;

Tali liste dovranno essere ridotte, di una quota parte del 30% del numero del mese precedente, fino al raggiungimento di un adeguato limite massimale prefissato per tipologia di servizio e di prestazione entro il 31/12/2010; ogni superamento mensile del limite definito comporterà un blocco degli stipendi dei mesi precedenti non erogati.

Straordinari

Per tutto il personale con qualifica dirigenziale non è consentito dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali l'effettuazione di lavoro straordinario.

Per il restante personale la erogazione e rilascio di autorizzazioni alla prestazione degli straordinari sarà sottoposta ad una commissione apposita composta da dirigenti amministrativi e sanitari; essa potrà essere proposta e consentita solo nel caso di servizi di cui si è dimostrata la insufficienza del personale in carico.

Atto aziendale

Stante la circostanza evidente che l'atto aziendale si presenta scaduto ed oramai non più attuale o applicabile e stante la amministrazione commissariale sia della sanità regionale che della ASP, la definizione delle linee strutturali costitutive della azienda verranno integralmente ridefinite; tale riassetto integrale sia del personale che delle strutture passerà attraverso la preliminare proposizione di una bozza di atto aziendale definita da questa amministrazione commissariale e successivamente il vaglio consultivo di una commissione aziendale apposita; il riassetto determinerà esuberanti ed inadeguatezze che devono essere poste a riserva di soluzione.

Nell'atto aziendale sarà prevista una commissione consultiva esterna in cui sarà programmata la rappresentanza degli enti politici locali e di quelli civili, religiosi e militari al fine di coagulare intorno alla funzione sanitaria tutti gli interessi nascenti dal territorio e dalla cittadinanza.

Termine di realizzazione : novembre 2010

SITA e strutture peculiari dell'ASP di Crotone

Ogni peculiare forma di gestione del personale sarà oggetto di definizione nell'atto aziendale e verrà ridiscussa nella logica dell'efficienza e della riduzione dei costi.

Termine di realizzazione : novembre 2010;

Farmacia e farmaci

Fermi restando le azioni e gli obiettivi specifici assegnati alle competenti strutture organizzative dell'ASP, riportati nel presente piano delle attività aziendali 2010, nell'ottica della maggiore diffusione nel territorio dei farmaci con risparmio dell'erogazione degli stessi si determinerà una commissione consultiva composta da farmacisti interni all'ASP con lo scopo di predisporre un razionale sistema e piano di copertura dell'intera provincia.

Termine di realizzazione : settembre 2010

Locali OBI ed emergenza urgenza

Fermi restando le azioni e gli obiettivi specifici assegnati al Dipartimento di emergenza urgenza e riportati nel presente piano delle attività aziendali 2010, si prevede la riorganizzazione del P.S. del Presidio con valutazione studio della possibilità di creare un effettivo centro di supporto OBI.

Termine di realizzazione : settembre 2010

Medici specialisti ambulatoriali interni Sumaisti

Gli specialisti ambulatoriali interni convenzionati con l'ASP dovranno essere valutati nel loro ruolo ed analiticamente impegnati allo svolgimento integrale nonché puntuale ed efficiente dei loro compiti; tale risultato dovrà essere ingabbiato in griglie di valutazione stringenti al fine di non permettere alcun abuso; anche tale situazione verrà delegata alla Guardia di Finanza con cui instaurare un sistema di controllo rigoroso.

Termine di realizzazione : settembre 2010

Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale

Sarà costituita una commissione permanente consultiva presieduta da questo Commissario con lo scopo di avere suggerimenti circa l'obiettivo di miglioramento del servizio prestazionale sanitario in genere, sia nello specifico ambito del presidio che nell'intero territorio provinciale; sarà ulteriore scopo della Commissione la verifica delle procedure da seguire nell'assegnazione in ADI e della possibile incentivazione di detto metodo di cura. Dovranno essere stipulati gli accordi integrativi aziendali che allo stato non risultano stipulati e che potranno consentire oltre che il miglioramento del servizio di assistenza primaria anche ulteriori significativi contributi al contenimento della spesa farmaceutica e dei ricoveri impropri.

Termine di realizzazione : settembre 2010

Rapporti sindacali e con il personale dipendente

Verifica ed inventariazione dei sindacati rappresentativi con evidenza degli iscritti a cui viene trattenuta la ritenuta sindacale in busta paga;

Definizione dei contratti di cui ognuna sigla è correttamente firmataria;

Definizione del personale inappropriato od esuberante, sia tra gli ex-Italia lavoro che tra i dipendenti effettivi. Con tale operazione verrà concretizzata una determinazione delle figure lavorative che, alla luce delle determinazioni dovute al piano di rientro nonché alle prime proposte dell'atto aziendale, sono considerate inappropriate ed incongrue per la ASP. Per tali figure con l'apporto dei sindacati verrà proposto un piano di riconversione e formazione del personale al fine di potere entro il 2011 riassorbire eventuale personale che dovrà essere posto in stato di esubero o dimesso.

Ai fini della collocazione in pensione per superamento dei limiti previdenziali ex art. 17 comma 35 novies del D.L. 1/07/2008 n. 78 potranno essere valutati i soggetti che sono prossimi a detto superamento ove si riesca a definire un processo di scivolamento della carriera e di fuoriuscita del personale con agevolazioni che determinano un maggiore vantaggio per l'Ente nel futuro.

Termine di realizzazione : ottobre 2010;

Disciplina

Dovranno sin da subito essere segnalati i fenomeni di indisciplina e di insubordinazione nei confronti di ogni sovraordinato gerarchicamente e dovranno, altresì, essere comunicati tutti i fenomeni che possono essere considerati di negligenza, di indolenza, di fannulloneria e di faciloneria; tali esposti verranno memorizzati da questa Amministrazione Commissariale ai fini degli accordi di mobilità che verranno sottoscritti con le altre ASP calabresi.

Ogni irregolare e non autorizzata assenza dal posto di lavoro ed ogni atteggiamento controproducente in raffronto alla necessità di difesa e tutela dell'immagine della azienda, nonché ogni comportamento che è posto in danno ai pazienti se individuato deve essere esplicitato a questa amministrazione Commissariale da parte dei dirigenti al fine della sua censura e dell'irrogazione della correlativa sanzione.

Termine di realizzazione : settembre 2010

Diritto di esclusiva nella prestazione medica ed esercizio della ALPI

Per quanto attiene al rispetto del diritto di esclusiva del personale medico a cui corrisponde una indennità specifica erogata da questa ASP, verrà assegnato tale compito direttamente alla G.d.F.; la stessa G.F., probabilmente posta in affiancamento a questo Commissario, svolgerà compiti differenziati di verifica anche presso il domicilio dei destinatari con l'ovvia conseguenza che ogni episodio potrà essere perseguito come disposto dalle leggi tributarie e penali, e condurrà questa Azienda alla proposizione di richiesta di danno e di irrogazione delle sanzioni previste dai contratti collettivi e dai codici etici d'Azienda.

Termine di realizzazione : settembre 2010;

Organizzazione del magazzino

il magazzino di ricezione delle merci e dei beni dovrà essere organizzato in tre reparti :

- il magazzino beni durevoli - in esso dovranno passare tutti i beni che hanno durata pluriennale e costituiscono attrezzature impianti e macchine dell'azienda. Solo questo magazzino potrà essere gestito in termini parzialmente virtuali nel senso che i beni in arrivo per la consegna potranno essere direttamente collocati in reparto mediante la ricevuta per presa in consegna del magazziniere.
- il magazzino beni consumabili - in esso saranno allocati tutti quei beni di durata al massimo annuale e destinati ad una fase unica di consumo ;
- il magazzino dei medicinali - in esso saranno allocati tutti i medicinali ed i farmaci in genere;

Tutti i magazzini dovranno essere gestiti con estrema puntualità con carico e scarico tra personale diverso avente contrapposta responsabilità.

Ove necessario si individuerà se conveniente una metodologia anti taccheggio per i beni durevoli.

Termine di realizzazione : dicembre 2010;

Affitti e beni immobili

Ogni sforzo sarà fatto da questa Amministrazione Commissariale al fine di tentare di ridurre l'onere per affitti; è chiaro che detta incombenza è condizionata all'apporto ed alla collaborazione che questa Amministrazione Commissariale otterrà dal territorio e dalle autorità competenti; nessuna possibile ulteriore soluzione del resto è altrimenti pensabile se non saranno reperiti immobili utili o adeguati alla bisogna. La soluzione di immobili comunali o provinciali liberi ovvero di beni confiscati potrebbe essere la strada percorribile ove siano concordemente del medesimo avviso anche gli enti titolari.

IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI DI PREVENZIONE

ANNO 2010

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI
ANNO 2010**

**PIANO ATTIVITA'
AZIENDALI 2010**

PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI 2010

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010

Il processo di definizione annuale del programma delle attività di prevenzione finalizzato ad assicurare ai cittadini le attività, le prestazioni e i servizi ricompresi nel LEA assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro nonché dei relativi indicatori per la valutazione del grado di raggiungimento degli stessi, deve essere colta come occasione per promuovere la capacità del Dipartimento di Prevenzione di fronteggiare in modo sempre più incisivo le problematiche connesse ai rischi per la salute.

Lo sviluppo delle capacità di programmazione e di lavoro per obiettivi e quindi per piani di attività annuali deve portare, nell'ambito del dipartimento di prevenzione, al superamento progressivo dell'abitudine a lavorare in relazione ad eventi più o meno estemporanei, di abitudini consolidate o a pratiche la cui efficacia ed appropriatezza non sempre è provata o può non essere più attuale, o, comunque, non viene periodicamente sottoposta a verifica.

In sintesi occorre passare ad una fase in cui la centralità sia posta sulla identificazione dei rischi, sulla valutazione del loro impatto sulla salute e sulla promozione di iniziative di prevenzione efficaci e praticabili, in collaborazione con tutti i soggetti coinvolti nella prevenzione (cittadini, imprese, forze sociali, istituzioni locali Comuni e Provincia ed altri settori del sistema sanitario locale e regionale).

Dal punto di vista della predisposizione del programma di attività aziendale gli interventi del competente Dipartimento di Prevenzione possono essere distinti in due principali categorie di prestazioni :

1. Attività non programmabile

- Interventi vincolati da norme che definiscono specifici livelli di attività (es. controlli acque potabili o superficiali destinate alla potabilizzazione, acque di balneazione, ecc): in questo caso, l'obiettivo è quello di eseguire tutta l'attività per la quale esistono vincoli normativi (Indicatore di verifica: attività eseguita/attività da eseguire).
- Prestazioni su richiesta (es. prestazioni di medicina legale, prestazioni non comprese nei LEA ma da eseguire su richiesta dei privati in quanto attività istituzionali, ecc.): in questo caso l'obiettivo è quello di garantire l'effettuazione dell'attività richiesta, controllando i tempi di attesa per l'accesso a tali prestazioni (*Indicatori di verifica: attività eseguita/attività richiesta; Tempi di attesa definiti caso per caso*).

2. Attività programmabile

E' l'area su cui si deve incentrare maggiormente lo sforzo del Dipartimento di Prevenzione di lettura dei problemi di salute della popolazione di riferimento, di definizione delle priorità e di predisposizione di programmi di lavoro conseguenti.

Linee generali di intervento

Per l'anno in corso gli aspetti generali del programma per l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro sono quelle già previste e riportate nel vigente piano sanitario regionale a cui si rimanda e che qui si intendono integralmente richiamati.

Inoltre, ed in via prioritaria, costituiscono fondamentali linee generali d'intervento del programma per l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro e quindi del dipartimento di prevenzione la puntuale attuazione delle disposizioni regionali di cui alle deliberazioni della Giunta Regionale qui di seguito riportate e successive integrazioni e modifiche:

- DGR n. 624/2005 recante Piano regionale per la prevenzione delle malattie cardiovascolari – diffusione della carta del rischio cardiovascolare – prevenzione delle complicanze del diabete.
- DGR n. 611/2005 recante Programma regionale screening oncologici per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon retto.
- DGR n. 625/2005 recante Piano regionale vaccinazioni.

- DGR n. 314/2006 recante Progetto regionale per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile.
- DGR n. 315/2006 recante Progetto regionale per la prevenzione attiva delle recidive degli eventi cardio e cerebrovascolari.
- DGR n. 316/2006 recante Progetto regionale per la prevenzione degli incidenti domestici.
- DGR n. 317/2006 recante Progetto regionale per la prevenzione degli incidenti stradali.
- DGR n. 318/2006 relativa al Progetto regionale di sorveglianza e prevenzione degli infortuni sul lavoro.
- DGR n. 319/2006 relativa al Piano regionale per la sicurezza alimentare.
- DGR n. 762/2007 relativa alla realizzazione dello studio PASSI.

Le prestazioni, i servizi e le attività previste dal programma e ricomprese nel macrolivello assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro (prevenzione) dovranno essere garantiti ai cittadini attraverso le strutture organizzative del Dipartimento di Prevenzione mediante iniziative coordinate con i distretti sanitari e con i dipartimenti ospedalieri e territoriali. Il Dipartimento di prevenzione contribuisce, inoltre, alle attività di promozione della salute in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali e partecipa, al pari degli altri Dipartimenti e per quanto di sua competenza, al raggiungimento degli obiettivi di salute di cui al vigente Piano Sanitario Regionale.

Per l'anno in corso il dipartimento di prevenzione e le strutture organizzative ad esso afferenti dovranno garantire, in maniera integrata e coordinata, le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale, articolando la propria attività anche presso le sedi distrettuali.

I criteri su cui deve basarsi il sistema di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro sono essenzialmente:

- l'unitarietà degli aspetti igienico-sanitari, di sicurezza ed ambientali.
- l'intersettorialità e la interdisciplinarietà degli interventi.
- la partecipazione di tutti i soggetti interessati.
- la trasformazione degli interventi di prevenzione da meri adempimenti normativi a pianificazione e realizzazione di programmi di prevenzione.

Le attività attraverso cui il Dipartimento di Prevenzione dovrà espletare la sua azione sono principalmente:

- informazione
- formazione
- assistenza
- vigilanza
- controllo

Esse dovranno svilupparsi attraverso:

- elaborazione di programmi di lavoro coerenti con le indicazioni e gli indirizzi della presente direttiva;
- sviluppo di modalità organizzative di offerta anche in collaborazione con altre strutture dell'Azienda in funzione delle esigenze dei cittadini, degli Enti locali, delle aziende produttive e dell'Azienda sanitaria stessa;
- revisione critica e sistematica della qualità, quantità e costi delle prestazioni e della attività svolta;
- appropriatezza delle prestazioni e delle attività e servizi erogati;
- programma di aggiornamento e formazione degli operatori finalizzato a promuovere lo sviluppo di abilità e competenze necessarie per adempiere alle funzioni in evoluzione della sanità pubblica;
- promozione e attuazione di adeguati e corretti flussi informativi di attività e gestionali sia verso la direzione aziendale che verso la regione.

Le azioni, le attività e le prestazioni ricomprese nel LEA assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro sono analiticamente riportate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. nonché nel PRS e nelle deliberazioni di Giunta Regionale sopra richiamate;

negli stessi provvedimenti sono, inoltre, indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sottolivelli in cui il LEA si articola, nonché la normativa nazionale e regionale vigente in materia di prevenzione collettiva, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni.

Indirizzi azioni attività e obiettivi generali

Costituiscono quindi indirizzi, azioni, attività e obiettivi generali e prioritari, per il dipartimento di prevenzione, oltre che il puntuale assolvimento delle disposizioni regionali di cui alle citate deliberazioni di Giunta Regionale, il corretto ed uniforme svolgimento su tutto il territorio aziendale e la concreta ed effettiva erogazione delle attività e prestazioni ricomprese nel LEA assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro di cui al DPCM 29.11.2001 e s.m.i. a cui si rimanda.

Inoltre costituisce obiettivo specifico per il dipartimento di prevenzione la prosecuzione e la corretta attuazione del programma regionale screening oncologici per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon retto di cui alla DGR 611./2005.

Costituisce, ancora, obiettivo specifico per il direttore del dipartimento di prevenzione la formulazione, entro e non oltre 60 giorni dalla presente direttiva, di una specifica relazione sull'utilizzo del personale allo stato afferente alle varie U.O. del Dipartimento di prevenzione distinto per ruolo, profilo professionale, sede di lavoro e specifica attività svolta.

Correlazione delle attività e obiettivi del dipartimento di prevenzione con le risorse finanziarie disponibili – budget 2010 -

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento di prevenzione per l'anno 2010, finalizzate a garantire le attività e prestazioni previste per il LEA assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con la presente direttiva sono stabilite in complessivi € **12.997.609** ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento di prevenzione per l'anno in corso.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalla relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI DI PREVENZIONE
ANNO 2010

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI DELLE
STRUTTURE ORGANIZZATIVE

ANNO 2010

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI ANNO 2010

Obiettivi specifici per le strutture organizzative del dipartimento di prevenzione

Nell'ambito delle linee strategiche e degli indirizzi generali sopra definiti, si confermano, per l'anno in corso, gli obiettivi specifici assegnati al dipartimento di prevenzione quelli indicati nella presente sezione, già riportati nelle specifiche schede di budget 2009 negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'ASP e che hanno già costituito per lo stesso anno, a cura del direttore del dipartimento medesimo, oggetto di specifica negoziazione con ciascuna delle strutture organizzative afferenti al dipartimento.

Nelle parti che seguono sono indicate in grassetto gli aggiornamenti conseguenti ai provvedimenti ed alle misure adottate dalla Giunta Regionale in attuazione del piano di razionalizzazione e riqualificazione del SSR - Piano di Rientro -.

AREA IGIENE E SANITA' PUBBLICA - Azioni e obiettivi specifici 2010

MEDICINA PREVENTIVA

Prestazioni e attività

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., nel PRS 2004-2006 e nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

A seguito dell'emanazione del vigente Piano Nazionale Vaccinazioni che detta linee guida rigorose al fine del raggiungimento di coperture elevate nei confronti delle principali malattie prevenibili con vaccini, si è assistito alla trasformazione delle attività vaccinali sia in termini qualitativi che quantitativi attraverso un'ampia e impegnativa offerta attiva di vaccinazioni raccomandate e non obbligatorie.

Tale processo di sviluppo ha visto anche l'introduzione di nuovi vaccini (antipneumococco e antimeningococco coniugati, anti varicella, DTP adulti, HPV, Rotavirus, ecc.) e l'avvio di importanti campagne vaccinali come il Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita.

Pertanto, pochè si ritiene estremamente importante raggiungere un'adesione consapevole a tutte le vaccinazioni, diventa essenziale attuare presso i centri vaccinali dell'azienda, un opportuno counseling vaccinale, che preveda anche la possibile partecipazione del pediatra e del medico di medicina generale.

Tutto ciò allo scopo di realizzare un processo vaccinale che minimizzi i rischi ed ottimizzi i benefici per l'utente e la comunità.

Notevole sviluppo ha avuto anche il settore della prevenzione delle malattie infettive nella collettività esposta ad un eventuale rischio infettivo (brucellosi, tubercolosi, epatite A e B, meningiti ed encefaliti batteriche etc.) che impegna le strutture sanitarie in una costante attività di monitoraggio e di intervento attivo nella valutazione del caso di malattia infettiva, nell'indagine epidemiologica, nella ricerca dei contatti e la profilassi degli stessi.

Inoltre il significativo aumento dei movimenti in entrata, per migrazione, ed in uscita, per turismo, lavoro o semplice ritorno in patria periodico degli immigrati, ha determinato la necessità di avviare, nelle aziende sanitarie, un'importante attività di medicina dei viaggiatori allo scopo di proteggere sia il viaggiatore che per qualsiasi motivo deve recarsi in una località in cui le condizioni igienico-sanitarie siano scadenti p fonti di pericolo, che la collettività dal rischio di diffusione in patria di un eventuale patologia contratta all'estero.

L'attuazione della DGR n. 625 del 27.06.2005, inoltre, consente di :

- migliorare la qualità dei servizi e delle attività vaccinali.
- sviluppare e adottare procedure per l'identificazione delle eventuali controindicazioni e per l'acquisizione del consenso informato, sia per le vaccinazioni obbligatorie sia per quelle raccomandate.
- applicare le indicazioni del manuale della qualità delle attività vaccinali.

Azioni e obiettivi specifici

1. Assicurare la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
2. Garantire l'attuazione della DGR n. 625 del 27.06.2005, che tra l'altro consente di:
 - Migliorare la qualità dei servizi e delle attività vaccinali.
 - Sviluppare e adottare procedure per l'identificazione delle eventuali controindicazioni e per l'acquisizione del consenso informato, sia per le vaccinazioni obbligatorie sia per quelle raccomandate.
3. Applicare le indicazioni del manuale della qualità delle attività vaccinali.
4. Intensificare le attività di profilassi delle malattie infettive e diffuse:
5. Controllo malattie infettive e bonifica focolai.
6. Interventi di profilassi per prevenire il diffondersi delle malattie infettive.
7. Medicina del viaggiatore
8. Assicurare le vaccinazioni obbligatorie e quelle raccomandate.
9. Assicurare la vaccinazione contro l'HPV nelle dodicenni.
10. Migliorare l'utilizzo dei sistemi di notifica delle malattie infettive tramite un maggior coinvolgimento dei MMG e PLS.
11. Migliorare le coperture vaccinali in particolare per il morbillo, oltre al raggiungimento del 95% di copertura vaccinale nei nuovi nati, si dovranno recuperare tutti i nati negli ultimi 5 anni eventualmente non vaccinati e poi somministrare la seconda dose a partire dal 6° anno di età.
12. Per l'Influenza vaccinare almeno il 75% degli ultra 65enni oltre tutti i soggetti a rischio.
13. Assicurare il controllo della malattia tubercolare, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b, del DLgs 31 marzo 1998, n. 112.
14. Assicurare gli interventi di prevenzione e di controllo della legionellosi.
15. Avviare il percorso riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi vaccinali anche ai fini dell'accreditamento istituzionale.
16. Attivare percorsi di formazione dei professionisti coinvolti.
17. Sviluppare la qualità dell'attività vaccinale e adottare procedure per l'identificazione delle eventuali controindicazioni e per l'acquisizione del consenso informato, sia per le vaccinazioni obbligatorie sia per quelle raccomandate.
18. Attivazione del Sistema di Sorveglianza Sanitaria, nel rispetto dei criteri definiti a livello Regionale.
19. Attivare l'anagrafe vaccinale informatizzata, ai sensi e nei tempi previsti nel piano regionale vaccinazioni (S.I.M.I.).
20. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

SCREENING ONCOLOGICI

I programmi di screening dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon retto sono stati varati a livello regionale con la DGR 611 del 27.06.2005. Nell'azienda è già in fase avanzata lo svolgimento degli screening oncologici programmato dalla Regione pertanto permangono quali obiettivi generali quelli già stabiliti dalla Regione e qui di seguito indicati.

O B I E T T I V O	Prevenzione Tumore del collo dell'utero	Prevenzione Tumore della mammella	Prevenzione Tumore del colon retto
	Offerta attiva del pap-test ogni 3 aa. alle donne nella Fascia di età 25-64 aa.	Offerta attiva di mammografia ogni 2 anni alle donne nella fascia di età 50-69 aa.	Attivazione dello <i>screening</i> per la fascia di popolazione 50-69 aa.

Le azioni e gli obiettivi specifici

Per lo screening del collo dell'utero e della mammella:

1. Recupero delle donne della popolazione bersaglio non aderenti al primo invito per ottenere livelli di copertura maggiori (superare il valore medio del 50% di adesione all'invito).
2. Maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e loro ruolo attivo nel reclutamento delle assistite facenti parte della popolazione bersaglio e organizzazione di eventi informativi per le donne.
3. Maggiore coinvolgimento degli specialisti ospedalieri e libero professionisti che operano nel territorio della ASL per il recupero di informazioni sui livelli di copertura rispetto alle donne che non accedono ai servizi aziendali per l'esecuzione del Pap-test e mammografia.
4. Miglioramento dei percorsi per l'approfondimento-trattamento, sottoponendo a verifica le procedure e i protocolli operativi esistenti tra i servizi coinvolti (Consultorio-Centro di citologia-U.O. di ginecologia-Laboratorio di Anatomia Patologica-Servizio mammografico e radiologico- Oncologi-Chirurghi) migliorando l'utilizzo del sistema informativo.
5. Miglioramento della presa in carico per le donne risultate positive al test di screening assicurando ulteriormente il percorso di prosecuzione degli approfondimenti e degli eventuali trattamenti.
6. Garantire alle donne una adeguata accoglienza anche attraverso una specifica formazione degli operatori e l'attenzione agli spazi e agli orari di attività dei servizi.

Per lo screening del colon-retto:

1. Completamento e definizione del programma aziendale di realizzazione e acquisizione delle risorse necessarie.
2. Contribuire, per gli aspetti di competenza aziendale, all'analisi epidemiologica e di costo efficacia delle diverse opzioni diagnostiche, con scelta della procedura di riferimento e definizione dei costi di attivazione e a regime.
3. Attivazione dello screening tramite offerta attiva.

Ulteriori azioni che coinvolgono l'attività di screening complessivamente

1. Potenziamento del centro di riferimento aziendale per gli screening oncologici di cui fanno parte il Responsabile organizzativo degli Screening, i responsabili clinici e il responsabile in grado di valutare le attività dei programmi attivati in azienda (di I, II, III livello).
2. Migliorare le relazioni con il Gruppo di Coordinamento regionale e le altre istituzioni coinvolte.
3. Messa a punto del sistema informativo, con modalità informatizzata, a supporto del punto di raccordo aziendale in grado di garantire:
4. Messa in rete dei diversi punti di attività.
5. Aggiornamento periodico dell'anagrafe per il reclutamento delle donne appartenenti alla popolazione bersaglio.
6. Inserimento dati relativi ai vari livelli (screening, approfondimento, trattamento) per la costruzione degli indicatori.
7. Elaborazione di indicatori di processo ed esito.
8. Analisi degli indicatori ed elaborazione di appropriati report periodici (trimestrali) finalizzati all'analisi aziendale dell'andamento dei programmi e elaborazione delle statistiche per flusso informativo regionale.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Prestazioni e attività

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., nel PRS 2004-2006 e nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Linee di indirizzo

La molteplicità delle condizioni che caratterizzano l'ambiente di vita determina situazioni che si traducono spesso in rischi per la salute. Il campo della tutela dei rischi negli ambienti di vita è ampio, diversificato e regolato da numerosissime norme che richiedono per la loro applicazione operatori qualificati e professionalità adeguate.

Le azioni delle Aziende Sanitarie negli ambienti di vita collettiva comportano specifiche responsabilità e l'esigenza di risposte adeguate alla sempre crescente domanda di informazione e formazione da parte dei cittadini e degli imprenditori, singoli ed associati, più direttamente coinvolti nelle attività e nelle scelte per la prevenzione.

Tradizionalmente questa attività è caratterizzata dal ricorso ad autorizzazioni preventive ed interventi ispettivi, frequentemente percepiti come procedure burocratiche, inutilmente limitative dell'autonomia individuale. Le relazioni con gli utenti e con i cittadini acquistano pertanto per tali attività una rilevanza critica altrettanto importante che per le altre attività sanitarie. Il PRS assumere le relazioni con gli utenti e la semplificazione burocratica delle attività di prevenzione come una priorità.

La prevenzione delle malattie connesse con l'inquinamento deve comprendere non solo misure che intervengano sulle fonti e sulle concentrazioni di agenti inquinanti e sulla limitazione dell'esposizione, ma anche azioni di sanità pubblica destinate alla popolazione tali da consentire agli individui di ridurre l'esposizione e di attenuare gli effetti negativi sulla salute e considerando che i dati sugli effetti sanitari e sull'esposizione dovrebbero essere raccolti contestualmente ai dati sulle concentrazioni degli agenti inquinanti. È necessario a tali fini che il Dipartimento sviluppi una reale integrazione operativa con l' A.R.P.A.CAL., anche attraverso accordi, ai fini di una sempre più efficace azione a tutela della salute pubblica.

Azioni e obiettivi specifici

1. Assicurare le attività di prevenzione rivolte alla tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
2. Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento ambientale.
3. Verifica degli effetti sulla salute della qualità delle acque destinate al consumo umano.
4. Verifica degli effetti sulla salute della qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico, facendo riferimento all'accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003.
5. Implementazione attività connesse alla tutela della salute dai rischi derivanti dall'uso di prodotti chimici, preparati ed articoli di cui al regolamento CE 1907/2006.
6. Vigilanza su strutture per attività sanitaria e socio-sanitaria
7. Vigilanza igienico-sanitaria sulle palestre, i centri e le strutture sportive
8. Vigilanza sui prodotti cosmetici
9. Vigilanza su attività di barbiere, parrucchiere, acconciatore, estetista e similari, compreso centri realizzazione tatuaggi e piercing, con particolare riferimento alle procedure operative adottate ed alla conoscenza delle norme igienico-sanitarie degli operatori, anche in attuazione alla DGR n. 98 del 19.2.2007.
10. Vigilanza igienico sanitaria sugli edifici ad uso scolastico, ricreativo e di svago.
11. Vigilanza igienico-sanitaria sugli stabilimenti balneari, strutture alberghiere, turistico-ricettive e campeggi.
12. Attuazione dei progetti regionali per la prevenzione
13. Attivazione interventi di tutela della collettività dal rischio amianto
14. Attuazione della vigilanza sull'impiego di apparecchiature, sorgenti di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, in ambito sanitario ed industriale: mappatura dei siti ed elaborazione piano di sorveglianza.

15. Verifica, in collaborazione con l'ARPACAL, degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico.
16. Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento di rifiuti solidi, speciali, tossici e nocivi.
17. Verifica degli effetti sulla salute della qualità delle acque di balneazione: tale azione dovrà interfacciarsi con le competenze demandate all'ARPACAL.
18. Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari.
19. Verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative in genere, con le esigenze di tutela della salute della popolazione.
20. Vigilanza e controllo sull'utilizzo di gas tossici, sostanze e preparati pericolosi.
21. Gestione e sistemi di risposta ad emergenze da fenomeni naturali o provocati.
22. Attivazione di programmi di formazione focalizzati su contenuti tecnici specifici e sull'importanza di approccio globale alla prevenzione in ambiente di vita;
23. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

Prestazioni e attività

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., nel PRS 2004-2006 e nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti con particolare riferimento alla DGR 319/2006 e 314/2006.

Linee di indirizzo

I provvedimenti legislativi conseguenti al recepimento di direttive comunitarie hanno introdotto importanti innovazioni culturali e tecnico scientifiche procedurali che comportano la necessità di adeguamenti organizzativi ed operativi. La nuova normativa ha modificato profondamente l'orientamento tradizionale del controllo ufficiale, ridefinendo gli strumenti a disposizione dell'autorità competente ed assegnando alle attività di campionamento ed analisi un nuovo e diverso significato.

Il contesto generale implica inoltre che siano garantiti da parte dell'azienda sanitaria:

- sinergia di comportamenti con i produttori per perseguire lo scopo della tutela dei consumatori-utenti;
- campagne informative dei cittadini sia in tema di sicurezza e igiene degli alimenti sia per quanto attiene l'igiene della nutrizione e la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori;
- controllo degli alimenti in un'ottica di "filiera", (per tutta la catena produttiva, la commercializzazione, compreso il trasporto) fino alla vendita al consumatore finale;
- adeguamento alle norme ed alle indicazioni organizzativo-procedurali da parte della U.O. competente.

Azioni e obiettivi specifici

1. Gestione del sistema di allerta alimentare di cui alla DGR 189/06.
2. Attività di verifica igienico-sanitaria connessa alla registrazione degli operatori del settore alimentare ai sensi delle linee guida ai regolamenti CE di cui alla DGR 33 del 19.01.2007.
3. Attuazione della sorveglianza su tutta la filiera alimentare in attuazione alla DGR 33 del 19.01.2007.
4. Attuazione del piano regionale per la sicurezza alimentare.

5. Attività di controllo alimenti e bevande in sede di produzione, trasformazione, somministrazione, confezionamento, conservazione, commercializzazione al dettaglio e all'ingrosso, trasporto, distribuzione attraverso apparecchi automatici, attività agrituristiche e temporanee (fiere, sagre, ecc.) inclusa la ristorazione collettiva e assistenziale.
6. Attività micologica: certificazione per il commercio e per i privati – attività di informazione ai consumatori – formazione – interventi per sospette intossicazioni da funghi, di cui alla circ. Direzione Generale Dipartimento Tutela della Salute n. 4953 del 6.4.2007.
7. Monitoraggio su etichettatura nutrizionale di cui al regolamento CE 1924/06.
8. Verifica e monitoraggio del personale addetto alla produzione alimentare.
9. Intensificazione dell'attività di controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali;
10. Intensificazione dell'attività di campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande;
11. Intensificazione dell'attività di controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro;
12. Intensificazione dell'attività di controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia;
13. Intensificazione dell'attività di controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande;
14. Intensificazione dell'attività di prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare;
15. Intensificazione dell'attività di informazione e prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande;
16. Intensificazione dell'attività di prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi.
17. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

MEDICINA DELLO SPORT

Prestazioni e attività

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., nel PRS 2004-2006, nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti, nonché nella legge regionale 2.5.2001, n. 10. Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. nonché nella Legge regionale 2.5.2001 n.10.

Linee di indirizzo

La tendenza ad un'attività fisico-sportiva nella popolazione sana o affetta da patologia, richiede da parte del medico sempre maggiori conoscenze sia di fisiologia che di fisiopatologia e nello stesso tempo l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche caratterizzate da affidabilità, innocuità ed alto contenuto tecnologico.

La medicina dello sport, regolamentata dalla Legge regionale 1 Dicembre 1988 n. 28, dovrà sempre di più svilupparsi su campi di applicazione e di ricerca riguardanti:

- la valutazione di categorie "a rischio" per l'attività sportiva; nei soggetti affetti da cardiopatie congenite o acquisite, ipertensione, diabete, malattie respiratorie, sindromi allergiche, l'attività sportiva non è controindicata anzi può essere considerata un utile presidio

“terapeutico”. Dovranno essere disponibili mezzi di valutazione medico-strumentale in grado di permettere a questi soggetti di svolgere attività sportiva nel modo più sicuro;

- la valutazione degli effetti dell'attività fisica prolungata nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi per prevenire eventuali effetti collaterali;
- la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico-sportiva;
- la valutazione degli effetti dell'attività sportiva in funzione delle differenze di sesso;
- la valutazione dello stato di forma di atleti; per cogliere eventuali segni di sovrallenamento o cattivo allenamento, condizioni dannose;
- lo studio degli effetti dei farmaci usati nella medicina dello sport e la lotta al doping attraverso la ricerca e l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi.

Le attività motorie e lo sport rappresentano un'importante occasione per combattere l'affaticamento mentale e fisico che derivano dagli attuali ritmi della vita lavorativa e sociale e per prevenire, in maniera mirata, l'insorgenza di alcune patologie fra cui quelle cardiovascolari, osteoarticolari e metaboliche.

Azioni e obiettivi specifici

1. Certificazioni d'idoneità all'attività sportiva regolamentata dalle seguenti leggi che tracciano anche i percorsi diagnostici: DM Sanità 18.2.82 "Tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche"- DM Sanità 28.2.83 per l'attività non agonistica- Legge 16/3/1987 n. 115 art. 8 comma 1 e 2 "Disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito"- DPR 5.8.88 e 18.11.88 per le abilitazioni aeronautiche- DM Sanità 4.3.93 per la tutela degli sportivi con handicap- DM Sanità 13.3.95 per la tutela degli sportivi professionisti- Legge 14 dicembre 2000, n. 376 "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping"- Legge Regionale 2/5/2001 n.10 "Medicina dello Sport e tutela sanitaria delle attività motorie e sportive"- Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico;
2. Attività di consulenza specialistica per strutture e manifestazioni di interesse pubblico inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale;
3. Interventi di educazione alla salute, indirizzati alla promozione dell'attività fisica e sportiva e all'adozione di stili di vita sani per il raggiungimento di un buon livello di efficienza fisica individuale e per la prevenzione delle patologie cronico-degenerative con il coinvolgimento del CONI, delle università, delle scuole il volontariato e degli altri soggetti interessati;
4. Valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico;
5. Valutazione degli effetti dell'attività fisica prolungata nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani, nei portatori di handicap e nei soggetti obesi per prevenire eventuali effetti collaterali;
6. Protocolli per la valutazione medico sportiva
7. Informazione e valutazione degli effetti dei farmaci e altre sostanze usate dagli sportivi e controllo antidoping;
8. Vigilanza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico;
9. Vigilanza sugli ambulatori e strutture che operano nel campo della medicina dello sport;
10. Raccolta e verifica dei flussi informativi relativi alle prestazioni erogate dalle strutture di Medicina dello sport,
11. Aggiornamento professionale degli operatori sanitari e del personale tecnico con la collaborazione con il CONI, l' università, la scuola, il volontariato, gli enti locali e gli altri soggetti interessati.
12. corretta e puntuale erogazione delle prestazioni o servizi di competenza.
13. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

MEDICINA LEGALE

Prestazioni e attività

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., nel PRS 2004-2006, nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti, nonché nella legge regionale 5 Maggio 1990 n. 53.

Linee di indirizzo

I servizi di medicina legale si trovano ad affrontare mutamenti profondi a causa di molteplici fattori che hanno agito esternamente ed internamente al Servizio Sanitario Regionale. Si pensi al complesso principio di autonomia decisionale, che ha riflessi profondi in campo etico, deontologico, giuridico, medico legale, e che ha trasformato il quadro d'intervento dei servizi sanitari da monodisciplinare a multidisciplinare o spesso a multiprofessionale; questo ha portato alla richiesta di percorsi e prestazioni appropriate nel quadro più complesso di un'organizzazione sanitaria costruita su percorsi assistenziali.

In questo quadro la medicina legale è ormai chiamata non più solo ad erogare prestazioni ma ad agire su aree di lavoro complesse, quali quelle della tutela dei minorati, della sicurezza sociale, della certezza dell'accertamento della morte, del diritto al lavoro, della bioetica, della tutela dei diritti dei cittadini, dell'appropriatezza delle prestazioni e della prevenzione dei conflitti.

La medicina legale agisce pertanto all'interno dell'organizzazione sanitaria con una funzione trasversale assicurando il proprio intervento in ambito territoriale ed ospedaliero e a favore di tutti i settori dell'organizzazione aziendale.

Azioni e obiettivi specifici

1. Contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap, la legge n. 68 del 1999 con conseguente riorganizzazione quali-quantitativa delle competenti commissioni all'interno dell'azienda;
2. Sviluppo di nuove competenze professionali legate all'incremento dei flussi di popolazione extracomunitaria e con particolare riferimenti alle richieste di asilo.
3. Adozione di procedure e tariffe uniformi per il rilascio delle certificazioni;
4. Partecipazione ai Collegi per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte;
5. Partecipazione al Comitato Etico dell'azienda;
6. Attività di consulenza in materia di responsabilità professionale e di prevenzione di eventuali conflitti;
7. Supporto alle attività aziendali di prevenzione del rischio clinico **tenuto conto delle disposizioni di cui alla DGR 391 del 24.5.2010, 390 del 24.5.2010 oltre che della DGR 147 del 27.2.2010.**
8. informazione, accertamento, controllo e certificazione in ambito di diritto al lavoro, stato di salute, incapacità lavorativa, temporanea e permanente, inabilità, invalidità civile, handicap, idoneità e compatibilità al lavoro;
9. medicina necroscopica;
10. Consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico e bioetico;
11. Realizzazione di sistemi di valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni;
12. Ridurre i tempi di attesa per le visite collegiali in generale e per quelle di invalidità civile in particolare e ridurre significativamente i tempi di risposta per queste ultime.
13. Realizzazione di un adeguamento delle UU.OO. di Medicina Legale tesa a rendere uniformi i tempi e le procedure per le visite collegiali previste dalle vigenti normative, promuovendo l'attivazione di processi integrati per velocizzare la fase dell'accertamento sanitario e quella amministrativa e del contenzioso;
14. Utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche;
15. Corretta e puntuale erogazione delle prestazioni o servizi di competenza.
16. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

AREA TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO - Azioni e obiettivi specifici 2010

MEDICINA DEL LAVORO

Prestazioni e attività

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nella Legge 626/94 e s.m.i., nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., nel PRS 2004-2006 e nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti con particolare riferimento alla DGR 318/2006.

Linee di indirizzo

Il campo della prevenzione e sicurezza sul lavoro è stato oggetto di numerosi provvedimenti legislativi conseguenti principalmente al recepimento delle direttive comunitarie in materia. Tali norme hanno introdotto importanti innovazioni tecnico-scientifiche, procedurali ed organizzative che comportano la necessità di adeguamenti delle UU.OO.PSAL.

La vigilanza rappresenta ancora un aspetto prevalente dell'attività, indirizzata al rispetto della normativa vigente ed attuata anche su richiesta e per conto della Autorità Giudiziaria.

Il D.Lgs. di riordino ha introdotto a carico degli operatori nuovi compiti e nuove responsabilità con conseguenti ricadute sull'attività delle UUOOPSAL e a seguito dell'istituzione dell'ARPACAL restano da definire gli aspetti relativi alle verifiche impiantistiche.

Azioni e obiettivi specifici

1. Completa attuazione di quanto stabilito dalla DGR 318/2006
2. Formazione degli operatori in relazione ai nuovi compiti;
3. Definizione dei rapporti operativi con l'ARPACAL in merito alle verifiche impiantistiche periodiche;
4. Coordinamento dei diversi soggetti appartenenti a Pubbliche Amministrazioni anche sulla base degli indirizzi del Comitato Regionale di Coordinamento previsto in base al D.Lgs. n. 626/94 e s.m.i.;
5. Intensificazione delle attività di vigilanza e controllo per la individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro anche attraverso la formulazione di mappe di rischio;
6. Intensificazione dell'attività di determinazione qualitativa e quantitativa e controllo dei fattori di rischio di tipo chimico, fisico, biologico ed organizzativo presenti negli ambienti di lavoro;
7. Intensificazione dell'attività di controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro;
8. Sviluppo della sorveglianza epidemiologica e costruzione di un sistema informativo su rischi e danni di lavoro;
9. Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro;
10. Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori;
11. Intensificazione degli interventi di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti;
12. Realizzazione compiuta dell'attività di valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge;
13. Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute, di igiene e sicurezza del lavoro;

14. Predisposizione e conduzione di specifiche indagini per infortuni e malattie professionali;
15. Intensificazione dei controlli sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori;
16. Intensificazione dell'attività di informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
17. Realizzazione compiuta degli interventi delle attività di tutela della salute della lavoratrici madri.
18. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

AREA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Prestazioni e attività

Le prestazioni e le attività specifiche sono indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i., nel PRS 2004-2006 e nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.

Resta inteso che i servizi veterinari sono tenuti a svolgere tutte le attività previste dalle normative vigenti e dai piani nazionali e regionali.

Linee di indirizzo

La salute del patrimonio zootecnico regionale mantiene il suo peso determinante, sia nell'ottica della tutela del patrimonio zootecnico stesso, quale risorsa economica, sia in quella dell'abbattimento del rischio di trasmissione di antropo - zoonosi all'uomo, per contatto diretto o tramite i prodotti di origine animale. In quest'ultimo ambito va considerata la crescente importanza nell'economia delle aree marginali della produzione di alimenti di origine animale ad uso locale (carni di animali da macello, selvaggina, derivati del latte, uova, miele, prodotti ittici).

La nuova politica europea in tema alimentare, adottando linee programmatiche strategicamente volte ad un radicale cambiamento nella politica di controllo degli alimenti, sarà fonte di importanti e significative innovazioni. Il Libro bianco sulla sicurezza alimentare che, come ben noto, assume quale principio innovatore l'analisi del rischio, per la valutazione, gestione e comunicazione dei problemi di sicurezza alimentare ha già avuto, nel corso del 2002, una prima regolamentazione mediante l'emanazione del Regolamento (CE) 178/2002 "che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare", regolamento che introduce numerosi principi innovatori, quali ad esempio:

- Tracciabilità completa degli alimenti "dal campo al piatto";
- Libera circolazione di alimenti e di mangimi sicuri sul territorio della Comunità;
- Ricerca di un elevato livello di salute e di benessere degli animali;
- Informazione ai cittadini.

Scopo principale del Regolamento è quindi stimolare una nuova organizzazione del sistema di controllo ufficiale degli alimenti, attraverso comunque l'applicazione della legislazione alimentare vigente. Come applicazione pratica del Regolamento citato, i nostri Servizi lavoreranno sul progetto di cui sopra che consentirà al consumatore finale di avere garanzie sull'origine e quindi sulla qualità dell'alimentazione degli animali stessi.

Azioni e obiettivi prioritari

- a) indirizzo e controllo per la applicazione dei piani di eradicazione e controllo delle malattie infettive e diffuse degli animali domestici, come previste dalle norme comunitarie, statali e regionali;
- b) supporto per l'attuazione di metodi di controllo e di eradicazione integrativi di quelli previsti dai piani di Stato, finanziando analisi di laboratorio integrative per la tubercolosi bovina, brucellosi bovina e ovi-caprina;
- c) attivazione strumenti indispensabili per la corretta gestione dei programmi di profilassi sopra menzionati;
- d) indirizzo per l'aggiornamento delle anagrafi canine, per conseguire l'obiettivo di ridurre il rischio di trasmissione zoonotica della leishmaniosi;
- e) razionalizzazione delle risorse dei servizi veterinari.
- f) comunicare i dati sull'attività svolta che a tutt'oggi non risultano mai comunicati alla direzione aziendale

Azioni e obiettivi specifici per l'area della sanità animale

1. Assicurare e intensificare le attività di sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione della malattie infettive e diffuse degli animali;
2. Assicurare e intensificare le attività di prevenzione e controllo delle zoonosi;
3. Assicurare e intensificare le attività relative agli interventi di polizia veterinaria;
4. Assicurare e intensificare le attività di vigilanza sui concentramenti e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate;
5. Assicurare e intensificare le attività di sorveglianza urbana e veterinaria;
6. Assicurare e intensificare le attività di lotta al randagismo e controllo della popolazione canina;
7. Assicurare e intensificare le attività di controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente.
8. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Azioni e obiettivi specifici per l'area dell'igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche

1. Assicurare e intensificare le attività di controllo e vigilanza sulla distribuzione ed impiego del farmaco veterinario e i programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri;
2. Assicurare e intensificare le attività di controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi;
3. Assicurare e intensificare le attività di controllo e vigilanza sulla riproduzione animale;
4. Assicurare e intensificare le attività di controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie;
5. Assicurare e intensificare le attività di sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione;
6. Assicurare e intensificare le attività di protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica.
7. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Azioni e obiettivi specifici per l'area della tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale

1. Assicurare e intensificare le attività di ispezione negli impianti di macellazione;
2. Assicurare e intensificare le attività di controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;
3. Assicurare e intensificare le attività di vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale;
4. Assicurare e intensificare le attività di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;

5. Assicurare e intensificare le attività di valutazione degli esiti analitici ed informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare;
6. Assicurare e intensificare le attività di certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari;
7. Assicurare e intensificare le attività di monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale.
8. Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia, i flussi informativi sull'attività svolta.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA DISTRETTUALE ANNO 2010**

**DISTRETTI SANITARI
LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI
ANNO 2010**

**PIANO ATTIVITA'
AZIENDALI 2010**

ASSISTENZA DISTRETTUALE LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010

Indirizzi strategici e programmatici generali

Il Distretto è la macrostruttura aziendale che contribuisce alla missione dell'azienda assicurando alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociale ad elevata integrazione sanitaria. In tal senso, esso costituisce la struttura organizzativa in capo a cui è affidata la responsabilità complessiva di tutela della salute individuale della popolazione residente.

Più specificamente il PRS e gli indirizzi regionali in materia caratterizzano le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

Il buon funzionamento del Distretto è, pertanto, condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale, responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute.

Il vigente PRS e gli indirizzi regionali in materia indicano nel Distretto la struttura organizzativa attraverso la quale assicurare le prestazioni ed attività definite da uno dei tre macro livelli di assistenza (assistenza distrettuale), delineandone l'identità all'interno delle Aziende Sanitarie.

In quanto riferimento per l'erogazione delle prestazioni individuate dai livelli essenziali di assistenza, il Distretto realizza i propri obiettivi nel coordinamento e nell'integrazione:

- di tutte le attività di prevenzione rivolte alla persona;
- di tutte le attività extraospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistica, erogate con modalità residenziali, intermedie, ambulatoriali e domiciliari;
- delle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale di cui all'art. 3-septies, lettera a, comma 2, del D.Lgs. n. 229/99;
- delle attività ad elevata integrazione sociosanitaria;

Il Distretto realizza i propri obiettivi nella unitarietà degli interventi, con una visione globale dei problemi e una gestione integrata delle responsabilità e delle risorse.

L'evoluzione normativa nazionale e regionale ha delineato il Distretto come il livello di attività sanitarie e socio-sanitarie più prossime alle comunità locali, fulcro del sistema dei servizi sanitari.

In tale quadro l'articolazione territoriale in Distretti deve perseguire l'obiettivo di:

- una chiara distinzione fra livello e responsabilità organizzative e produttive;
- una maggiore personalizzazione del prodotto aziendale sanitario, portandolo in un ambito più vicino e a misura del cittadino e del complesso della realtà locale, nel quale la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze e bisogni di salute;

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della Direzione Aziendale e coerentemente con le scelte di programmazione aziendale di cui al presente piano di attività.

Una configurazione quindi del Distretto che passi da quella attuale, operante in modo settoriale, prevalentemente concentrata sul versante della produzione delle singole prestazioni territoriali, ad una configurazione incentrata in via prioritaria sul governo della domanda e sulla garanzia di salute, in cui la responsabilità è attribuita alla globalità della presa in carico dell'utente e non alle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive.

Priorità e condizioni necessarie per lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale

Lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza distrettuale devono essere caratterizzati, con riferimento alle funzioni strategiche del Distretto, alla valutazione dei bisogni sanitari, ai problemi di controllo dell'offerta, al miglioramento dell'accesso ai servizi, alla promozione dell'integrazione sociosanitaria, alla progettazione personalizzata delle risposte, alla continuità assistenziale, alla creazione di alternative positive ai ricoveri, ponendo attenzione in primo luogo

alla qualificazione delle cure domiciliari, alla integrazione operativa nel Distretto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Per sviluppare le suddette funzioni strategiche, l'Azienda Sanitaria deve assicurare che il Distretto sia in grado di:

1. dirigere unitariamente il sistema di erogazione, avvalendosi della conoscenza dei bisogni e delle strategie per affrontarli previste dal Programma delle Attività Territoriali;
2. promuovere l'integrazione sociosanitaria;
3. predisporre valutazioni periodiche, quantomeno annuali, finalizzate a verificare il conseguimento dei risultati attesi e a renderli disponibili per la comunità locale;
4. mettere in atto strategie per facilitare la piena integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale, anche promuovendo e valorizzando forme associative di lavoro tra medici;
5. rendere contigue e possibilmente unitarie la medicina specialistica ospedaliera e territoriale, con un'organizzazione in cui vengono erogate le prestazioni appropriate nei luoghi adeguati, in quantità e qualità tali da soddisfare i bisogni di salute della popolazione;
6. promuovere la condivisione degli strumenti informativi a supporto delle decisioni e delle verifiche di efficienza e di efficacia da parte di tutti gli operatori;
7. mettere in atto verifiche sistematiche sulla gestione degli accessi, sulla qualità dei progetti personalizzati, sulla loro attuazione, sulla verifica degli esiti e, per quanto possibile, della qualità percepita dagli utenti sui servizi resi;
8. diventare promotore dello sviluppo della comunità e della solidarietà locale, facilitando il sorgere di nuove risorse ispirate a principi di sussidiarietà;
9. partecipare attivamente alla programmazione sanitaria aziendale.

Funzioni operative del Distretto

1. In coerenza con il quadro programmatico di riferimento sopra delineato ciascun Distretto deve: assicurare i servizi dell'assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle delle altre strutture operative dell'Azienda;
2. gestire le risorse attribuite (budget complessivo del Distretto) e definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
3. avere autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda;
4. concorrere alla predisposizione del Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3-quater, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., proposto dalla direzione del distretto, sulla base delle risorse assegnate, e approvato dalla Direzione Strategica Aziendale;
5. assicurare l'organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni fornite dal sistema dei servizi: fondamentale è perciò il perseguimento di strategie di semplificazione delle procedure e di trasparenza dei percorsi;
6. collaborare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico di ciascuna azienda sanitaria ai fini di garantire una informazione tempestiva e corretta e la gestione dei reclami. Per questi in particolare, considerati come elemento cruciale della relazione tra i servizi e il cittadino, è affidato al Distretto il duplice compito di analisi delle cause e di garanzia e controllo delle azioni intraprese per il superamento delle criticità, potendo per questo contare sulla collaborazione di tutti i responsabili della produzione;
7. assicurare la centralità del ruolo svolto dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali, insieme con gli altri profili professionali sanitari, nell'operatività del Distretto e nella sua organizzazione, valutandone la loro azione nel più ampio quadro dei fattori produttivi del Distretto;

In ogni Distretto deve essere inoltre garantita:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;

- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative del Distretto nonché con i servizi specialistici ambulatoriali a gestione diretta e le altre strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- le attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- le attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- le attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- le attività o servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata;
- le attività o servizi domiciliari per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Gestione qualitativa dell'offerta distrettuale

La qualità percepita dei servizi sanitari non risulta affatto soddisfacente per il cittadino utente che tali servizi utilizza. Sebbene le critiche sembrino riguardare maggiormente i servizi ospedalieri che quelli territoriali, nello sviluppo obbligatorio di questi ultimi è indispensabile, per la loro credibilità, migliorare ulteriormente la qualità percepita.

Le criticità sono riconoscibili nelle difficoltà che il cittadino incontra nell'accesso quotidiano ai servizi, nelle insufficienti informazioni sulle prestazioni, nella insufficiente conoscenza delle strutture erogatrici, delle liste di attesa, dei percorsi assistenziali.

Per affrontare questi problemi sono di seguito indicate tre priorità da perseguire già dall'anno in corso:

- l'allargamento degli orari di accesso ai servizi;
- la costituzione di punti unici di accesso (sportelli sanità);
- la semplificazione delle procedure di prenotazione e selezione delle risposte.

Allargare i tempi di accesso ai servizi distrettuali e garantire la continuità

Attualmente i servizi distrettuali sono organizzati su 5 e talora su 6 giorni alla settimana. Spesso chiudono il venerdì pomeriggio, difficilmente estendono l'orario di apertura nell'arco delle 12 ore giornaliere. La loro immagine è sovente caratterizzata per la precarietà delle strutture e degli arredi. Le professionalità presenti al loro interno non sempre vedono riconosciute le qualità tecniche e scientifiche che sono in grado di esprimere, oltre che in termini specifici, anche sui versanti dell'educazione sanitaria, della prevenzione, del trattamento continuativo di patologie che richiedono elevato impegno e complessità assistenziale.

I Distretti devono pertanto ampliare l'offerta dei servizi in modo da garantire una operatività continuativa per 12 ore giornaliere per 6 giorni alla settimana. Nel caso dei servizi di assistenza domiciliare integrata la funzionalità deve essere estesa continuativamente a 7 giorni, anche al fine di garantire la integrazione assistenziale tra Ospedale e Distretto e rendere possibili dimissioni programmate nell'arco di tutta la settimana.

Punto unico di accesso Sportelli Sanità

L'unificazione della offerta dei servizi presenti nel territorio, indipendentemente dal soggetto erogatore (Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, privati accreditati, attività libero professionale intramoenia) è garanzia di trasparenza nelle informazioni e rappresenta una condizione di tutela della libertà di scelta dell'utente. Per questo vanno rimossi gli ostacoli che costringono le persone e le famiglie in percorsi tortuosi, separati per competenze sanitarie e sociali, incapaci di proporre unitariamente la mappa delle risorse presenti su scala locale, aziendale e regionale, in rapporto al bisogno rilevato.

È pertanto indispensabile mettere in atto azioni per facilitare i percorsi del cittadino prevedendo, a livello distrettuale, la creazione del punto unico di accesso all'intera rete dei servizi sanitari e sociosanitari.

Il Punto unico di accesso che l'azienda ha individuato negli sportelli sanità è definito come modalità organizzativa del Distretto, concordata con gli Enti Locali che ne fanno parte,

nell'ambito del Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n. 229/99 e del Piano di Zona di cui all'art. 19 della legge n. 328/2000 e della L.R. attuativa.

È una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per indicare i percorsi di risposta ai bisogni di ordine sanitario e sociale in modo unitario e integrato, in ragione della complessità della domanda.

Un amichevole e corretto funzionamento favorisce il processo di identificazione del cittadino nel proprio Distretto, obiettivo da perseguire per renderlo così concreto primo punto di riferimento per qualsiasi situazione di bisogno.

Semplificazione delle procedure di prenotazione

La organizzazione di centri unificati di prenotazione deve garantire una molteplicità di punti di prenotazione, capillarmente distribuiti nel territorio, localizzati nei presidi sanitari, e progressivamente nelle farmacie, presso i medici di medicina generale e nei Comuni, istituendo o consolidando, dove già presenti, sistemi di prenotazione telefonica e telematica. Il collegamento in rete metterà in grado di interconnettere le diverse offerte di servizi presenti nel territorio e ai punti unici di accesso di operare come terminali intelligenti di un sistema integrato su base orizzontale e verticale.

Si dovranno attivare strumenti di informazione adeguata di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità dei singoli, di suggerimenti che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino la capacità delle persone e delle reti sociali amicali e familiari. Particolare attenzione sarà posta agli interventi a favore dei soggetti che risiedono nelle zone svantaggiate, nelle aree rurali e nei piccoli centri.

Diventa pertanto necessario che nelle agende informatizzate vengano immesse tutte le prestazioni erogate da ogni produttore (pubblico e privato), per dare al cittadino piena visibilità dell'offerta e al Distretto maggiori e più realistiche possibilità di governarla.

Alternative positive ai ricoveri e qualificazione delle cure domiciliari

Obiettivo strategico dell'azienda per l'anno in corso e da proseguire per il prossimo triennio è rappresentato dall'adozione costante e prioritaria di azioni e provvedimenti correlati alla realizzazione di percorsi di cura alternative ai ricoveri e qualificative dell'assistenza domiciliare e distrettuale.

Le linee strategiche per tali azioni e provvedimenti, espressamente indicati dal PRS, sono qui di seguito riportati:

Curare a casa

L'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari, dovendosi ancora consolidare il principio generale che la casa resta il migliore luogo di prevenzione cura e riabilitazione, per giungere "nel lungo periodo" ad affidare all'Ospedale un ruolo assistenziale appropriato per le fasi di acuzie che richiedono elevata intensità di assistenza e concentrazione fisica di competenze e tecnologie.

Per queste devono essere garantite adeguate risorse, valorizzabili anche limitando il numero di posti letto ospedalieri a quelli strettamente necessari per le tipologie di cure erogate per i quali è ormai doveroso garantire standards strutturali e organizzativi di livello elevato.

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, tenendo conto di quanto previsto dall'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, andranno definite tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità, specificando le procedure di attivazione e organizzazione e le tipologie di costo.

Una nuova visione dell'assistenza nelle residenze per anziani

La visione moderna di assistenza domiciliare deve integrarsi con l'assistenza residenziale, in particolare di quella per gli anziani, di cui il Distretto dovrà sempre più assumere capacità di governo e regia.

La scelta di inserire in una residenza una persona anziana si configura come una scelta che per lo più diventa irreversibile. È una decisione che va quindi presa con grande cautela e lasciando il più ampio possibile potere di contrattualità alla persona. Le implicazioni di carattere etico,

giuridico, sociale sono rilevanti.

Quindi questa opzione assistenziale è da intendersi per quanto possibile temporanea, realmente condivisa ed accettata; in grado di garantire una qualità di vita accettabile, predisposta per favorire la partecipazione attiva dei familiari e delle persone, al fine di mantenere legami significativi tra l'anziano e la sua comunità di provenienza.

In questo senso la logica di impostazione dell'assistenza residenziale deve collocarsi molto più in prossimità delle cure domiciliari piuttosto che di quelle ospedaliere.

Il nuovo modello delle cure domiciliari

Lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio aziendale, così per come ridefinito dall'ASP con la deliberazione n. 13 del 2 febbraio 2010 recante "Riordino delle cure domiciliari", consente oltre che un significativo sviluppo sul piano della soddisfazione dei bisogni sanitari dell'utenza e dell'efficacia sanitaria delle prestazioni rese anche una significativa riduzione dei costi per farmaci e presidi. Pertanto costituisce obiettivo prioritario specifico per il direttore del dipartimento assistenza distrettuale e per ciascuno dei direttori di distretto la puntuale e complessiva attuazione delle disposizioni di cui alla citata deliberazione n. 13/2010.

Le attività e prestazioni dell'assistenza distrettuale

Le prestazioni ricomprese nel LEA assistenza distrettuale sono articolate nei sottolivelli di assistenza e nelle tipologie di prestazioni indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti a cui si rimanda.

Tramite i sublivelli di assistenza sopra riportati si realizzano servizi rivolti alla popolazione generale ed attività rivolte alle specifiche categorie di utenti qui di seguito indicati e per i quali concorrono in ogni ambito distrettuale le correlate strutture organizzative dipartimentali dell'Azienda:

- soggetti in età pediatrica: prevenzione, riabilitazione e promozione della salute dal punto di vista fisico, psichico e sociale dei soggetti in età 0-13 anni anche nei servizi educativi della scuola dell'obbligo, garantendo il necessario raccordo con le iniziative rivolte a soggetti di età 14-18 anni;
- adolescenti ed adulti in età fertile (famiglie, coppie, singoli) e donne in menopausa: informazione sulla prevenzione responsabile e la gravidanza, prevenzione e counseling sulle malattie genetiche e connatali, prevenzione e trattamento delle malattie ginecologiche ed a trasmissione sessuale, promozione di una sessualità serena e consapevole;
- anziani ed adulti con patologie croniche: prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione;
- soggetti con patologie mentali od a rischio per tali patologie: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
- soggetti con dipendenze o a rischio: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
- soggetti disabili o a rischio: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
- soggetti in fase terminale.

Le attività indicate si svolgono in maniera integrata e coordinata nel territorio distrettuale in modo da fornire risposte di assistenza di base e specialistica come un "continuum" di cure che rispondono in maniera compiuta ai bisogni delle persone filtrando gli accessi ospedalieri secondo criteri di appropriatezza e fornendo tramite i presidi semiresidenziali e residenziali anche risposte a ciclo continuativo o diurno.

Le sedi di erogazione delle prestazioni e dei servizi

Le prestazioni e le attività ricomprese nei sottolivelli di assistenza distrettuale vengono erogati presso:

- le sedi distrettuali;
- gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- il domicilio del paziente;
- le farmacie;
- gli ambulatori e le sedi dei presidi territoriali e ospedalieri;

- le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio, secondo le indicazioni e nei limiti dell'accordo contrattuale preventivamente stipulato;
- le strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private accreditate, secondo le indicazioni e nei limiti dell'accordo contrattuale preventivamente stipulato.

Sviluppo dei percorsi assistenziali e integrazione territorio-ospedale

Il cittadino al centro del sistema socio-sanitario ed il superamento della logica dell'intervento rivolto alla risoluzione del singolo episodio clinico in favore di un approccio integrato finalizzato ad una gestione globale della salute, richiedono un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità dei bisogni del paziente, con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema.

Tale cambiamento comporta in primo luogo l'integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali intraospedalieri ed extraospedalieri e la formulazione di profili di cura imperniati sul potenziamento delle cure primarie, particolarmente nella gestione delle patologie croniche, comprendenti nuove modalità di interlocuzione e strumenti di governo dei casi.

L'impulso alle cure primarie così delineato si pone, peraltro, come strumento effettivo di tutela del cittadino, nell'ambito di una medicina di qualità che risulti fondata su prestazioni efficaci ed appropriate, accettate ed accessibili, economicamente compatibili.

I percorsi assistenziali (clinical pathways) sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a specifici problemi clinici o di diagnosi. In accordo con la filosofia del Continuous Quality Improvement, i profili di cura pongono l'attenzione sul miglioramento dei processi per aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza e del servizio offerti.

Sono, cioè, "strumenti di gestione clinica" usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche garantendo la continuità dell'intervento tra i due momenti: quello ospedaliero e quello territoriale e domiciliare.

Lo sviluppo dei percorsi assistenziali è quindi ritenuto prioritario nell'attività programmatoria e di pianificazione aziendale. In una prima fase di sperimentazione, per l'anno in corso, si partirà dalla realizzazione di un percorso assistenziale finalizzato alla costruzione di specifici profili di cura per pazienti affetti da patologie croniche quali lo scompenso cardiaco e l'insufficienza respiratoria che presentano, peraltro, una significativa criticità rispetto all'appropriatezza degli interventi e al consumo di risorse disponibili.

Il modello organizzativo assistenziale che l'Azienda intende realizzare può essere, inoltre, considerato rispondente alle indicazioni proposte dal PSR in riferimento soprattutto alla "necessità di sviluppare percorsi assistenziali integrati nelle aziende sanitarie" garantendo soprattutto:

- l'unitarietà della presa in carico dell'assistito,
- l'unitarietà del progetto assistenziale,
- l'unitarietà del percorso di fruizione da parte del paziente stesso.

Gli obiettivi finali del progetto si riferiscono ad una serie di vantaggi attesi sia per il paziente che per l'organizzazione sanitaria:

- l'aumento della qualità percepita dall'assistito
- il consolidamento dell'organizzazione stessa
- il contenimento e la razionalizzazione dei costi
- la riduzione della ospedalizzazione
- il governo della domanda
- la possibilità di creare contesti organizzativi centrati sul paziente e sulla sua patologia, che consentano ai clinici la applicazione pratica di linee guida e di comportamenti evidence – based.

Il principio guida della centralità del cittadino impone inoltre il miglioramento delle procedure di accesso ai servizi, la revisione e la semplificazione dei percorsi amministrativi con il superamento degli attuali modelli organizzativi e lo sviluppo, a livello distrettuale, di una rete integrata di sportelli unici per le funzioni di front-office relative alle principali procedure amministrative riferite all'offerta dei servizi distrettuali.

Correlazione delle attività e obiettivi dell'assistenza distrettuale con le risorse finanziarie disponibili – budget 2010

Le risorse finanziarie assegnate per l'anno 2010 per garantire le attività e prestazioni previste per il LEA assistenza distrettuale nonché per la realizzazione degli obiettivi assegnati con la presente direttiva sono stabilite in complessivi € **137.910.000** ed assegnate quale budget complessivo per l'anno in corso.

Il budget complessivamente assegnato per l'anno in corso per l'assistenza distrettuale è finalizzato ad assicurare le attività, gli obiettivi e le azioni stabilite nel presente piano di attività aziendale 2010; esso costituisce, in ogni caso, il limite massimo di spesa sostenibile per il LEA assistenza distrettuale per l'anno 2010. Il responsabile del budget complessivo è il direttore del dipartimento assistenza distrettuale. il responsabile del budget di ciascun distretto è il direttori di distretto.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento e di ciascun distretto, **fatte salve le rettifiche sui tetti di spesa fissati dalla Regione per l'acquisto di prestazioni da privato per come indicato nella tabella che segue**, restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalla relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento, dai direttori di distretto e dall'amministrazione.

Nella tabella che segue sono evidenziati e aggiornati i tetti di spesa relativi all'acquisto di prestazioni da privato in esecuzione dei provvedimenti regionali attuativi del Piano di Rientro.

Assistenza Distrettuale Acquisto prestazioni da privato	
Assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale da privato accreditato (delibera DG n. 032/2010)	22.105.000
Prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato compreso prestazioni di ricovero trasferite ad altro setting assistenziale e specialisti SUMAI (delibera Commissario n.13/2010)	13.917.000

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA DISTRETTUALE ANNO 2010**

**DISTRETTI SANITARI
AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI
ANNO 2010**

DISTRETTI SANITARI AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI ANNO 2010

Obiettivi specifici per le strutture organizzative dell'assistenza distrettuale

Nell'ambito delle linee strategiche e degli indirizzi generali sopra definiti, si confermano per l'anno in corso gli obiettivi specifici assegnati a ciascun distretto e alle corrispondenti strutture organizzative del DCT Assistenza Distrettuale, quelli indicati nella presente sezione e già riportati nelle specifiche schede di budget 2009 negoziati e firmati dal direttore del dipartimento assistenza distrettuale e che hanno già costituito per lo stesso anno, a cura del direttore del dipartimento medesimo, oggetto di specifica negoziazione con ciascun direttore di distretto e già sottoscritte dalla direzione aziendale.

Nelle parti che seguono sono indicate in grassetto gli aggiornamenti conseguenti ai provvedimenti ed alle misure adottate dalla Giunta Regionale in attuazione del piano di razionalizzazione e riqualificazione del SSR - Piano di Rientro - .

MEDICINA DI BASE E SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE - Azioni e obiettivi specifici 2010

L'integrazione delle attività dei medici convenzionati nei piani di attività aziendali rappresenta il tratto distintivo più importante del presente documento e passa attraverso la condivisione di obiettivi legati al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare, al controllo delle prescrizioni farmaceutiche, al ricorso razionale e programmato alla specialistica ambulatoriale o al ricovero ospedaliero.

La struttura organizzativa a matrice, con forte carattere di innovazione, su cui poggia lo sviluppo delle attività sopra richiamate, che sarà formalizzata con il nuovo atto aziendale, vede nei moduli tecnico-professionali trasversali (medicina di base, specialistica, anziani, pediatria di comunità, consultorio familiare, medicina riabilitativa, farmaceutica convenzionata esterna, servizio infermieristico distrettuale) il modello organizzativo più adeguato per lo sviluppo delle cure primarie nelle attività distrettuali.

Affinché acquisisca piena credibilità, nell'ambiente sanitario come in quello della collettività locale, e venga a valorizzarsi ed a concretamente realizzarsi quella che, in termini di sistema (cioè nell'ambito della organizzazione sanitaria aziendale) si definisce "la centralità della medicina di base", è indispensabile che (sul piano operativo, assistenziale, di erogazione dei servizi) si faccia strada la consapevolezza, la nuova idea fondante, della piena adesione al lavoro di equipe e della vera integrazione professionale: dei medici con gli infermieri, con i fisioterapisti, con i farmacisti, con i professionisti del dipartimento di salute mentale, maternoinfantile e delle dipendenze, con le assistenti sociali e con gli altri operatori di base oltre che con il mondo del volontariato.

Senza questo sforzo di collaborazione, di cui il direttore del distretto si dovrà fare promotore e garante, la centralità della medicina di base e degli operatori sanitari e sociosanitari del territorio rimarrà una chimera o una velleità, perché la semplice riproposizione dell'attuale modello della medicina di base, in un contesto radicalmente modificato è chiaramente destinata al fallimento.

Tale percorso va portato avanti in piena condivisione con le comunità locali garantendo momenti di condivisione e di conoscenza ai cittadini, singoli ed associati, anche attraverso strumenti tecnici innovativi (guide, materiali illustrativi, mezzi informatici) che consentano di avvicinare capillarmente la persona alla organizzazione.

La responsabilizzazione diffusa, funzionale al processo di implementazione e condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, deve promuovere coesione, rafforzamento dei legami personali all'interno degli operatori delle cure primarie. Deve chiamare in causa e valorizzare nuove energie e nuove competenze professionali e infine favorire una maggiore adesione dei medici di medicina generale e dei pediatri di base alle strategie sviluppate nell'ambito dell'Azienda Sanitaria provinciale di Crotone.

Si tratta dunque di fare vivere tali processi con convinzione e continuità, con nuova apertura e fiducia, garantendo inoltre che un processo parimenti capillare, partecipato e condiviso

avvenga all'interno dei dipartimenti del presidio ospedaliero, superando progressivamente anche la netta separazione oggi esistente tra ospedale e territorio.

L'arricchimento del ruolo delle cure primarie, l'ingresso di nuove professionalità, comporta cambiamenti positivi in termini di:

- quantità, qualità, complessità dei servizi erogati, loro integrazione;
- continuità delle cure e della presa in carico dei pazienti;
- necessario decentramento gestionale di risorse umane, professionali e tecniche;
- condivisione sociale del concetto di appropriatezza e dunque responsabilizzazione sia rispetto ai LEA, sia rispetto all'utilizzo delle risorse; e si situa in perfetta sintonia con l'ispirazione di fondo che guida il presente piano delle attività aziendali, perché serve a promuovere momenti di confronto, di lettura critica della domanda realmente espressa, di monitoraggio e valutazione della corrispondenza del servizio erogato al reale bisogno.

E' da queste analisi e da questo modello assistenziale che deve scaturire, trarre vera e propria linfa il processo, necessariamente promosso "dal basso", e governato dal distretto, del programma delle attività territoriali, il cui compito è quello di portare a sintesi e ad equilibrio le priorità sanitarie "oggettive" del territorio di competenza.

Per quanto riguarda i medici della continuità assistenziale, accanto agli obiettivi di integrazione con la funzione di emergenza ospedaliera, riportati nel capitolo dedicato al livello assistenza ospedaliera, preme in questa parte sottolineare il progetto di integrazione della guardia medica con l'assistenza domiciliare. Tale progetto prevede in particolare la realizzazione di una base informativa contenente tutte le informazioni cliniche di rilievo riferite ai pazienti in ADI. Tale data base rappresenta una importante condizione favorente la continuità e i passaggi di presa in carico del paziente nelle diverse fasi dell'assistenza.

Scopo generale dovrà essere sempre quello di inserire questi professionisti in una logica di rete, volta a dare assistenza qualificata a chi si trova in condizione di gravità, e dunque necessita di particolare protezione.

MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E RIORDINO DEL SERVIZIO -Azioni e obiettivi specifici 2010

Il servizio dei medici di continuità assistenziale va certamente ripensato sia sotto l'aspetto del ridisegno dei punti di guardia medica previsto dalla vigente normativa regionale in materia sia in relazione ai primi indirizzi stabiliti dalla Giunta Regionale con la DGR 492/2010 adottata in esecuzione degli adempimenti di cui al piano di rientro.

Inoltre considerati i costi attuali del servizio è fatto obbligo al direttore del dipartimento di predisporre ed inoltrare a questo Ufficio Commissariale specifiche proposte di contenimento dei costi attuali.

Inoltre, si ritiene necessario che nel corso dell'anno sia definito il contratto integrativo aziendale dei medici di guardia medica.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Linee strategiche

L'avvio del processo di riqualificazione dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, volto a garantire appropriatezza, qualità ed equità nell'assistenza specialistica, deve trovare concreta applicazione nell'esercizio in corso in modo da consolidare il governo del complesso sistema della domanda, della gestione delle liste e del tempo massimo di attesa per le singole prestazioni programmabili, partendo da quelle di provata efficacia.

Dovrà essere sviluppato ulteriormente il sistema informativo per monitorare costantemente l'andamento quantitativo e qualitativo della domanda e dell'offerta delle prestazioni, nonché l'attivazione del **Centro Unico di Prenotazione tenuto conto delle disposizioni regionali di cui alla DGR 449 del 2.7.2010 recante "Programma regionale e specifiche tecniche per la realizzazione della rete dei CUP**

Per il potenziamento e la razionalizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali dovrà essere sviluppato l'utilizzo ottimale delle strutture e delle tecnologie a gestione diretta dell'azienda, anche in termini di flessibilità.

Dovranno essere rispettati i tempi massimi di attesa individuati dalle direttive regionali per l'erogazione di visite specialistiche programmabili e per le prestazioni di diagnostica strumentale.

Potranno essere progettati e in caso di necessità, attuati, interventi straordinari finalizzati ad assicurare alla maggioranza dei cittadini in lista di attesa il rispetto dei tempi massimi consentiti, in tale ambito rientrano le richieste di incremento di produzione per i produttori interni attraverso il ricorso all'attività libero professionale intramuraria così detta aggiuntiva, sia pure in via eccezionale e temporanea, rivolta alle prestazioni in cui risultano maggiori le liste di attesa.

I provvedimenti di incremento dell'offerta pubblica a gestione diretta dovranno essere abbinati alla ricerca di una maggiore flessibilità dell'erogazione in risposta alle situazioni di picco della domanda.

Per quanto riguarda i protocolli clinici e i percorsi organizzativi finalizzati a garantire le urgenze ambulatoriali entro i 7 giorni, dovrà essere costantemente monitorata con attenzione il reale utilizzo di tali prestazioni, sia in termini di garanzia di accesso, che di appropriatezza. A tutela della fruizione di queste prestazioni urgenti entro i termini di tempo stabiliti, sarà previsto il rimborso della prestazione al cittadino, qualora tale garanzia non sia rispettata, ai sensi del decreto legislativo 124/98.

Relativamente agli erogatori privati dovranno, per il futuro, essere previsti processi di riconversione delle attività erogate dal privato accreditato verso prestazioni specialistiche ad alto contenuto diagnostico e non presenti o non sufficientemente sviluppati nelle strutture aziendali, nella logica dell'autosufficienza territoriale e quindi della riduzione delle fughe.

In esecuzione della DGR n. 489 del 2.7.2010, con deliberazione del Commissario n. 13 del 6.8.2010, allegata al presente piano (Allegato A), è stato adottato il piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale dai soggetti erogatori privati accreditati, definito sia nei volumi e tipologie di prestazioni che nei limiti massimi di spesa sostenibile stabilita per l'anno 2010.

Azioni e obiettivi specifici correlati alle attività di specialistica ambulatoriale a gestione diretta

Nello specifico documento allegato a cui si rimanda (**ALLEGATO 1**) sono riportati gli interventi e le azioni finalizzate al Miglioramento delle attese per prestazioni di specialistica ambulatoriale. Qui di seguito si riportano gli obiettivi specifici 2010.

1. Verifica ed attuazione di ogni utile iniziativa per la riduzione dei tempi di attesa nella fruizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
2. Concorso all'attivazione del Centro Unico di Prenotazione;
3. Razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro potenziamento qualitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti;
4. Verifica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate ed adozione di ogni utile iniziativa finalizzata a garantire agli utenti prestazioni appropriate ed economicamente sostenibili;
5. Sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale;
6. Intensificazione delle attività di controllo anche per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
7. Attuazione "linee guida per la rimodulazione del sistema informativo delle attività di specialistica ambulatoriale territoriale ed ospedaliera" Decreto Dirigenziale n. 148 del 16.1.2006.
8. Sviluppo di un sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza;
9. La riduzione delle liste di attesa dovrà essere localmente programmata in coerenza e per dare attuazione all'intesa Stato-Regioni del 28.3.2006.

10. Razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro eventuale potenziamento qualiquantitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti, assicurando l'apertura degli ambulatori al pubblico per 7 giorni alla settimana senza maggiori oneri a carico del SSR per come già stabilito dalla DGR 62/2009.
11. Garantire l'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale; L'obiettivo della erogazione tempestiva e di buona qualità delle prestazioni diagnostiche e specialistiche in relazione all'effettivo bisogno di salute, necessita per il suo raggiungimento anche di una classificazione della domanda secondo criteri di priorità e urgenza ma soprattutto tenendo in debito conto il criterio di appropriatezza delle prestazioni. A tal fine occorre:
 - individuare, per alcuni settori cruciali di domanda, specifiche linee guida e percorsi diagnostici e specialistici condivisi e diffusi su tutto il territorio;
 - spostare risorse e tempi/operatore in favore delle prestazioni appropriate o prioritarie per bisogni definiti;
 - responsabilizzare i soggetti prescrittori delle prestazioni diagnostiche e specialistiche (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista territoriale ed ospedaliero).

In linea con le indicazioni del PRS e ferme restando le limitazioni e la derogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stabilite nei LEA nonché i conseguenti provvedimenti regionali a tal fine adottati, gli ambiti di intervento rispetto ai quali si ritiene necessario affrontare prioritariamente le tematiche dell'appropriatezza sono:

- Medicina fisica e riabilitazione
- Prestazioni di diagnostica di laboratorio
- Diagnostica per immagini
- Diagnostica strumentale e per immagine dell'apparato cardiocircolatorio
- Odontoiatria
- Nuovi tests diagnostici
- Prestazioni di diagnostica strumentale non per immagini
- Prestazioni obsolete

ASSISTENZA DOMICILIARE E NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DELLE CURE DOMICILIARI - Azioni e obiettivi specifici 2010

L'assistenza domiciliare rappresenta l'ambito elettivo in cui dovrà essere realizzata l'integrazione di competenze professionali, sanitarie e sociali, finalizzate a realizzare programmi di assistenza orientate a categorie significative di soggetti che necessitano di assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile a domicilio e sostenibile dal nucleo familiare.

La riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari adottata dall'ASP con **deliberazione n. 13 del 2 febbraio 2010** è finalizzata a portare ad unitarietà il modello di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio-assistenziale, basandola su livelli differenziati di intensità delle cure, in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

Gli obiettivi prioritari del nuovo modello dell'assistenza domiciliare comprendono l'assistenza a pazienti trattabili a domicilio (evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o ad altre strutture residenziali), l'assicurazione della continuità assistenziale, il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione del paziente, il sostegno della famiglia attraverso la trasmissione di competenze necessarie per l'autonomia di intervento, la semplificazione dell'accesso alla erogazione dei presidi e degli ausili.

Le cure domiciliari presuppongono una valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, l'intervento di una equipe multiprofessionale, la elaborazione di piani personalizzati di assistenza e la individuazione, per ciascun distretto, di un responsabile del piano assistenziale (case manager) che coordina e assicura gli interventi previsti e verifica la coerenza delle diverse fasi del processo assistenziale definito dal piano.

Il nuovo modello aziendale delle cure domiciliari - Obiettivo specifico

Costituisce obiettivo specifico prioritario del dipartimento e dei distretti la puntuale attuazione del nuovo modello organizzativo e gestionale delle cure domiciliari adottato dall'ASP con deliberazione **n. 13 del 2 febbraio 2010** alla quale si rimanda.

**ALTRA ASSISTENZA DISTRETTUALE RIVOLTA A PARTICOLARI CATEGORIE DI UTENTI
: ANZIANI – DISABILI – TOSSICODIPENDENTI – SALUTE DONNA – SALUTE INFANZIA
- Azioni e obiettivi specifici 2010**

Linee di indirizzo generali

Fornire assistenza ambulatoriale di base e specialistica ai "soggetti deboli" o "dell'area della fragilità" ricompresi nelle diverse fasce categorie di utenti sopra individuate, consentendone la permanenza al proprio domicilio, evitando ricoveri impropri di tipo ospedaliero ed integrando, se necessario, l'assistenza ambulatoriale con le funzioni svolte dai presidi residenziali extraospedalieri a ciclo continuo e diurno.

Migliorare l'organizzazione e la gestione delle strutture organizzative territoriali deputate ad assicurare le prestazioni ambulatoriali e domiciliari alle specifiche categorie di utenti sopra indicate, al fine di consentire ai così detti soggetti deboli o dell'area della fragilità percorsi assistenziali tali da assicurare gli interventi assistenziali sulla base degli indirizzi definiti dagli specifici Progetti Obiettivo e Linee Guida indicati dal PSR e dagli specifici provvedimenti regionali al riguardo adottati.

Gli obiettivi generali da perseguire per lo sviluppo e il miglioramento dell'assistenza a tali categorie di utenti sono:

- integrare le prestazioni dei diversi servizi verso una tutela complessiva della salute attraverso la presa in carico dei soggetti;
- privilegiare gli interventi di prevenzione secondaria e potenziare il momento riabilitativo e delle cure domiciliari;
- svolgere la funzione di cura in stretta connessione con la medicina primaria ed in particolare il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta;
- realizzare l'integrazione con le prestazioni sociali erogate dai Comuni;

Le azioni specifiche e prioritarie da sviluppare sono qui di seguito riportate distinte per ciascuna delle aree di fragilità e per ciascuna delle categorie di utenti interessati.

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Gli Obiettivi

- Riquilibrare e potenziare la tipologia dell'offerta dei servizi integrandola con quella sociale dei Comuni.
- Promuovere e realizzare l'integrazione socio sanitaria con particolare riferimento agli aspetti connessi con il mantenimento dell'autonomia e con la presa in carico della cronicità.

Le Azioni

- Individuazione di percorsi integrati per garantire: - la messa in rete dell'offerta sociale dei Comuni con quella socio sanitaria e sanitaria dell'ASP; - le esigenze di cura e riabilitazione e quelle di tutela, sostegno e integrazione sociale, d'intesa con i servizi sociali dei Comuni.
- Attivazione in base all'analisi dei bisogni assistenziali emersi nell'anno 2005/2006 di un modulo di RSA anziani presso la struttura aziendale di Mesoraca e nell'attesa presso le RSA anziani operanti nell'azienda, per le seguenti tipologie di pazienti:
 - soggetti che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione (neurologico, cardiopatico, ortopedico, chirurgico, medico, ecc) per una durata della degenza non superiore ai 60-90 giorni e che non possono essere assistiti a domicilio;
 - soggetti con patologie croniche riacutizzate (insufficienza cardiaca, respiratoria, nutrizione artificiale, ecc) non curabili a domicilio in quanto soli o con coniuge a rischio di perdita di autosufficienza.
- Ulteriore sviluppo del Centro diurno per malattia di Alzheimer presso l'Unità Operativa di Geriatria del P.O. di Crotone quale punto di riferimento per tutto il territorio aziendale.
- Ridefinizione dei criteri per l'individuazione delle priorità per i ricoveri nelle residenze protette e nelle RSA operanti nel territorio dell'azienda.

- Migliorare il monitoraggio dei piani assistenziali in residenza protetta e RSA mediante strumenti di valutazione adeguati, facendo, inoltre, obbligo per l'inserimento di anziani e disabili nelle stesse strutture dell'uso della scheda V.A.O.R. per come espressamente stabilito dalle vigenti disposizioni regionali in materia.
- Collaborazione con le residenze protette del territorio e con le RSA nel processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti, agendo sul piano della vigilanza alla rispondenza dei requisiti e su quello del confronto sulle modalità assistenziali.

Obiettivi correlati all'acquisizione da privato accreditato di prestazioni di assistenza residenziali e semiresidenziali per anziani.

In esecuzione della DGR n. 114/2010, con deliberazione del Direttore Generale n. 32 del 3.3.2010, allegata al presente piano (Allegato A), è stato adottato il piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza residenziali e semiresidenziali per anziani dai soggetti erogatori privati accreditati, definito sia nei volumi e tipologie di prestazioni che nei limiti massimi di spesa sostenibile stabilita per l'anno 2010.

L'ASSISTENZA AI DISABILI

Nell'azienda attualmente vengono predisposti a favore dei disabili adulti programmi di tipo assistenziale riabilitativo presso il domicilio, presso le strutture di assistenza ai disabili (ex art. 26 della 833/78), presso le strutture a ciclo continuativo di riabilitazione estensiva extraospedaliera e presso la struttura di ricovero specializzata di riabilitazione dell'Istituto S. Anna di Crotone. Risulta, inoltre, sufficientemente sviluppata nell'ambito aziendale l'offerta di prestazioni socio-riabilitative e residenziali extraospedaliere RSA e CP per disabili.

Gli Obiettivi

Proseguire nella riqualificazione dell'offerta dei servizi correlata al livello di disabilità dei singoli utenti e integrandola con quella sociale dei Comuni, in particolare per gli aspetti connessi con la presa in carico della cronicità.

Le Azioni

- ridefinizione dei percorsi assistenziali integrati per garantire la qualità delle cure e la continuità assistenziale con particolare riferimento alla fase di passaggio dall'età minore a quella adulta;
- definizione dei Piani di Attività distrettuale, con i rispettivi Comuni, relativamente alle esigenze di riabilitazione e tutela, sostegno e integrazione sociale, delle persone disabili.
- potenziare i sistemi di controllo delle specifiche attività domiciliari e ambulatoriali con particolare riferimento alle prestazioni ex art. 26 L. 833/78.

Obiettivi correlati all'acquisizione da privato accreditato di prestazioni ambulatoriali, domiciliari e a ciclo continuativo per disabili.

In esecuzione della DGR n. 114/2010, con deliberazione del Direttore Generale n. 32 del 3.3.2010, allegata al presente piano (Allegato A), è stato adottato il piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza riabilitativa ambulatoriale, domiciliari e a ciclo continuativo per disabili dai soggetti erogatori privati accreditati, definito sia nei volumi e tipologie di prestazioni che nei limiti massimi di spesa sostenibile stabilita per l'anno 2010.

LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Linee di indirizzo

Nel mondo giovanile devono essere individuate precocemente le situazioni a rischio e deve

essere facilitato l'accesso ai servizi attraverso azioni di consulenza e sostegno per gli operatori che intervengono nei vari contesti (scuola, aggregazioni giovanili, mondo del divertimento, mondo del lavoro). L'offerta di servizi di consulenza e presa in carico sarà specificamente messa a punto anche con la collaborazione delle istituzioni locali al fine di garantire anche la massima accessibilità ai servizi aziendali.

In questo contesto assume un particolare valore il progetto, da promuovere con la collaborazione del competente dipartimento dell'azienda, relativo all'azione di prevenzione verso gli adolescenti svolta nelle scuole, nei centri giovanili, nei luoghi di aggregazione formali ed informali, nelle discoteche e nei pubblici esercizi più frequentati dai giovani.

E' necessario procedere nella direzione della riqualificazione e diversificazione dell'intervento dei servizi per le dipendenze, in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine modalità di lavoro per progetti, secondo criteri d'adequazione e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse. Occorre potenziare l'integrazione tra interventi sociali e sanitari ed il raccordo con le istituzioni locali e consolidare il rapporto di collaborazione tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, anche ampliando la tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali esistenti.

Per quanto attiene l'utilizzo delle strutture residenziali e semiresidenziali, si conferma la collaborazione con gli erogatori privati accuditi che si è rivelato strumento adeguato nei percorsi riabilitativi a medio e lungo termine, occorre tuttavia intervenire al fine di limitare, per quanto possibile, l'utilizzo di strutture private di altre aziende della regione e ancor più di altre regioni anche ai fini del contenimento dei relativi costi.

Dovranno, inoltre, essere sviluppate azioni sociali, d'intesa con le istituzioni locali, di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo e garantito il supporto alla realizzazione della rete informativa aziendale, per poter porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica sul fenomeno della dipendenza.

Azioni specifiche dovranno inoltre essere previste in alcune aree peculiari:

- tabagismo: soprattutto per la fascia di popolazione giovanile, dovranno essere attivati interventi di educazione e prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco;
- alcolismo: dovrà essere rilanciata l'offerta di servizi sul territorio, in modo da sviluppare gli interventi di tipo assistenziale, di formazione e di analisi epidemiologica. Occorrerà promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza dei rischi nella popolazione, al fine di prevenire i danni causati dagli eccessi. Si dovrà intervenire per ridurre i rischi alcool correlati, in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti e favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo su tali problemi, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali;
- cocaina: dovrà essere approfondita la conoscenza delle situazioni di consumo e di dipendenza da cocaina e dovrà essere facilitato l'accesso al SERT delle persone con problemi d'abuso;
- marginalità sociali: dovranno essere assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora, stranieri extracomunitari, nomadi, ecc., al fine di
- intervenire sul cosiddetto sommerso anche attraverso l'offerta di prestazioni di mediazione linguistica e culturale e di servizi a bassa soglia di accesso;
- comorbilità psichiatrica: per i soggetti con "doppia diagnosi" e/o problemi di dipendenza da più di una sostanza, saranno definiti strumenti e percorsi di cura adeguati ad affrontare la complessità del problema, giungendo a modalità di presa in carico condivise con le unità operative del dipartimento;
- tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia: gli impegni dovranno essere rivolti a diffondere le informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze d'abuso in gravidanza, a favorire l'accesso delle donne ai servizi con modalità di accoglienza attente alla specificità femminile, a promuovere la sperimentazione di un modello operativo di rete a bassa soglia di accesso volto alla tutela della salute del minore e della famiglia.

Gli Obiettivi

- Aumentare il numero di consumatori in contatto con il sistema di assistenza (SERT)

aziendale e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto.

- Potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche- riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide, al fine di ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione, garantire pari opportunità di trattamento e continuità terapeutica a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali e da sostanze illegali.

Le Azioni

- Alcolologia: sviluppo del servizio aziendale;
- Tabacco: elaborazione del progetto aziendale per la cessazione dell'abitudine al fumo, articolato presso le sedi dei servizi del territorio, in collaborazione con i MMG.
- Servizio Community Worker - Unita' di Strada (UdS): il servizio potrà essere attivato in via sperimentale nel Comune di Crotone e dovrà essere sostenuto per i costi in parti uguali dall'Azienda e dal Comune. La gestione operativa è affidata al SERT.

In esecuzione della DGR n. 114/2010, con deliberazione del Direttore Generale n. 32 del 3.3.2010, a cui si rimanda, è stato adottato il piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza riabilitativa semiresidenziale e residenziale ai tossicodipendenti dai soggetti erogatori privati accreditati, definito sia nei volumi e tipologie di prestazioni che nei limiti massimi di spesa sostenibile stabilita per l'anno 2010.

SALUTE DONNA

La salute della popolazione femminile merita attenzioni particolari per le specificità di genere, che in parte prescindono dalla sfera riproduttiva, riguardando invece la particolare diffusione di alcuni fattori di rischio, la incidenza di malattie/disabilità e la differente utilizzazione dei servizi sanitari.

L'assistenza e la cura alla donna nei suoi bisogni di salute e di maternità si è profondamente modificata nel corso degli ultimi anni e questo richiede un ripensamento della rete di strutture sanitarie coinvolte nell'assistenza a queste tipologie di bisogni.

La modificazione del costume sociale ha profondamente mutato l'epoca della ricerca della maternità aprendo nuovi capitoli di attenzione sanitaria, fino ad ora scarsamente considerati, quali l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione.

In questa ottica non dovrà essere elusa l'attenzione per la umanizzazione della assistenza al parto, il contrasto ad un eccessivo approccio interventistico (tagli cesarei), la identificazione dei livelli specialistici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica e gestione dell'interruzione volontaria di gravidanza, con l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale.

Dovrà essere contrastata ed invertita la tendenza alla diminuzione del numero delle gravidanze fisiologiche seguite dai consultori familiari, sia in termini assoluti che relativi (rapporto gravide in carico/nati vivi).

Più in generale dovrà essere necessaria una riprogettazione complessiva dei momenti collaborativi tra i servizi che si occupano della salute della donna, a trecentosessanta gradi, sviluppando ulteriormente le avanzate esperienze realizzate in altre aziende della regione e del paese.

Per gli specifici aspetti correlati alla prevenzione dei tumori femminili si rimanda al precedente punto del dipartimento di prevenzione relativo agli screening oncologici.

SALUTE INFANZIA

Accanto a livelli sufficientemente raggiunti nella copertura vaccinale per le vaccinazioni dell'obbligo e raccomandate, che devono essere ulteriormente elevati e mantenuti, dovranno essere sviluppati alcuni percorsi assistenziali quali la presa in carico tempestiva del neonato sano, la riduzione dell'ospedalizzazione, l'incremento dell'assistenza in regime di day-hospital e la presa in carico continuativa del bambino con patologia cronica.

Esistono inoltre aree di bisogni emergenti che non hanno fino ad ora ricevuto sufficiente attenzione.

Una delle più importanti è rappresentata dalle disuguaglianze sociali e dalle discriminazioni nelle prospettive di salute del bambino svantaggiato, o del bambino appartenente ad un nucleo familiare in cui sia presente tossicomania, alcoolismo o malattia mentale.

In debito conto vanno anche tenute le nuove emergenze riferibili al bambino straniero o con famiglia di basso livello economico e culturale.

Gli orientamenti preventivi dovranno massimamente essere rivolti al superamento delle disuguaglianze, gli interventi assistenziali alla attivazione di percorsi integrati di presa in carico globale del bambino multiproblematico, con una centralità del ruolo del pediatra di libera scelta.

Dovrà essere sviluppata l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni, in modo da promuovere gli interventi psicologici a tutela dei minori soggetti a provvedimenti di giustizia e gli interventi di assistenza e recupero psicoterapeutico delle vittime di abusi, anche attraverso l'incremento quali-quantitativo delle prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche e psicologiche.

Sempre nell'ambito dello sviluppo del processo di integrazione con i servizi sociali dovranno essere promossi interventi a protezione del minore in stato di abbandono e a tutela della sua crescita anche attraverso affidi ed adozioni, potenziando e qualificando la rete di servizi per svolgere una efficace azione di accompagnamento e sostegno.

Questo non facile compito è demandato al dipartimento materno infantile che dovrà, oltre che provvedere prioritariamente alla riqualificazione e riorganizzazione delle strutture consultoriali dell'azienda, produrre una proposta operativa specifica sui temi della salute donna e della salute infanzia tenuto conto degli obiettivi generali sopra indicati.

SALUTE NELLE CARCERI

Per quanto attiene alla salute nelle carceri, completata la fase di assunzione di responsabilità amministrativa sul personale transitato ai sensi del DPCM 1.4.2008, dovrà essere elaborato uno specifico programma assistenziale aziendale sulla base di una accurata ricognizione dei bisogni di salute della popolazione carceraria e di una programmazione basata sulle linee guida contenute nel DPCM stesso e tenuto conto degli indirizzi regionali al riguardo stabilite con l'apposito provvedimento di Giunta Regionale.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

I punti critici che l'UONPEE dovrà affrontare riguardano:

- la vastità delle aree di intervento clinico cui essa deve rispondere per tipologia dei disturbi (neurologici, psichiatrici, neuropsichiatrici) e fascia di età degli utenti (0-18 anni);
- il basso turnover dell'utenza dovuto alla necessità di interventi che non si esauriscono in un breve lasso di tempo, siano essi finalizzati al miglioramento della qualità della vita (come nel caso dei disturbi cronici) che ad evitare la cronicizzazione (come nel caso dei disturbi evolutivi).

Per rispondere al primo punto si dovrà ulteriormente stabilizzare l'esperienza di percorsi diagnostici multiprofessionali per le fasce d'età 3-18 e 0-3, portata avanti in questi anni dalla competente U.O. aziendale, con l'impegno di darne descrizione formale quali prodotti dell'UONPEE.

Per il secondo punto si dovranno attivare alcuni percorsi terapeutico-riabilitativi per patologie e fasce di età specifiche che fungano da contenitori stabili in cui far fluire l'utenza già in carico ed i nuovi ingressi.

Di particolare importanza in questo ambito sono i percorsi richiesti da alcune patologie per lo più croniche quali i Disturbi Pervasivi di Sviluppo ed i Pluriminorati fisici e sensoriali

Un punto di grande importanza concerne la prevenzione dei disturbi neuropsichiatrici ed in questa ottica sono iniziati ed andranno incrementati i rapporti con la Pediatria dell'Ospedale per l'istituzione di un Follow-up sui neonati a rischio (prematuro e/o a basso peso alla nascita; con infezioni congenite, asfissia neonatale) e con i pediatri di libera scelta.

Punto fondamentale per la realizzazione di progetti di integrazione socio-sanitaria sono i rapporti con le Scuole e la Formazione professionale che vengono regolarmente tenuti in attuazione della Legge 104.

ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Le prestazioni

Le prestazioni erogabili nell'ambito del sub-livello assistenza integrativa e protesica sono quelle nel dettaglio riportate nel DPCM 29.11.2001 e nei provvedimenti attuativi regionali ivi previsti.

Obiettivi e azioni

- Puntuale attuazione delle linee regionali in materia.
- Perseguire l'efficienza e l'appropriatezza nell'erogare le prestazioni previste.
- Puntuale osservanza del Decreto Ministeriale n. 332/99 e successive integrazioni.
- Definizione e realizzazione della specifica gara per protesi e ausili, così per come stabilito dagli specifici provvedimenti regionali e nazionali.

Razionalizzazione e controllo distribuzione protesi e ausili territoriali

Ad oggi la distribuzione di protesi ed ausili territoriali è effettuata pressoché interamente dai privati del territorio per un costo di circa 5 milioni di euro. Personale medico ed amministrativo dell'azienda è assegnato ai processi autorizzativi e al riciclo delle attrezzature (in bassissima percentuale). Occorre attivare specifici sistemi di controllo e preliminarmente istituire apposita commissione per la verifica della correttezza delle procedure e la razionalizzazione dei costi.

ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Gli Obiettivi specifici in rapporto alle risorse finanziarie disponibili

La nostra azienda si è distinta nel tempo per l'attento governo della spesa farmaceutica a tutt'oggi tra le più basse della regione. Tuttavia il vincolo del tetto di spesa fissato dalla Regione impone la necessità dell'adozione di ogni ulteriore utile provvedimento finalizzato al contenimento di tale spesa entro i tetti di spesa stabiliti in attuazione degli specifici indirizzi regionali di cui al piano di rientro dal deficit sanitario.

Permane l'obiettivo prioritario di contenere la spesa attraverso lo sviluppo del monitoraggio della stessa, sia complessiva che per classi terapeutiche e la qualificazione delle prescrizioni per qualità e quantità riferita ai singoli prescrittori. E' necessario inoltre promuovere e garantire adeguatamente la farmacovigilanza.

Obiettivo prioritario permane quindi quello di contenere la spesa farmaceutica rispetto al consuntivo 2009 (40,2 m.l. di euro) anche attraverso l'incremento della distribuzione diretta (PHT e 1° ciclo terapeutico alla dimissione e dopo visita specialistica ospedaliera e territoriale) ed **attuando quanto stabilito dalle DGR n. 378 del 12.5. 2010, 377 del 12.5.2010 e 398 del 24.5.2010 attuative del piano di rientro.**

È indispensabile, per questo obiettivo, inoltre, il coinvolgimento effettivo dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e degli specialisti ospedalieri e territoriali. È necessario, inoltre, rivedere l'attuale assetto organizzativo delle strutture e dei servizi, istituzionalmente preposti alla elaborazione e diffusione delle informazioni indispensabili ad operare scelte razionali e responsabili nell'area del farmaco, adeguandolo al nuovo contesto aziendalistico del sistema sanitario e alle esigenze sempre più manifeste di razionalizzare e contenere la spesa sanitaria ed in particolare quella per l'assistenza farmaceutica.

Gli obiettivi le Azioni e gli interventi specifici per il contenimento della spesa farmaceutica

Le azioni e le attività più significative già da tempo avviate e quelle ulteriori da porre in essere ai fini del contenimento della spesa farmaceutica sono qui di seguito indicate:

- Ulteriore sviluppo della distribuzione diretta, da parte delle strutture aziendali, delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, ampliando tale percorso distributivo a tutti i pazienti seguiti dalla rete dei servizi aziendali per i farmaci per i quali è ammessa la duplice via di dispensazione.
- distribuzione diretta dei farmaci e presidi per i pazienti in assistenza domiciliare, con estensione di tale modalità erogativa a tutti i percorsi di assistenza domiciliare ai pazienti che necessitano di interventi assistenziali definiti anche attraverso la formalizzazione di

appositi accordi con i medici di medicina generale, i pediatri di base e gli specialisti ambulatoriali;

- Ulteriore incremento della distribuzione diretta alla dimissione e dopo la visita specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale;
- Distribuzione diretta di ossigeno liquido subordinata all'acquisizione di un piano terapeutico rilasciato da una struttura specialistica.
- Ulteriore sviluppo delle prescrizioni di farmaci generici, nonché promozione della scelta tra medicinali che, appartenenti alla medesima categoria terapeutica, hanno il prezzo di rimborso controllato. Dovrà essere promossa l'informazione su tali medicinali, sia nei confronti del medico prescrittore che nei confronti della popolazione;
- iniziative formative rivolte a medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali per favorire una migliore appropriatezza delle prescrizioni,
- una maggiore attenzione verso gli eventuali effetti collaterali, l'adozione di linee guida per le patologie croniche a larga diffusione, con particolare attenzione ad ipertensione e diabete.

Le ulteriori azioni specifiche

Oltre alle azioni ed alle attività finalizzate alla riduzione della spesa farmaceutica, per l'anno in corso, dovranno essere attuate le altre azioni generali qui di seguito indicate:

1. Intensificazione delle azioni di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica.
2. Interventi sull'uso dei generici, anche attraverso direttive agli specialisti dipendenti e accordi con i medici di base;
3. Maggiore coinvolgimento dei prescrittori ad ogni livello;
4. Intensificazione da parte dell'apposita Commissione Farmaceutica aziendale, delle prescrizioni incongrue di ossigeno terapeutico da parte dei MMG e degli specialisti ambulatoriali.
5. Ulteriore sviluppo del software unico di monitoraggio della spesa con controlli di qualità dei dati e reportistica uniforme.
6. Attuazione di una efficace attività di monitoraggio e di controllo della spesa farmaceutica sia in ambito ospedaliero che territoriale con produzione di reports mensili alla direzione generale aziendale.
7. Adozione di Linee-guida per la qualificazione e il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale.
8. Aggiornamento e formazione del personale dei servizi di farmaceutica territoriali ed ospedalieri.
9. Coinvolgimento in ogni fase delle azioni dei direttori di distretto e dei direttori dei dipartimenti.

Obiettivi correlati all'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica

Il perseguimento dell'appropriatezza nell'uso del farmaco si realizza con la pianificazione di attività che permettano di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. qualificarne e razionalizzarne l'utilizzo, assicurando la migliore assistenza al cittadino, tenendo conto delle risorse economiche disponibili, orientando gli operatori sanitari alla migliore scelta, tenendo conto del rapporto costo/beneficio, a parità di efficacia e sicurezza, mediante l'adozione di linee guida per le patologie prevalenti, la predisposizione di protocolli operativi, il monitoraggio quali-quantitativo dei consumi e della spesa, dei progetti di qualificazione dell'assistenza e nel rispetto dei livelli di spesa programmati;
2. formare con aggiornamento permanente gli operatori sanitari coinvolti nella prescrizione e/o nell'utilizzo dei materiali sanitari, per sviluppare abilità/capacità professionali e attitudini;
3. definire criteri per garantire la sicurezza del farmaco nelle varie fasi del processo terapeutico nel rispetto di criteri di sicurezza, continuità ed uniformità, promuovere la compliance dell'assistito nei confronti della terapia farmacologica in ambito ospedaliero ed a domicilio;

4. valutare l'accessibilità al farmaco ed al dispositivo medico, individuando adeguati ed appropriati percorsi per la gestione di approvvigionamenti, scorte, dispensazione nelle strutture sia ospedaliere che territoriali;
5. garantire la realizzazione e il controllo dei processi volti alla attuazione di una buona politica del farmaco attraverso il miglioramento continuo della Qualità delle prestazioni da parte delle professionalità coinvolte.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2010

Linee ed indirizzi generali

Le linee e gli indirizzi generali per la tutela della salute mentale fanno riferimento alle specifiche disposizioni al riguardo stabilite dalla Regione con appositi provvedimenti adottati dalla Giunta Regionale.

Le linee guida regionali per la salute mentale, adottate con DGR n. 105 e 106 del 19.2.2007, definiscono gli specifici indirizzi il miglioramento, la qualificazione e l'intensificazione dei processi assistenziali rivolti alla promozione della salute mentale, alla presa in cura, all'emergenza-urgenza e alla riabilitazione, migliorando i livelli di integrazione dei percorsi di cura articolati tra strutture di ricovero e servizi territoriali, favorendo percorsi terapeutici che vedano al centro la persona, il suo specifico bisogno di salute e il concreto reinserimento sociale.

Obiettivi generali

- Riorganizzare e completare la rete dei servizi nell'intero territorio aziendale per come stabilito dalle linee guida regionali.
- Perseguire gli obiettivi di tutela e assistenziali stabiliti dalla DGR 105 e 106 del 19.2.2007.
- Assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica dei problemi di salute mentale del paziente, qualunque sia il punto di accesso e articolare le risposte dei CSM secondo criteri di diversificazione degli spazi di risposta per i differenti percorsi di cura per facilitare l'accesso.
- Assicurare tutte le attività e prestazioni previste dalle linee guida regionali.
- Costituzione di gruppi di lavoro dipartimentali per individuare possibili indicatori quali-quantitativi relativi soprattutto agli esiti dell'intervento e della qualità di vita delle persone affette da patologie mentali gravi e da disturbi affettivi.

Azioni e obiettivi specifici

Concorrere alla piena operatività del Dipartimento di salute mentale, secondo quanto definito dalle linee guida elaborate dalla Giunta Regionale (DGR 19/2/2007 n. 105 e 106).

1. Proposte per l'attivazione della rete dei servizi secondo quanto definito dalle stesse linee guida, con particolare riferimento alle strutture alternative (centri diurni, case famiglia) e all'assistenza domiciliare.
2. Riduzione della disomogeneità di risposta alla domanda di salute mentale nel territorio di competenza.
3. Proposte per il raggiungimento dei parametri di operatori/popolazione, prossimi a quelli individuati dal Progetto Obiettivo Nazionale.
4. Proposte per l'attivazione di convenzioni tra i DSM e l'amministrazione penitenziaria per l'assistenza e la cura dei detenuti con disturbo e disagio mentale.
5. Assicurare il coordinamento con i servizi di area ad alta integrazione del distretto di competenza riguardo agli interventi di prevenzione e cura dei disturbi e delle patologie di "confine".
6. Assicurare per quanto possibile la riduzione delle pratiche restrittive (TSO) nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.
7. Concorrere alla realizzazione nel DSM di appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle associazioni dei familiari e delle persone con disturbo mentale.
8. Assicurare il sostegno dei familiari sul piano dell'informazione e della riduzione del carico, il sostegno delle persone con disturbo mentale nei percorsi di aggregazione, del protagonismo e della cittadinanza sociale.
9. Proposte per l'utilizzazione delle strutture eventualmente costruite con risorse ex art. 20 e non ancora attivate.
10. Assicurare il recupero della migrazione dei pazienti fuori Regione e fuori degli ambiti territoriali di competenza.
11. Concorrere allo sviluppo di un sistema informativo efficiente;
12. Concorrere alla formazione continua di tutti gli operatori dei DSM.

13. Realizzare gli obiettivi e le azioni specificamente previste dagli indirizzi regionali in materia di salute mentale e di cui alle vigenti deliberazioni di giunta sulla tutela della salute mentale.
14. Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario rispetto all'esercizio precedente.
15. Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzioni rispetto all'esercizio precedente.
16. Razionalizzare e contenere i costi per competenze accessorie al personale rispetto all'esercizio precedente.
17. Assicurare la corretta codifica delle prestazioni erogate nonché la puntuale trasmissione alla direzione del DSM delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

Il budget complessivamente assegnato per l'anno in corso per il dipartimento di salute mentale quale quota parte del complessivo budget dell'assistenza distrettuale di € **8.096.111,00** è finalizzato ad assicurare le attività, gli obiettivi e le azioni stabilite nel presente piano di attività aziendale 2010; esso costituisce, in ogni caso, il limite massimo di spesa sostenibile per l'anno 2010. Il responsabile del budget complessivo è il direttore del dipartimento.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento di salute mentale, **fatte salve le rettifiche sui tetti di spesa fissati dalla Regione per l'acquisto di prestazioni da privato**, restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalle relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**DIPARTIMENTI OSPEDALIERI
LINEE D'INTERVENTO AZIONI E
OBIETTIVI GENERALI
ANNO 2010**

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010

Gli indirizzi strategici e programmatici generali

I profondi cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali associati allo sviluppo economico e al continuo progresso tecnologico e scientifico hanno indotto già da tempo a ripensare il ruolo, la funzione e la mission dei servizi ospedalieri. Nato dalla privata beneficenza, a servizio di una piccola comunità locale, l'ospedale è via diventato una struttura in grado di rispondere a bisogni di territori più vasti, fino ad essere inserito all'interno di una rete di servizi programmati per rispondere alla tutela della salute della popolazione assistita. L'ospedale ha rappresentato per molto tempo il luogo nel quale venivano momentaneamente ospitati i componenti della comunità locale, in temporanea difficoltà per motivi di salute o per necessità di protezione e assistenza generica.

Oggi l'ospedale continua ad essere un punto centrale ed essenziale del sistema delle cure, ma l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, la progressiva necessità di tecnologie ad alta complessità, la specializzazione sempre più raffinata delle competenze, ne hanno modificato radicalmente le caratteristiche e le attese.

L'offerta di servizi ospedalieri si è modificata sia in termini quantitativi che in termini qualitativi. I fattori che più incisivamente hanno influito su tale cambiamento possono essere individuati nella evoluzione tecnologica, che ha interessato molte attività di diagnosi e cura, e nella evoluzione organizzativa, collegata in molti casi all'aspetto precedente ed alla progressiva introduzione di soluzioni differenziate sulla base dell'intensità dell'assistenza, che ha avuto come risultato l'incremento delle attività di day hospital e di day surgery, l'introduzione delle attività di lungodegenza e riabilitazione e l'avvio dei dipartimenti quale modello ordinario di tutte le attività ospedaliere.

Le variazioni qualitative e quantitative osservate nella nostra realtà si presentano sostanzialmente in linea con gli orientamenti internazionali e nazionali, che prevedono una evoluzione ospedaliera verso un modello di struttura dotato di un numero contenuto di posti letto per acuti, ma con un continuo e cospicuo incremento della tecnologia, e parallelamente, della complessità della casistica trattata. Nella nostra azienda la riorganizzazione ospedaliera già messa in atto negli ultimi anni va ulteriormente proseguita e dovrà sempre più configurare l'Ospedale quale struttura ad alta tecnologia per la diagnosi e il trattamento dei ricoveri urgenti e programmati strettamente integrato con i servizi territoriali attraverso l'erogazione di prestazioni diagnostico-specialistiche ambulatoriali che fungono da filtro a ricoveri inappropriati.

L'Azienda intende quindi proseguire nello sviluppo dell'assistenza ospedaliera da un lato potenziando le strutture territoriali per la diagnosi, la prevenzione, i controlli e la cronicità e dall'altro concentrando nell'Ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie. L'Ospedale diviene così "componente" di un sistema di assistenza complesso e integrato che dovrebbe sempre più funzionare in modo armonizzato e sinergico, per configurare un'organizzazione a rete dei servizi sanitari locali e regionali.

Accanto ad una progressiva tecnologizzazione e specializzazione deve infatti essere ridefinito, in considerazione dell'evoluzione in campo etico e culturale, il modello di ospedale anche e soprattutto tenendo conto delle mutate esigenze dei pazienti, degli operatori e della comunità nel suo insieme; l'ospedale quindi non potrà non essere la sede di concentrazione delle tecnologie complesse, pur in presenza della necessità di consentire l'accesso ad esse ad una gamma vasta e anche remota di utenti.

Un punto fermo dell'Azienda anche per quel che riguarda le attività ospedaliere dovrà essere la centralità del paziente (facilitazione dell'accesso ai servizi e ai percorsi, equità nella possibilità di fruizione delle prestazioni, umanizzazione e comfort delle strutture, deburocratizzazione) integrando l'innovazione tecnologica con gli aspetti relativi al governo clinico (efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, qualità tecnica e qualità percepita).

L'ospedale è sede riconosciuta di alte competenze professionali, di tecnologie sempre più sofisticate, luogo di formazione e di prestigio professionale, ma è anche divenuto una delle principali fonti di spesa del sistema sanitario.

Questo aspetto ha accentuato la convinzione che non può più essere considerato la forma prevalente o prioritaria di fornitura dei servizi sanitari. Il problema non è meramente economico, ovvero lo "spendere meno" (economicità), ma lo "spendere meglio", cioè, a parità di spesa, produrre più salute (efficienza), attraverso percorsi di diagnosi e cura in grado di produrre i migliori risultati (efficacia).

Una assistenza efficace ed efficiente presuppone una tempestiva valutazione del bisogno di salute del singolo paziente, una offerta di prestazioni commisurata al livello di bisogno e lo sviluppo della massima integrazione tra i diversi settori, in particolare tra ospedale e territorio.

La gestione dei problemi di salute dei cittadini non può più essere definita e programmata da singoli soggetti o settori, ma deve avvenire in una logica di rete, o che consideri comunque la presenza di livelli differenziati di intensità e complessità di cura, basandosi su criteri e modalità operative concordate tra i diversi soggetti responsabili dell'assistenza e sulle migliori prove di evidenza disponibili.

L'ospedale si sta oggi focalizzando sulle cure intensive e su fasi limitate del decorso delle malattie, dove la criticità delle condizioni giustifica l'alto impegno di risorse scientifiche, professionali ed economiche. I professionisti più specializzati e le tecnologie più costose vanno però gestiti al meglio delle loro potenzialità, spostando su altri livelli assistenziali ciò che non ha le stesse esigenze.

I pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (residenze sanitarie, strutture protette, assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni.

Ottimizzazione, in questi casi, significa che trattamenti specialistici di alta qualificazione devono essere riservati solo ai casi più complessi, utilizzando le tecnologie appropriate, per tempi limitati, in modo da lasciare spazio ad altri pazienti che presentano gli stessi problemi (equità).

Questa impostazione deriva soprattutto dalla constatazione che mantenere una struttura ospedaliera ha dei costi elevatissimi, che devono essere rapportati all'effettivo vantaggio dell'utilizzo di questa forma di erogazione dell'assistenza. Vi sono poi anche problemi di competenza, perché concentrare l'esperienza dei professionisti sui casi complessi, significa qualificarne ed aggiornarne continuamente il repertorio di conoscenze, e quindi garantire i migliori risultati nei casi più critici.

Con una nota esemplificativa, pensare di risolvere tutti i problemi di salute dei cittadini basandosi sull'ospedale è come pretendere di avere a disposizione un autocarro per fare la spesa quotidiana dal salumiere o dal fornaio. Per questo tipo di necessità, consideriamo normale andare a piedi, o in bicicletta, o al massimo in automobile, e utilizzare invece l'autocarro in quei rari casi della nostra vita in cui, ad esempio, dobbiamo fare un trasloco.

L'utilizzo dell'ospedale o delle altre forme di assistenza sanitaria deve essere visto nella stessa logica: è opportuno utilizzare il servizio che meglio si presta alla specifica esigenza che abbiamo di fronte. Prima ancora di fare raffinate analisi di economicità (costo dell'autocarro), qualunque persona si fermerebbe al semplice buon senso.

D'altra parte, la medicina è oggi in grado di curare sempre di più, ma non sempre di guarire: persone con problemi di dialisi, cardiopatia, diabete, tumore, fino a pochi anni fa avevano una aspettativa di vita estremamente limitata. In questi casi, però, a fronte dei successi conseguiti in termini di durata e qualità della vita, è necessario prevedere una tipologia di assistenza diversa, prolungata, che ha bisogno non solo di assistenza in regime di degenza.

E' necessario, in quest'ottica, riorganizzare il sistema delle cure in modo che ogni soggetto erogatore di prestazioni si faccia carico di specifiche fasi dell'assistenza, in una prospettiva di sistema e di corretto collegamento e collaborazione con gli altri erogatori del territorio di appartenenza. Serve pertanto un cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale ed una profonda integrazione dello stesso nella più ampia rete dei servizi sul territorio.

L'uso dei servizi ospedalieri si modifica rispetto a quello abitualmente prevalente: l'ospedalizzazione tradizionale, con accesso seguito da un periodo di degenza che conclude l'episodio assistenziale, non è più, ad esempio, la risposta adatta per i pazienti portatori di patologie croniche.

Il day-hospital, l'ospedalizzazione saltuaria per controllare il paziente ed aiutare la famiglia a sostenere il peso dell'assistenza, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata, in un continuum assistenziale, con i servizi sanitari che sostengono la persona nel proprio ambito di vita, saranno le forme assistenziali da sviluppare maggiormente.

Occorre, quindi, da un lato concentrare nell'ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e, dall'altro, potenziare le strutture territoriali dedicate alla diagnosi, alla prevenzione, ai controlli ed alla presa in carico delle cronicità.

Ciò significa sviluppare ulteriormente la rete dei servizi territoriali, differenziandoli a loro volta per complessità e tipologia di assistenza, per assistere tutti i pazienti che non sono più assegnati in carico all'ospedale.

Questa evoluzione pone evidentemente problemi di ordine strutturale ed organizzativo, ma anche di ordine culturale, in quanto le conoscenze degli operatori (medici, infermieri, ecc.) non possono più essere limitate ai soli percorsi diagnostico-terapeutici della fase acuta, ma devono essere estesi ai progetti assistenziali e riabilitativi di lunga durata, o "di vita".

D'altro canto questa evoluzione comporta anche che l'ospedale deve essere sempre più in grado di rispondere a situazioni critiche in tempi rapidi, perché, in termini percentuali, vedrà quote sempre maggiori di pazienti complessi, che dovrà gestire rapidamente attraverso percorsi diagnostico-terapeutici definiti e concordati, utilizzando al meglio le tecnologie ed i professionisti, in forma coordinata ed integrata.

L'ottica con cui si intende affrontare tali argomenti e tali problematiche è quella di un sistema "cittadino-centrico" e non "ospedale-centrico", con un vero collegamento in rete di tutti i servizi socio-sanitari, a partire da un nuovo modello di ospedale, umanizzato, trasparente, collaborativo, aperto a tutti gli operatori ed alla collettività.

Non si possono peraltro trascurare i profondi cambiamenti in atto nella sanità, che conseguono ad una straordinaria evoluzione nelle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesilogiche e rianimatorie.

Il modello di ospedale che si prospetta è quindi rappresentato come una componente di un sistema di assistenza complesso e integrato, nell'ambito di una organizzazione a rete dei servizi. L'ospedale è nodo primario di questa rete, senza la quale non è in grado di funzionare correttamente, venendo subissato da richieste improprie e soffocato dall'erogazione di prestazioni a bassa complessità, erogabili meglio, con minor disagio dei cittadini e a minor costo, in altre strutture del sistema.

Si tratta di un importante cambiamento, giustificato dalla necessità di soddisfare al meglio i bisogni del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie, e non di appagare tecnicismi o desiderata di medici, infermieri, dirigenti, gestori o politici, le cui esigenze vanno ovviamente tenute in conto, ma non devono mai prevaricare quelle delle persone che all'ospedale si rivolgono. In altri termini occorre pensare all'ospedale dal punto di vista degli utilizzatori, e non più solo da quello degli addetti ai lavori: questa che sembra una considerazione ovvia, rappresenta in realtà una rivoluzione epocale assolutamente necessaria.

Si dovrà essere sempre più capaci di supportare il bisogno formativo degli operatori, per renderli più adeguati nel fornire assistenza sanitaria e di accogliere la persona nella sua globalità. Il lavoro di equipe e il rapporto con il paziente assumeranno sempre maggiore importanza, così come l'ambiente di vita della persona malata. I bisogni tenderanno ad essere sempre più differenziati e conseguentemente occorrerà sempre più personalizzare le risposte.

Questo nuovo approccio, per essere condotto con prospettive di successo, richiede che venga portato a compimento il processo di ridefinizione strategica del ruolo dell'ospedale nell'ambito del sistema delle cure.

Nel definire le linee strategiche per lo sviluppo dei servizi ospedalieri, non si può in questa sede non affrontare ed adottare le necessarie misure e azioni finalizzate ad assicurare la sicurezza

delle strutture ospedaliere con specifico riferimento ai rischi per utenti ed operatori connessi alle attività ospedaliere che le cronache recenti e le recenti iniziative del Ministero della Salute hanno riportato all'attenzione della opinione pubblica.

Partendo dal presupposto che un errore in sanità è il risultato di un'interazione tra errori umani, difetti/insufficienze tecnologici, organizzativi, procedurali, sociali e culturali e che uno dei principali elementi della qualità delle cure è la sicurezza, l'Azienda ha già dato un primo avvio, con l'istituzione di una apposita Commissione, alla programmazione, pianificazione e attivazione di uno specifico e strutturato sistema aziendale finalizzato, unitamente agli interventi in materia di sicurezza strutturale e tecnologica del Presidio ospedaliero aziendale, al monitoraggio degli errori e alla prevenzione del rischio clinico. Al riguardo si rimanda allo specifico allegato (allegato 8) del piano delle attività 2009 relativo a "Lotta all'errore e gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management)".

E' in tale generale quadro di riferimento e indirizzi strategici, peraltro ripreso e coerente con i documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale, che si sviluppano gli obiettivi, le azioni e gli indirizzi operativi relativi all'assistenza ospedaliera dell'Azienda e che trovano anche nel presente piano di attività aziendale i riferimenti attuativi che dovranno ulteriormente essere sviluppati, realizzati e conclusi nel corso del prossimo triennio.

Rideterminazione della rete ospedaliera aziendale: caratteristiche e linee di sviluppo

La rete ospedaliera dell'azienda dalla data di approvazione del piano attuativo locale del vecchio PSR 95/97 è stata nel corso degli anni costantemente adeguata agli obiettivi ed agli indirizzi al riguardo stabiliti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, sia in termini di numero di posti letto e unità operative che dal punto di vista strutturale e dei tassi di utilizzo effettivo dei posti letto.

Una prima riorganizzazione dei presidi e dei posti letto ordinari e di DH è stata effettuata con la deliberazione del Direttore Generale n. 2037 del 1996 in esecuzione delle disposizioni normative di cui all'articolo 1, comma 1, alla legge 662/96 e alle conseguenti disposizioni regionali. Un secondo provvedimento incidente in maniera significativa sulla riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale è stato adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 2597/97 relativa all'applicazione del Piano Attuativo Locale del PSR 95/97, approvato dalla Regione con la DGR 2597/97.

Nel 2001 con l'adozione dell'atto aziendale e con la conseguente istituzione formale dei dipartimenti ospedalieri si è provveduto ad una profonda riorganizzazione interna dei presidi ospedalieri dell'azienda, all'epoca costituiti dal P.O. di Crotone e da quello di San Giovanni in Fiore.

Successivamente, con deliberazione del Direttore Generale n. 131 del 6.11.2003, tenuto conto dei tassi effettivi di utilizzo dei posti letto ordinari e di DH nonché delle esigenze organizzative e funzionali connessi al nuovo modello organizzativo dipartimentale, si è ulteriormente provveduto a rimodulare e rideterminare il numero dei p.l. delle UU. OO. che presentavano ancora tassi di utilizzo inferiori al 75% per i ricoveri ordinari e inferiori al 150% per i ricoveri diurni.

Tutti i provvedimenti di riorganizzazione ospedaliera adottati hanno determinato una consistente riduzione di posti letto rispetto a quelli preesistenti alla data di approvazione del vecchio piano attuativo dal PSR 95/97 e una contemporanea riconversione di parte degli stessi dal regime ordinario a quello diurno.

In epoca più recente e dopo il varo del PSR 2004/2006, con l'adozione dei piani di attività aziendale degli anni 2004 e 2005, in esecuzione, rispettivamente, delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 157/2004 e 316/2005, e da ultimo con il piano di attività aziendale 2006 e 2007 si è provveduto, tra l'altro, al definitivo adeguamento dei posti letto dei presidi ospedalieri aziendali a quelli previsti per la nostra azienda dal vigente PSR.

Inoltre nel corso degli ultimi anni ulteriori provvedimenti regionali e aziendali e tra questi in primo luogo l'atto aziendale hanno inciso significativamente sulla organizzazione e definizione della

rete ospedaliera dell'azienda anche in relazione alle variazioni intervenute sulla dotazione dei posti letto e delle discipline delle strutture private accreditate operanti nel comprensorio dell'azienda.

Con l'entrata in vigore della legge regionale n. 9/2007 che ha rideterminato gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie della Regione su base provinciale, il presidio ospedaliero di San Giovanni in Fiore è stato aggregato all'ASP di Cosenza. Conseguentemente la rete ospedaliera dell'ASP di Crotone è oggi costituita del presidio ospedaliero unico aziendale di Crotone.

Il presidio ospedaliero aziendale si caratterizza per una dotazione di funzioni ospedaliere di ricovero per acuti afferenti al dipartimento di medicina e specialità mediche e al dipartimento di chirurgia e specialità chirurgiche, per una dotazione di funzioni ospedaliere di emergenza urgenza afferenti al DEA, per una dotazione di funzioni ospedaliere di servizi diagnostici e di supporto afferenti rispettivamente al dipartimento dei servizi diagnostici e al dipartimento dei servizi direzionali e di supporto.

Inoltre, nel presidio aziendale sono presenti unità operative di ricovero per acuti afferenti ai dipartimenti misti (ospedale-territorio) materno infantile, geriatrico e di salute mentale.

Dal punto di vista organizzativo il modello dipartimentale quale articolazione organizzativa interna del presidio ospedaliero è finalizzato a fornire una risposta assistenziale flessibile e adeguata a rispondere ai bisogni dei pazienti e della popolazione di riferimento. Le strutture organizzative ospedaliere complesse e semplici che compongono i dipartimenti sono tra loro interdipendenti per omogeneità, affinità o per complementarità e perseguono comuni finalità, pur mantenendo la loro autonomia per le specifiche competenze professionali in campo clinico ed assistenziale.

Il modello di organizzazione dipartimentale assicura una coordinata azione di integrazione gestionale e funzionale delle risorse umane, strutturali, tecnologiche ed economiche assegnate, finalizzata ad una ottimale utilizzazione delle stesse ed al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il P.O. aziendale rappresenta la sede elettiva per il trattamento dell'emergenza-urgenza. È sede delle cure ad elevata intensità assistenziale (terapie intensive e semi-intensive) e dei servizi di diagnosi e cura a più elevato grado di complessità (imaging TC, RM, immunoematologia e trasfusionale, anatomia patologica, laboratorio analisi, farmacia ospedaliera). Il presidio ospedaliero aziendale si caratterizza, inoltre, quali struttura sanitaria fortemente qualificante l'offerta e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale agli utenti esterni non ricoverati.

Fermo restando che l'attuale strutturazione e dotazione del presidio ospedaliero aziendale è allo stato definita in attuazione e coerentemente con le disposizioni regionali di cui al vigente Piano Sanitario Regionale 2004-2006, la DGR n. 490 del 2.7.2010 recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera" adottata dalla Giunta regionale in attuazione del piano di rientro, pur non prevedendo per la nostra ASP interventi di chiusura e/o riconversione essendo il nostro P.O. l'unico dell'ASP, tuttavia evidenzia la necessità di procedere, su scala regionale e quindi anche nella nostra ASP, ad una ridefinizione dell'offerta ospedaliera in relazione:

- **alla riduzione del tasso di ospedalizzazione e della percentuale di inappropriatezza delle prestazioni di ricovero.**
- **all'incremento dell'offerta appropriata dell'erogazione di prestazioni sanitarie territoriali anche alla luce del Piano di Rientro che prevede l'implementazione dell'offerta di prestazioni territoriali a fronte della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.**

Indipendentemente da quella che sarà la definitiva collocazione e il ruolo del presidio ospedaliero dell'azienda nel nuovo quadro della rete ospedaliera regionale, le linee di intervento su cui in ogni caso occorre basarsi per lo sviluppo del nostro P.O. aziendale riguardano prioritariamente:

- ✓ Ammodernamento della struttura esistenti con elementi, che rispondano alle esigenze di **umanizzazione** (arredi, colori, privacy, ecc.), **comfort alberghiero**, **socialità** (spazi per attività culturali, attività "perisanitari", quali banche, poste, attrezzature collettive, spazi per accoglienza anche per associazioni di volontariato, ecc.), **organizzazione** (modello dipartimentale, percorsi assistenziali, ecc.), **interattività** (interconnessione con territorio e con i medici di base, informatizzazione ecc.), **appropriatezza** (ricovero in relazione all'intensità di cure), **affidabilità** (uso linee guida e protocolli ecc.), **innovazione** (flessibilità, interscambiabilità ambienti, arredi, apparecchiature, adeguatezza strutture, impianti ecc), **ricerca, formazione**.
- ✓ Analisi delle tecnologie/apparecchiature esistenti e del fabbisogno della loro sostituzione/integrazione;
- ✓ Valutazione della dotazione organica dei reparti e servizi e fabbisogno con verifica del turn-over del personale.
- ✓ Definizione e valutazione economica delle risorse strutturali, umane e tecnologiche necessarie.
- ✓ Razionalizzazione e governo degli approvvigionamenti di beni e servizi ospedalieri.

Sul versante più generale del completamento della riconfigurazione della rete di offerta degli attuali servizi ospedalieri del P.O. aziendale di Crotone, tenendo conto dei diversi interventi di adeguamento dei posti letto al vigente PSR, già effettuata con il piano di attività aziendale 2007, si è già provveduto alla rimodulazione della distribuzione dei posti letto nell'ambito del P.O. e quindi l'attuale dotazione dei P.L. del P.O. è allo stato stabilita per come indicato nella Tabella di cui all' **Allegato 2** del presente piano.

In attuazione delle disposizioni operative previste dalla DGR n. 490 del 2.7.2010 recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera" adottata dalla Giunta regionale in attuazione del piano di rientro, pur non prevedendo per la nostra ASP interventi di chiusura e/o riconversione essendo il nostro P.O. l'unico dell'ASP, tuttavia evidenzia la necessità di procedere, su scala regionale e quindi anche nella nostra ASP, ad una ridefinizione defabbisogno dell'offerta ospedaliera in relazione:

- alla riduzione del tasso di ospedalizzazione e della percentuale di inappropriata delle prestazioni di ricovero.
- all'incremento dell'offerta appropriata dell'erogazione di prestazioni sanitarie territoriali anche alla luce del Piano di Rientro che prevede l'implementazione dell'offerta di prestazioni territoriali a fronte della razionalizzazione dell'offerta ospedaliera.

Indirizzi generali correlati alla garanzia delle prestazioni ricomprese nel LEA assistenza ospedaliera

Le prestazioni ricomprese nel LEA Assistenza Ospedaliera sono garantite all'utenza dalle UU.OO. dei Dipartimenti ospedalieri e dalle componenti ospedaliere dei dipartimenti misti, nonché dalle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera operanti nel comprensorio dell'azienda.

I Dipartimenti ospedalieri contribuiscono, inoltre, alle attività di promozione della salute in collaborazione con i distretti e il dipartimento di prevenzione e partecipano per quanto di rispettiva competenza, al raggiungimento degli obiettivi di salute di cui al vigente PSN.

Ciascun dipartimento, in relazione alle proprie attribuzioni, competenze e responsabilità, oltre agli obiettivi gestionali e di direzione operativa, dovrà perseguire, nell'esercizio 2010, gli obiettivi assistenziali in appresso specificatamente indicati attraverso la produzione ed erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni di competenza ricomprese nel LEA Assistenza Ospedaliera, in maniera integrata e coordinata con tutte le unità operative che compongono il dipartimento medesimo e con gli altri dipartimenti.

Le prestazioni ricomprese nel LEA assistenza ospedaliera da garantire agli utenti sono analiticamente indicati nel DPCM 29.11.2001 e nei provvedimenti regionali attuativi. Qui di seguito sono riportate le principali funzioni assicurate dal presidio ospedaliero aziendale di Crotone.

- a) pronto soccorso
- b) degenza ordinaria
- c) day hospital
- d) day surgery
- e) interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)
- h) raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
- i) attività di espianto di organi e tessuti.

Allo stato non sono attive presso il P.O. aziendale le funzioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera.

Gli indirizzi generali per tutte le attività ospedaliere, qui di seguito indicati, sono finalizzati a garantire agli utenti le prestazioni e attività ricomprese nel LEA assistenza ospedaliera oltre che a sviluppare e qualificare ulteriormente l'assistenza medesima in coerenza con i criteri di efficienza organizzativa, efficacia sanitaria e appropriatezza delle prestazioni erogate, nel quadro di un sistema assistenziale ospedaliero moderno e coerente con gli indirizzi strategici aziendali sopra richiamati.

1. attuare il processo di rimodulazione dei posti letto esistenti sia in relazione all'effettivo utilizzo degli stessi sia allo loro ricollocazione dipartimentale, attivando, disattivando o accorpando i posti letto programmati dal PRS e allo stato ridefiniti a livello locale per come indicato nella tabella di cui all'allegato 2.
2. adottare e rilanciare incisivi programmi operativi per l'incremento della produttività e del grado di appropriatezza delle prestazioni di assistenza ospedaliera rispetto alle quali:
 - Va perseguita l'indicazione di percorsi diagnostico terapeutici che minimizzino la quota di accessi impropri.
 - Va sollecitata una dimensione di coerente collegamento e coordinamento delle attività tra UU.OO. del Dipartimento, presidi ospedalieri aziendali e tra questi e le strutture territoriali.
 - Va sviluppato, anche attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione lo spazio del "governo clinico".
 - Va ulteriormente sviluppato l'apporto di ciascun dipartimento per l'implementazione al sistema informativo aziendale finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità, in grado di generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza. Al riguardo si fa riferimento alla proposta di "Indicatori di livello ospedaliero" di cui all'allegato n. 3.1 del DPCM 29.11.201 ed a cui si rimanda.
3. promuovere una offerta assistenziale più mirata (adeguamento di posti letto dell'area delle terapie intensive a quelle previste dal PSR (SAR, UTIC, TIN - trasformazione di posti letto di chirurgia per ricoveri ordinari in posti letto per attività di day-surgery).
4. promuovere l'efficienza operativa (dimensionamento ottimale dei reparti, posti letto dipartimentali)
5. erogare e garantire prestazioni di assistenza ospedaliera appropriate tenuto conto anche di quanto al riguardo stabilito dall'allegato 2C del DPCM 29.11.2001 e dei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti.
6. responsabilizzare dirigenti ed operatori sull'equilibrio economico tra costi e ricavi di ciascun dipartimento e al suo interno di ciascuna U.O.
7. dare prevalenza a logiche collegate al fabbisogno assistenziale degli utenti anziché all'offerta che significa partire dai bisogni di salute organizzando l'offerta complessiva dei livelli di assistenza al fine di individuare, rispetto all'apparato produttivo esistente, le modalità migliori, sotto il profilo della qualità dell'assistenza oltre che dell'efficienza produttiva, per rispondere a questi bisogni.

Qui di seguito si riportano gli indirizzi, le azioni, gli obiettivi generali e specifici nonché il budget 2010 di ciascuno dei dipartimenti ospedalieri in cui è articolato il P.O. aziendale di Crotone.

Inoltre si evidenzia che in esecuzione della DGR n. 89 del 12.2.2010, con deliberazione del Direttore Generale n. 31 del 3.3.2010, allegata al presente piano (Allegato A), è stato adottato il piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza ospedaliera dai soggetti erogatori privati accreditati, definito sia nei volumi e tipologie di prestazioni che nei limiti massimi di spesa

sostenibile stabilita dalla Regione per l'anno 2010.

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI
ATTIVITA' AZIONI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI - BUDGET 2010

Le attività, le azioni e gli obiettivi specifici 2010 riguardano sia gli aspetti relativi alla riorganizzazione delle attività ospedaliere sia quelli legati alle attività ed al razionale uso delle risorse assegnate ai dipartimenti ospedalieri.

Essi sono articolati secondo le aree di intervento che caratterizzano la funzione propria delle aree di attività dell'ospedale qui di seguito indicate:

- 1. AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE**
- 2. AREA INTERNISTICA**
- 3. AREA CHIRURGICA**
- 4. AREA DEI SERVIZI INTERMEDI E DELLA SPECIALISTICA OSPEDALIERA**
- 5. AREA MATERNO-INFANTILE**
- 6. AREA DELLE FUNZIONI DIREZIONALI E FARMACIA OSPEDALIERA**

Nella definizione degli obiettivi specifici assegnati alle unità operative afferenti alle aree di cui sopra si è tenuto conto della rideterminazione dell'offerta di posti letto di cui allo specifico documento allegato, nonché dei tassi effettivi di occupazione non inferiori allo standard, delle attività da assicurare e di quelle da sviluppare (anche in relazione alla riduzione delle fughe per mobilità intraregionale ed extraregionale), e ovviamente delle compatibilità economiche da garantire.

Nella determinazione delle risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti – budget 2010 - si è tenuto conto dei dati di attività registrati negli ultimi anni di cui alle tabelle allegate (**ALLEGATO 3**) e dei costi diretti sostenuti nell'esercizio 2009 rilevati dal sistema aziendale di contabilità analitica per centri di costo.

Qui di seguito sono riportati gli obiettivi e le azioni generali assegnati per l'anno 2010 a ciascuno dei dipartimenti ospedalieri nonché gli obiettivi e le azioni specifiche assegnate per lo stesso anno a ciascuna delle unità operative afferenti ai dipartimenti ospedalieri.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo di ciascuno dei dipartimenti ospedalieri restano assegnati e confermati per come risultanti dal verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009 e dalla relative schede di budget in atti, già negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

Gli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa sono confermati per come già negoziati per l'anno 2009 tra i direttori di dipartimento e i direttori delle unità operative afferenti al dipartimento, fatti salvi gli aggiornamenti derivanti dall'attuazione delle disposizioni regionali attuative del piano di rientro opportunamente evidenziati in grassetto nel presente provvedimento.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA

**LINEE D'INTERVENTO AZIONI E
OBIETTIVI GENERALI**

ANNO 2010

**DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE
LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010**

Linee d'indirizzo generali

I criteri generali che guidano la riorganizzazione, l'appropriatezza e l'efficienza gestionale devono essere applicati anche allo specifico settore dell'emergenza/urgenza sia nella sua fase intraospedaliera che territoriale.

Per il raggiungimento di un adeguato sviluppo sia strutturale che organizzativo delle attività e prestazioni correlate all'emergenza urgenza intraospedaliera sono stati negli anni più recenti avviati e conclusi, nell'ambito del programma di investimenti di edilizia sanitaria ex art. 20, interventi finalizzati all'adeguamento provvisorio del Servizio di Pronto Soccorso, dell'UTIC e della TIN, mentre restano da completare gli interventi strutturali e di adeguamento numerico e tecnologico dei p.l. del SAR e della definitiva strutturazione logistica del servizio di P.S. e medicina d'urgenza.

Inoltre allo stato è in fase di negoziazione e confronto con la Regione il progetto per i lavori di ampliamento del P.O. di Crotone con particolare riferimento alla definitiva strutturazione logistica e funzionale del DEA nella nuova piastra. Altro elemento importante è costituito dalla verifica sulla esigenza di un potenziamento complessivo della funzione di trasporto, con particolare riguardo all'elisoccorso.

In attesa delle definitiva strutturazione logistico-organizzativa del DEA la operatività e il ruolo dei punti di esercizio dell'attuale funzione intraospedaliera dell'emergenza urgenza deve essere in ogni caso significativamente rivisitata e migliorata in base ad una analisi più approfondita dei bisogni che tenga conto delle modalità ottimali di offerta, della compatibilità con le risorse finanziarie e dell'insieme dell'offerta già disponibile o in corso di realizzazione sia a livello ospedaliero che territoriale.

In tale contesto diventa oltremodo importante e significativo anche coordinare, ulteriormente, tutte le fasi di attività ospedaliera con quelle territoriali ed a tal fine è attribuito al dipartimento di emergenza urgenze e accettazione questo specifico obiettivo.

E' attribuito al direttore del dipartimento la puntuale e corretta attuazione delle disposizioni regionali di cui alla DGR 358/2008 recante "Approvazione linee guida regionali per l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI). Determinazione della tariffa di remunerazione dell'attività e definizione degli adempimenti correlati ai flussi informativi".

A tal fine, in via provvisoria e con riferimento ai requisiti strutturali ed organizzativi stabiliti dalla citata DGR, si assegnano al DEA la disponibilità di 9 p.l. per l'OBI da utilizzare nell'ambito dei p.l. di medicina d'urgenza già assegnati o di quelli allo stato non utilizzati presso il reparto di malattie infettive, ciascuno di detti p.l. potrà essere utilizzato per 2,5 osservazioni brevi al giorno; il personale medico ed infermieristico necessario dovrà provvisoriamente essere individuato nell'ambito del personale del P.S. e medicina d'urgenza. A cura del direttore del DEA dovrà essere redatto il regolamento stabilito dalla DGR 358/08 da trasmettere alla direzione strategica aziendale per l'approvazione e l'inoltro alla regione, fino all'approvazione del regolamento l'attività di OBI non potrà essere attivata.

In attuazione delle vigenti disposizioni regionali di cui alla DRG 105/2007, accertata l'impossibilità nella nostra realtà che il servizio psichiatrico territoriale possa garantire, allo stato, la presenza dei propri operatori per tutto l'arco delle 24 ore, è attribuito al DEA il compito di assicurare nell'ambito del sistema di emergenza urgenza 118 l'esecuzione dei TSO nei periodi notturno e festivo.

Costituisce, inoltre, obiettivo generale per il direttore del dipartimento e per tutte le UU.OO. ad esso afferenti la puntuale attuazione delle disposizioni regionali di cui alla DGR 492 del 2.7.2010 recante " Riordino della funzione di emergenza-urgenza anche in relazione alla ridefinizione della rete ospedaliera " a cui si rimanda e che qui si intende integralmente riportata.

Azioni e obiettivi generali

- Priorità assoluta per la definitiva strutturazione organizzativa ed operativa del Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione, con obbligo da parte del direttore del DEA di adottare lo specifico regolamento di dipartimento.
- Attuazione degli indirizzi, obiettivi e linee guida regionali in materia di emergenza-urgenza stabiliti nello **specifico provvedimento della Giunta Regionale n. 492/2010 sopra richiamato**
- Predisposizioni di specifiche azioni ed indirizzi per l'adeguamento agli standard organizzativi, di personale e tecnologie necessarie all'emergenza, extra ed intraospedaliera tenendo conto delle innovazioni del settore e con riferimento ai seguenti criteri:
 - fase extraospedaliera (SUEM 118), rete dedicata di comunicazione, mappa delle competenze aziendali e regionali, protocolli operativi standard per la valutazione delle richieste, gestione integrata di tutti i mezzi di soccorso, specifici protocolli operativi anche per i trasferimenti secondari, programmi di verifica e miglioramento della qualità; governo centralizzato in C.O. delle chiamate in pronta disponibilità di tutti gli operatori coinvolti sia ospedalieri che territoriali.
 - fase intraospedaliera: triage, percorsi diagnostici e terapeutici e linee guida diagnostiche e gestionali, programmi di verifica e miglioramento della qualità prestazionale e organizzativa.
- Proposte operative ed economicamente sostenibili per il potenziamento delle risorse tecnologiche, strutturali ed organizzative dedicate in via esclusiva all'emergenza con particolare riferimento alla fase intraospedaliera.
- Formazione e aggiornamento sull'emergenza tenuto conto degli indirizzi regionali e nazionali nonché delle Società scientifiche di settore.
- Adozione di apposite direttive e linee guida sull'urgenza intraospedaliera sia per la gestione dei pazienti all'arrivo in P.S. che per la gestione di pazienti acuti già ricoverati nei reparti.
- Devono essere distinti all'interno del sistema delle terapie intensive due sottogruppi caratterizzati da un diverso livello di cura:
 - terapia intensiva di 2° livello (le attuali rianimazioni) caratterizzate dalla possibilità di trattamento multiorgano con coesistenza di assistenza artificiale alle funzioni deficitarie, monitoraggio high tech e terapia farmacologica continuamente erogati sulle 24 ore.
 - letto di trattamento intensivo di I livello: con monitoraggio non invasivo delle funzioni vitali e trattamento farmacologico, anche se non è prevista l'assistenza artificiale alle funzioni d'organo deficitarie, il monitoraggio e il trattamento vengono comunque erogati continuamente sulle 24 ore.
- Monitoraggio continuo delle strutture esistenti e delle loro attività sia in termini di prestazioni effettuate che dei relativi costi sostenuti.
- Contenimento dei costi complessivi entro i limiti delle risorse assegnate.
- Riduzione significativa dei trasferimenti secondari presso altre strutture ospedaliere della regione o di altre regioni con particolare riferimento:
 - Ai trasferimenti per mancanza di p.l. presso le UU.OO. del P.O. aziendale nel quale dovrà essere sempre prevista la disponibilità per le situazioni di emergenza/urgenza di una quota di posti letto non inferiore all'1% del totale dei p.l. di ciascun dipartimento.
 - Ai trasferimenti richiesti dalle U.O. dei dipartimenti senza il preventivo accertamento diagnostico e delle condizioni cliniche che ne giustifichino il trasferimento presso altri presidi ospedalieri della regione o di altre regioni, ovviamente ciò non vale per le attività di assistenza ospedaliera la cui correlata specialità non è presente nel P.O. aziendale.
- Assicurare una maggiore e più attenta valutazione nei trasferimenti secondari con particolare attenzione all'appropriatezza degli stessi, ai mezzi di trasporto utilizzati ed ai relativi costi/efficacia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

RISORSE FINANZIARIE PER L'AREA EMERGENZA-URGENZA

Al finanziamento complessivo delle funzioni di emergenza/urgenza ospedaliere e territoriali per l'anno in corso si provvederà con la quota parte delle specifiche risorse finanziarie già assegnate dalla Regione per l'anno 2009 per le attività e funzioni non tariffabili e complessivamente pari a € 32.784.725,00; pertanto nell'ammontare complessivo di tali finanziamenti dovranno trovare copertura i relativi costi aziendali sostenuti per assicurare tutte le attività ospedaliere delle UU.OO. afferenti al DEA, ivi compresi i costi delle terapie intensive cardiologia e neonatale, dell'emergenza territoriale nonché del Servizio Immunotrasfusionale. Del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse assegnate all'area emergenza urgenza ne risponde il direttore del DEA a cui a sua volta ne rispondono i direttori delle UU.OO. ad esso afferenti.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA

**AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI
DELLE UNITA' OPERATIVE**

ANNO 2010

**DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE
AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI DELLE UU.OO.**

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – Azioni e obiettivi specifici 2010

Strutturazione attuale e prospettive

Il sistema di emergenza urgenza 118 dell'azienda sanitaria di Crotona è stato il primo ad essere attivato nella Regione Calabria già nel gennaio 1996. Il sistema è operativo su tutto il territorio dell'azienda. Il servizio di emergenza sanitaria territoriale è gestito e organizzato dalla Centrale Operativa SUEM 118 che governa tutte le risorse tecnico-sanitarie e di personale afferenti al sistema dell'emergenza urgenza presenti sul territorio.

L'organizzazione del servizio è sostanzialmente quella prevista dal DM 27 marzo 1992, dalla legislazione regionale e dall'atto aziendale ed è distinta nelle tre principali fasi di seguito indicate.

a. Fase di allarme sanitario

La Centrale Operativa del 118 riceve le richieste di soccorso, valuta il grado di complessità dell'evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.

b. Fase di risposta territoriale

Classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale dispone l'invio di mezzi di soccorso od attiva le postazioni territoriali. Per svolgere tali funzioni, deve essere a conoscenza, in tempo reale della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso utilizzabili e delle postazioni relative alla emergenza territoriale rappresentata dai medici di continuità assistenziale la cui attività deve essere di collaborazione attiva all'interno del servizio "118", per le ore di competenza. Analogamente anche i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta devono essere coinvolti nella gestione delle urgenze/emergenze, sempre in collaborazione con la Centrale Operativa.

Il raccordo è considerato essenziale nella gestione del soccorso trattandosi, spesso, di interventi terapeutici risolutivi di modesto impegno assistenziale su pazienti noti ai medici di base e può essere assicurato dai medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, riuniti in associazione, consentendo di affrontare le situazioni di emergenza nei periodi di tempo non "coperti" dal servizio di continuità assistenziale, senza dislocare i pazienti.

L'intervento del medico di assistenza primaria o del pediatra di libera scelta, attivati dalla Centrale operativa, contribuisce all'abbattimento dei tempi di attesa per i soccorsi, consente di stabilire e programmare, di concerto con il personale di Centrale, l'eventuale ospedalizzazione nella struttura più idonea e di limitare il numero dei soggetti che chiedono di essere visitati in Pronto Soccorso ed ai quali è assegnato un "codice bianco", limitando le prestazioni improprie degli ospedali.

La fase territoriale è inoltre assicurata sul territorio aziendale da tre punti di primo intervento (PET) a gestione diretta dell'azienda e collocati in ciascuno dei tre distretti in cui è articolato il territorio dell'azienda. In ciascuno dei Punti di Primo Intervento, attivo 24 ore su 24 e dotato di personale medico dell'emergenza territoriale, di infermieri professionali e di autisti di ambulanza, oltre che delle attrezzature indispensabili per il soccorso, si effettuano interventi minori, stabilizzazione dei pazienti e, se del caso, trasporto presso il presidio ospedaliero dell'azienda o altro presidio ospedaliero idoneo.

Obiettivi specifici per il miglioramento dell'emergenza territoriale

L'esito di una emergenza sanitaria che si verifica sul territorio viene significativamente influenzato dai tempi di soccorso sanitario. Ciò è vero in particolare per alcuni quadri clinici quali i traumi gravi e le emergenze cardiologiche.

Sulla base di queste considerazioni appaiono un ragionevole riferimento programmatico i tempi standard di intervento del soccorso extraospedaliero indicati dalla normativa nazionale.

La programmazione operativa intende assumere tali standard come obiettivo, tenendo altresì conto delle caratteristiche territoriali e delle risorse disponibili.

I tempi di intervento sul territorio complessivi, dalla chiamata, sono fissati, ai fini della programmazione, come segue: entro 8 minuti nelle aree urbane, entro 15 minuti nelle aree extraurbane prossimali, entro 20 minuti nelle aree extra urbane distali. Tali parametri sono inoltre i riferimenti per la dislocazione quali-quantitativa delle postazioni sul territorio.

Le aree urbane sono identificate negli aggregati di popolazione non inferiore ai 25.000 abitanti: a queste possono essere aggiunte le aree poste in prossimità di una postazione di emergenza territoriale (PET) che siano di norma raggiungibili in tempi brevi dai mezzi di soccorso.

Sulla base di tali criteri è compito della centrale operativa 118 di provvedere a mappare il territorio in specifici settori, con i relativi tempi di intervento, individuando e descrivendo eventuali zone critiche che richiedano o tempi di intervento più lunghi o una diversa dislocazione dei mezzi. Allo stato è già stata individuata quale area critica quella litoranea ionica ricompresa tra Steccato di Cutro e Crotona.

Al di là della necessità di tenere sotto controllo ogni singolo superamento della soglia fissata mediante audit, si considera ottimale un livello di performance tendenziale che preveda il rispetto dei tempi per i codici rossi nel 95% degli interventi, con superamenti che non vadano oltre al 50% del tempo previsto.

Il bacino d'utenza dell'Azienda è contraddistinto dalla presenza di aree urbane, suburbane prossimali e rurali. Vi è attualmente una distribuzione dei mezzi con tempi di intervento solo in alcuni casi "fuori" standard, ma compensati da una elevata percentuale di medicalizzazione degli interventi; in generale si riscontra una limitata presenza di aree con criticità nei tempi di intervento.

Sul nostro territorio non si individua pertanto la necessità di effettuare interventi riorganizzativi di particolare rilevanza (fatta eccezione per l'area critica sopra richiamata), sono esclusivamente ipotizzabili interventi di riequilibrio delle risorse all'interno all'area e comunque limitati ad aspetti locali del sistema.

Sempre ai fini programmatori, oltre al rispetto degli standards temporali, occorrà prendere in considerazione anche altri elementi (disponibilità di mezzi con infermiere professionale, con medico, con soccorritore, manovre eseguite, dati di mortalità) che consentano in qualche modo di valutare processo ed esito delle attività assistenziali.

L'esigenza di considerare l'apparato del 118 come un sistema in grado di erogare prestazioni assistenziali anche ad elevata complessità, richiede che si tenga conto, oltre che della variabile tempo di intervento, anche di altre variabili che consentano valutare il sistema per quello che ha prodotto in termini di processo e per ciò che ha prodotto in termini di effettivo guadagno di salute.

L'Azienda sanitaria di Crotona si impegna inoltre a sostenere e promuovere lo specifico progetto della Provincia di Crotona rivolto a diffondere la pratica della defibrillazione precoce nella comunità, con interventi a favore della popolazione basati sul contributo offerto da personale sanitario e non sanitario opportunamente addestrato, al fine di affrontare al meglio il grande tema della morte cardiaca improvvisa. Sarà data realizzazione a quanto previsto dai documenti di programmazione regionale relativi all'emergenza territoriale, per le parti riguardanti lo sviluppo dell'integrazione fra le varie componenti del soccorso/assistenza in emergenza e del governo clinico.

Azioni prioritarie :

- Ulteriore miglioramento dell'appropriata gestione del paziente critico in fase extraospedaliera
- Ulteriore sviluppo dell'appropriatezza ed dell'efficacia con miglioramento della classificazione delle attività di soccorso
- Ulteriore razionalizzazione dei costi di gestione ed organizzativi del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale nelle tre PET e nella CO.
- Formazione continua del personale
- Localizzazione operativa della PET del distretto di Crotona presso il Pronto Soccorso del P.O. aziendale con possibilità, nella fase di attesa, di assicurare ogni attività propria del servizio di pronto soccorso.
- Attivazione di un ulteriore punto di primo soccorso (PET) nel distretto di Crotona con localizzazione nell'area del Comune di Isola Capo Rizzato al fine di assicurare maggiore copertura nell'area critica che dal confine con l'azienda sanitaria di Catanzaro (Steccato

di Cutro) si estende fino al Comune di Crotona lungo la litoranea ionica. Nell'attesa della definitiva attivazione della nuova PET utilizzare il personale medico a ciò deputato presso il P.S. del P.O. di Crotona.

- Definizione e strutturazione del punto di atterraggio od elisuperficie in prossimità del P.O. di Crotona
- Miglioramento dei rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato ed adozione di schema di convenzione unico con possibilità di utilizzo di tutte le associazioni di volontariato in possesso dei requisiti dei mezzi e del personale necessari.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Allo stato la U.O. di pronto soccorso e medicina d'urgenza del presidio ospedaliero di Crotona si caratterizza come pronto soccorso generale, con una competenza allargata sia a patologie tradizionalmente a valenza internistica, che traumatologiche e chirurgiche, non abbisognevoli di interventi chirurgici d'urgenza, che fino all'attivazione della chirurgia d'urgenza continuano ad essere assicurate dalla U.O. di Chirurgia Generale.

Le attività di pronto soccorso e medicina d'urgenza costituiscono uno dei punti cardine dell'organizzazione sanitaria: per contrastare la tendenza ad un incremento costante del numero degli accessi al servizio, in particolare per quadri clinici che sarebbero più appropriatamente trattati a livello territoriale, l'azienda sanitaria intende mettere in campo le azioni di cui al "**progetto di miglioramento dell'assistenza in pronto soccorso**" riportato per esteso nello specifico documento allegato al presente piano di attività (**ALLEGATO 4**).

Si ritiene che tali indirizzi debbano essere portati a sistema nell'arco di un biennio, in modo da costituire una vera rete di risposta alternativa al pronto soccorso, utilizzando al meglio le diverse opportunità già praticabili ed eventualmente sviluppando ulteriori esperienze pilota. Sono di seguito sinteticamente riportati gli indirizzi programmati riguardanti direttamente il presidio ospedaliero di Crotona.

Per migliorare l'appropriatezza d'uso del servizio occorre innanzi tutto recuperare e dare piena attuazione alla mission del pronto soccorso, che è rappresentata dall'espletamento delle funzioni di assistenza di primo supporto e di prima stabilizzazione delle funzioni vitali, di esecuzione dei primi accertamenti diagnostici, di osservazione temporanea e di filtro al ricovero in urgenza.

Parallelamente l'U.O. pronto soccorso e medicina d'urgenza dovrà ulteriormente sviluppare la funzione di filtro sui ricoveri, e più in generale, l'attivazione di percorsi più appropriati ed alternativi al ricovero.

In tale ambito sarà fondamentale dare ulteriore sviluppo alle esperienze che già si stanno affermando, quali strumenti per potenziare la funzione di filtro del pronto soccorso, come la funzione di **Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.)** di cui alla DGR 358/2008 già richiamata negli indirizzi, azioni e obiettivi generali del DEA.

Si dovrà, inoltre, ulteriormente sviluppare e affinare le tecniche di triage infermieristico, con una specifica valutazione delle modalità applicative di classificazione della casistica. Dovranno essere avviati percorsi interni di validazione e verifica delle modalità di classificazione degli accessi secondo la metodica del triage, al fine di garantire al meglio l'equità di trattamento dei cittadini.

Dovranno essere adottati specifici protocolli operativi per il passaggio in cura dei pazienti dal PS in pediatria, ortopedia, ginecologia e oculistica, oltre che, in chirurgia generale e medicina generale, con il concorso degli specialisti interessati, al fine di allentare la congestione delle unità operative e ridurre la significativa quota di ricoveri impropri ancora oggi registrati.

Sempre con il concorso dei professionisti interessati dovranno essere rivisti i percorsi di accesso alle prestazioni dei servizi intermedi, in particolare quelle radiologiche, allo scopo di

migliorare l'appropriatezza delle richieste: ciò riguarderà soprattutto le prestazioni TAC e RM in emergenza e la diagnostica convenzionale a bassa priorità.

La medicina d'urgenza, di recente attivazione, è strutturata in posti letto ordinari di degenza breve (degenza media di norma sino a 3 giorni), dovrà dedicarsi al trattamento delle fasi acute di malattia e al relativo inquadramento diagnostico. In questa sede dovranno essere collocati alcuni letti con monitoraggio intensivo, non a valenza rianimatoria, per la gestione di pazienti critici ed emodinamicamente instabili, per un rapido trattamento ed inquadramento diagnostico in emergenza.

Alla medicina d'urgenza potranno accedere, su richiesta dei medici dell'emergenza, gli specialisti ospedalieri, secondo precisi protocolli e linee-guida.

Saranno svolte funzioni di monitoraggio/stabilizzazione/trattamento della fase acuta di malattia, attività diagnostiche e terapeutiche rivolte a pazienti non immediatamente inquadrabili in senso specialistico ed attività rivolte a patologie risolvibili in un ordine di tempo compatibile con la succitata durata media della degenza.

Azioni e Obiettivi

La serie storica dei dati relativi alle attività di Pronto Soccorso evidenzia un costante incremento della quota di accessi al Pronto Soccorso che si realizza in particolare a carico dei cosiddetti accessi impropri.

Tale stato di cose, che provoca problemi organizzativi notevoli alle strutture e disagi ai cittadini stessi, dovrà essere attentamente valutata e dovranno essere attuate dai dirigenti responsabili e nel corso dell'anno 2009 l'obiettivo da perseguire dovrà essere quello di sviluppare le azioni e gli interventi specifici di seguito indicate:

- a. Promozione e sostegno delle forme associative della medicina generale, con particolare riferimento alla medicina di gruppo, le cui caratteristiche di svolgimento dell'attività assistenziale assicurino tempestività e continuità di trattamento ai propri pazienti.
- b. Promozione di accordi locali che consentano l'apertura a turno almeno di un ambulatorio, tra quelli dei medici di medicina generale associati anche nelle giornate prefestive e festive.
- c. Miglioramento del servizio di continuità assistenziale prefestiva e festiva attraverso la costruzione di sistemi efficaci di comunicazione e di trasferimento delle informazioni sugli assistiti, tra medico di medicina generale e medico di guardia medica.
- d. Previsione di collegamenti strutturali stabili tra MMG e PLS e medici di continuità assistenziale.
- e. Promozione della informazione mirata ai cittadini, sia direttamente che attraverso gli organismi che li rappresentano e le loro organizzazioni sui seguenti temi:
 - o la copertura assistenziale del medico di famiglia e del pediatra di base;
 - o le altre possibili risposte assistenziali territoriali;
 - o i percorsi esistenti per le urgenze programmabili tra ospedale e territorio;
 - o natura e scopo delle attività di emergenza-urgenza.
- f. Miglioramento della organizzazione dei percorsi attraverso i quali viene meglio assicurata e garantita la risposta alle prestazioni urgenti.
- g. Ulteriore affinamento delle tecniche di triage.
- h. Attivazione della funzione di **OBI** (Osservazione Breve) quale strumento per potenziare la funzione di filtro del Pronto Soccorso e anche in relazione allo sviluppo delle azioni miranti ad incrementare il livello di appropriatezza della attività di ricovero, tenuto conto delle indicazioni al riguardo fornite dalla programmazione sanitaria regionale nonché delle positive esperienze che al riguardo si sono già affermate nel Paese.
- i. Avvio a percorsi ambulatoriali ospedalieri o extraospedalieri per gli accessi di Pronto Soccorso con determinate caratteristiche non necessitanti di ricovero.

Per gli indirizzi, gli obiettivi e le azioni specifiche, finalizzate al **miglioramento dell'assistenza al paziente di Pronto Soccorso** si rimanda a quanto contenuto nello specifico documento allegato al presente piano (**ALLEGATO 4**).

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Azioni e Obiettivi

La rianimazione è un servizio di terapia intensiva presente nello stabilimento ospedaliero di Crotona che assicura una buona risposta alla necessità di trattare i pazienti critici in un'area di degenza diversificata, logisticamente definita, con personale qualificato ed attrezzature idonee al monitoraggio ed al trattamento intensivo del paziente 24 ore su 24.

Gli obiettivi dell'attività rianimatoria dovranno essere quelli di ridurre ulteriormente la mortalità e la morbilità del paziente critico, ovvero del paziente con una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o di insorgenza di complicanze maggiori.

L'equipe medica della rianimazione dovrà continuare a garantire, inoltre, la copertura per le urgenze-emergenze presso tutte le unità operative del presidio, ivi compreso il pronto soccorso e medicina d'urgenza.

Ai fini di un ulteriore sviluppo del SAR si rende necessario oltre che l'ampliamento logistico e strutturale finalizzato all'attivazione degli ulteriori p.l. previsti dal PSR anche la possibilità di prevedere l'attivazione di funzioni di terapia semi-intensiva di cui attualmente occorre registrare l'assenza nell'ambito del presidio ospedaliero di un luogo in cui venga specificamente svolto il monitoraggio e la cura di pazienti con una instabilità fisiologica moderata o potenzialmente severa, che richiedono un supporto tecnico, ma non necessariamente un supporto di vita artificiale.

Attualmente si stima che circa il 30% dei soggetti ricoverati in rianimazione potrebbero giovare più appropriatamente di un livello di cure semi-intensive, una quota minore di ricoveri di questo tipo grava inoltre impropriamente sui reparti ordinari per acuti.

Nel corso dell'esercizio 2010 si prevede pertanto di poter attivare in via sperimentale, propedeuticamente alla messa in funzione nel nuovo DEA, alcuni posti letto di terapia semi-intensiva, riservati a quei pazienti che richiedono meno cura di una terapia intensiva standard, ma più assistenza di quella disponibile nei reparti ordinari. La previsione di posti letto dedicati alla terapia semi-intensiva è finalizzata a ridurre il consumo improprio di giornate di degenza in terapia intensiva e/o nei reparti, a migliorare la prognosi dei pazienti e la soddisfazione dei loro familiari, cui è reso accessibile un ambiente più amichevole rispetto a quello della rianimazione.

Una parte di questi pazienti potrà essere rappresentata dai post-chirurgici, per i quali potrà essere anche programmato il ricovero, in presenza di condizioni di rischio preventivamente accertate, nello specifico si tratta della così detta funzione di recovery room espressamente prevista dal PSR per i presidi delle aziende ospedaliere e per i presidi ospedalieri maggiori della regione, tra i quali, certamente, può essere considerato il P.O. di Crotona.

Per quanto riguarda le attività della U.O. correlate all'espianto di organi, in linea con le tendenze nazionali e regionali di progressivo e significativo incremento delle attività di donazione e trapianto, l'unità operativa dovrà contribuire a consolidare e sviluppare ulteriormente i significativi risultati ottenuti nel corso dell'ultimo triennio.

Particolare impegno dovrà essere rivolto alla prosecuzione del progetto relativo alla donazione organi sviluppando ulteriormente e mettendo in atto a livello locale le iniziative definite in ambito regionale per conseguire un avvicinamento alle medie nazionali per la percentuale di accertamenti di morte sui decessi per patologia cerebrale severa, la percentuale di accertamenti di morte su potenziali donatori e la percentuale di opposizioni sui potenziali donatori.

Dovrà essere inoltre garantito pieno adeguamento a quanto previsto dalle norme a tutela della sicurezza del donatore, e dovrà essere completata la formazione al personale delle rianimazioni in materia di comunicazione.

Anestesiologia e sviluppo della terapia del dolore

Azioni e Obiettivi

Le attività di anestesiologia, strettamente integrate con quelle della rianimazione, dovranno essere finalizzate a garantire supporto alle funzioni del blocco operatori0 del P.O. aziendale per quanto concerne anestesia generale e locale per le attività chirurgiche programmate, nonché per le urgenze e le emergenze di sala operatoria, nell'arco delle 24 ore. Inoltre, dovranno essere tempestivamente assicurate le attività ambulatoriali preoperatorie e le visite preoperatorie in corsia.

Nel blocco operatorio del P.O. dovrà essere assicurato il completo utilizzo della quinta sala operatoria al fine di incrementare il numero di sedute operatorie ed allo stato transitoriamente e inappropriatamente utilizzata dalla U.O. di cardiologia per le attività di impianto dei pace maker.

I progressi farmacologici e tecnologici in campo anestesilogico consentono oggi, in molti casi, di garantire un migliore livello di gestione del sintomo dolore ed un più efficace controllo e recupero delle funzioni vitali del paziente prima, durante e dopo l'intervento chirurgico.

Tenuto conto di tali elementi di contesto, le risorse anestesilogiche dovranno essere anche orientate a fornire supporto allo sviluppo della day surgery, attraverso l'implementazione di tecniche di anestesia loco-regionale.

Per quanto concerne l'ambito dell'ostetricia, dovrà essere messa a sistema la pratica del parto indolore, anche con lo sviluppo delle tecniche di anestesia peridurale.

Dovrà essere inoltre prevista la revisione dei percorsi per la valutazione anestesilogica preventiva alla esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche in elezione (ambulatorio operandi) ai fini delle semplificazione e razionalizzazione delle fasi preoperatorie dell'assistenza, sulla base delle migliori evidenze disponibili.

Quanto sopra passa attraverso la rideterminazione degli esami e delle altre indagini preliminari, sulla base del valore atteso in termini di valutazione del rischio e la messa a punto delle procedure di informazione e di raccolta del consenso del paziente, con particolare riferimento anche all'utilizzo della specifica nuova modulistica unificata di recente programmata dall'azienda ed allo stato in corso di esame da parte del Comitato Etico dell'azienda.

La terapia del dolore

La terapia antalgica è una struttura semplice dell'unità operativa di anestesia e rianimazione presente nel P.O. di Crotone che dovrà assicurare le attività ambulatoriali in favore di pazienti sofferenti di dolore acuto e cronico di elevata intensità, consulenze per pazienti ricoverati, nonché attività di sala in anestesia locale, in particolare finalizzata all'impianto di sistemi di infusione per il controllo del dolore e della spasticità.

L'ambulatorio di terapia antalgica dovrà prevedere degli accessi differenziati in base alla gravità del dolore e delle patologie sottostanti, con tempi d'attesa differenziati secondo la severità clinica.

Un settore di notevole sviluppo, per il quale occorre cominciare a prevederne la fattibilità oltre che la localizzazione e i requisiti per l'eventuale richiesta di accreditamento alla regione, dovrà essere quello dedicato al trattamento delle lesioni difficili ed ai trattamenti con ossigenoterapia iperbarica, per i quali si dovrà prevedere di sviluppare specifiche collaborazioni multidisciplinari, riguardanti la diagnostica doppler, la diabetologia, la radiologia interventistica per le arteriografie, il laboratorio analisi per gli antibiogrammi. In coerenza con i percorsi di sviluppo della rete aziendale delle cure palliative dovranno essere potenziate le attività di terapia antalgica invasiva per il controllo del dolore neoplastico (ad esempio interventi di cordotomia cervicale per via cutanea).

Nell'ambito delle strategie di miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, si dovrà prevedere di dare piena attuazione al progetto regionale ospedale senza dolore. Le finalità sono quelle di assicurare un osservatorio specifico del dolore, di coordinare l'azione delle differenti équipes e la formazione continua del personale sanitario coinvolto nella rilevazione e nel controllo del dolore nei suoi differenti aspetti, di promuovere interventi idonei ad assicurare la disponibilità dei farmaci analgesici, in

particolare gli oppioidi, assicurando anche una valutazione periodica del loro consumo e di promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore.

Dovrà essere promossa l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi del trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore. Dovrà essere assicurato il monitoraggio dei livelli di applicazione delle linee guida del trattamento del dolore, la valutazione di efficacia e dovrà essere promossa la elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, in relazione alla terapia del dolore.

Terapia intensiva cardiologica

La U.O. di cardiologia presente nel presidio ospedaliero di Crotone è dotata al proprio interno di una unità di terapia intensiva coronarica (Utic), con il riconoscimento di uno specifico ambito di autonomia quale articolazione semplice della U.O.. Gli obiettivi prioritari di questa funzione, comuni a tutto il dipartimento di emergenza-urgenza, dovranno essere rappresentati dalla ulteriore ottimizzazione dell'assistenza al paziente cardiopatico acuto, dove il risultato prioritario dovrà essere rappresentato dall'annullamento del ritardo evitabile nel soccorso all'attacco cardiaco/infarto miocardico acuto, e dal miglioramento della tempestività e coordinamento dell'accesso alle cure per le urgenze cardiocirurgiche e per la cardiologia interventistica assicurabili prioritariamente presso le U.O. di alta specialità della rete cardiocirurgia della Regione con particolare riferimento a quelle presenti nelle aziende ospedaliere.

Una particolare attenzione dovrà essere riservata ai percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con sindrome coronaria acuta, che devono essere trattati con criteri di urgenza. Per queste forme cliniche risulta fondamentale lo studio coronarografico con eventuale angioplastica. Fino all'attivazione presso la UTIC del P.O. di Crotone dei 2 P.L. di emodinamica e cardiologia interventistica, previsti dal vigente PSR, tenendo conto delle indicazioni appropriate, dovrà essere attivata una efficiente azione di coordinamento e collaborazione con la specifica rete assistenziale regionale con la possibilità di un adeguato accesso ai laboratori di emodinamica dei centri di riferimento regionali da parte della unità operativa di cardiologia del nostro ospedale nei tempi opportuni per la patologia in oggetto.

Nella prima fase ciò riguarderà prevalentemente le problematiche dell'infarto miocardico acuto, per il quale è richiesto un salto di qualità organizzativa in considerazione delle nuove opportunità di trattamento (in particolare l'angioplastica primaria).

L'angioplastica primaria rappresenta il trattamento elettivo per tutti i pazienti con infarto miocardico acuto, se può essere eseguita tempestivamente in un centro ad alta attività, con possibilità di accesso nelle 24 ore per 7/7 giorni la settimana, e con adeguata esperienza nella gestione di questi eventi.

In considerazione dei problemi logistici e organizzativi, con lunghi tempi di trasferimento per i pazienti lontani dai centri con laboratorio di emodinamica, anche l'uso di farmaci trombolitici manterrà la propria validità terapeutica, specie nei pazienti che possono essere trattati nelle prime ore dall'insorgenza dell'infarto.

L'angioplastica dovrà essere riservata in particolare ai pazienti ad alto rischio, per i quali sarà compiuto uno sforzo organizzativo teso ad estendere progressivamente questo tipo di trattamento riducendo i tempi di diagnosi e trasferimento presso i centri di emodinamica idonei.

I restanti pazienti potranno essere avviati alla trombolisi, a breve distanza di tempo dall'inizio della sintomatologia, per cui anche per tale metodica saranno anticipati i tempi di diagnosi e trattamento, puntando anche sui trattamenti preospedalieri.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E
SPECIALITA' MEDICHE**

**LINEE D'INTERVENTO AZIONI E
OBIETTIVI GENERALI**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITÀ MEDICHE LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010

Linee d'indirizzo, azioni e obiettivi generali

Le unità operative dell'area internistica presenti nel presidio ospedaliero aziendale dell'ASP di Crotone si caratterizzano sul piano operativo ed assistenziale per alcune peculiarità: la plurifunzionalità, cioè capacità di offerta di risposte assistenziali molto differenziate, sulla base della variabilità dei bisogni degli utenti; la flessibilità, cioè capacità di adattare e modificare le priorità di intervento alle mutevoli necessità provenienti dal territorio e dall'utenza, anche in rapporto a fattori stagionali o epidemiologici.

Per tali caratteristiche le UU.OO. internistiche vengono a svolgere un ruolo cardine nell'assistenza ospedaliera, nel loro ambito infatti trovano risposta:

- il paziente acuto con polipatologie: l'aumento medio ed il miglioramento della prognosi di numerose patologie cronico-degenerative hanno fatto sì che molto spesso il paziente ospedalizzato sia un anziano affetto da numerose patologie concomitanti. Circa il 65% dei pazienti che accede alle unità operative di medicina generale del nostro ospedale presenta polipatologie o patologie sistemiche, mentre solo il 35% circa dei ricoverati è invece affetto da monopatologie. I pazienti con pluripatologie necessitano di una assistenza multidisciplinare comprensiva di adeguato supporto infermieristico e di un approccio medico di tipo "olistico", in grado di valutare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi terapeutici, l'impatto sugli esiti clinici e sulla qualità di vita.
- Il paziente acuto con una patologia d'organo: assai frequente sul piano epidemiologico come lo scompenso cardiaco, la broncopneumonia, l'ipertensione ecc..., è stato ampiamente dimostrato che il ricovero di tali patologie in ambiente specialistico, invece che in reparto internistico, oltre a limitare la disponibilità di letti per patologie più rare, innalza i costi a parità di risultato.
- Il paziente acuto "indefinito": quale per esempio il paziente con febbre di origine non nota, dove sono necessari esami ad ampio spettro per meglio definire la patologia ed eventualmente poter poi indirizzare il paziente ad una specialistica definita.
- Il paziente con sintomi e/o segni clinici di laboratorio sospetti per patologie d'organo, multiorgano o sistemiche, per i quali l'inquadramento diagnostico non è eseguibile in regime ambulatoriale.

Le unità operative internistiche, per la flessibilità funzionale e la formazione multispecialistica dei professionisti, rappresentano la sede naturale per assistere questi pazienti. Purtroppo, negli ultimi anni, l'organizzazione ospedaliera ha messo fortemente in discussione il ruolo dell'internista: la crescita esponenziale dell'informazione biomedica, lo sviluppo delle tecnologie sanitarie e la frammentazione in sub-specialità hanno relegato la medicina interna in un ruolo marginale, spesso confinato alla gestione di pazienti cronici a basso profilo assistenziale.

Le unità operative internistiche presenti nel presidio ospedaliero della nostra azienda sono di fatto in grado di erogare prestazioni di alto livello assistenziale, tuttavia alcuni elementi di carattere prevalentemente organizzativo, come ad esempio la permanenza della non attivazione del regime di ricovero diurno nella U.O. di medicina generale o di cardiologia nonché la limitata attività ambulatoriale inducono a ritenere che numerosi pazienti vengono oggi trattati in regime di ricovero ordinario mentre potrebbero più appropriatamente e con minori costi essere trattati in regime di ricovero diurno o addirittura in un regime ambulatoriale specialistico ospedaliero adeguatamente riorganizzato (si veda in appresso l'attivazione del day service) con evidenti vantaggi per i pazienti, con minori costi per l'azienda e incidendo in modo significativo riduzione del tasso di ospedalizzazione.

Una quantità di utenti sempre maggiore oggi potrebbe ricorrere a prestazioni ospedaliere specialistiche in alternativa al ricovero, per affrontare problemi assistenziali anche complessi.

Nell'ambito dei numerosi e qualificati servizi specialistici presenti nel presidio ospedaliero dell'azienda possono essere oggi erogate prestazioni diagnostiche e terapeutiche anche complesse che richiedono competenze pluridisciplinari e non necessitano della permanenza e/o

della osservazione prolungata del paziente per valutare l'evoluzione del quadro clinico, come di prassi in regime di ricovero.

Tali servizi dovranno arricchire i set assistenziali ed organizzativi disponibili nell'ambito internistico ospedaliero, al fine di garantire al paziente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in un solo giorno o in un numero limitato di accessi. Nel contempo dovrà essere offerta al medico specialista ospedaliero la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale, per formulare, in breve tempo, diagnosi o effettuare terapie che richiedono interventi multidisciplinari, con una notevole semplificazione organizzativa (diminuzione del numero di prenotazioni per singole prestazioni) e con una riduzione della ospedalizzazione ordinaria e diurna, nella quale oggi sono svolte, in maniera non appropriata e più costosa, una quota rilevante di prestazioni erogate in regime di degenza, che, peraltro, non consentono all'azienda la riscossione dell'eventuale quota di partecipazione alla spesa degli utenti.

A tal fine l'Azienda, in attuazione delle specifiche disposizioni regionali in merito (DGR n. 726/2008, recante "Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. Linee guida per il corretto funzionamento dei posti letto di assistenza ospedaliera e ciclo diurno. Istituzione del modello organizzativo del Day Service." prevede per l'anno in corso lo sviluppo di modelli organizzativi e assistenziali innovativi, in grado di migliorare l'efficienza operativa delle strutture e l'appropriatezza dell'uso delle risorse avendo quale riferimento, le necessità assistenziali delle diverse tipologie di paziente che necessita di prestazioni ospedaliere che oggi vengono erogate in regime di ricovero.

Per l'area internistica si assegna quindi al direttore del dipartimento una riorganizzazione dell'offerta ospedaliera attraverso l'attivazione della cosiddetta **Day Service/Pac** che già in molte realtà ospedaliere, specie di altre Regioni, ha consentito, a parità di efficacia sanitaria delle prestazioni erogate, una significativa riduzione dei ricoveri impropri e un migliore gradimento dei pazienti.

Il **Day Service** consiste nella presa in carico del paziente da parte dello specialista della U.O. internistica ospedaliera in tutte le diverse fasi del percorso clinico fino alla risoluzione del quesito diagnostico terapeutico e della valutazione complessiva delle condizioni cliniche e dei fattori di rischio. La day service si realizza attraverso l'offerta di "pacchetti" predefiniti, per patologia e livelli di criticità, di prestazioni specialistiche ospedaliere di tipo ambulatoriale. I vantaggi attesi riguardano la possibilità di utilizzare meglio l'attività specialistica ambulatoriale con riduzione del tasso di ospedalizzazione ottimizzando l'uso delle risorse e aumentando il grado di soddisfazione dell'utente verso le strutture aziendali.

Al riguardo si rimanda oltre che alle specifiche disposizioni regionali di cui alla citata DGR 726/2008, allo specifico progetto **Day Service/PAC** - presa in carico del paziente ambulatoriale complesso -, **ALLEGATO 5** al presente piano.

L'assistenza specialistica in ospedale e quella delle UU.OO. internistiche in particolare deve trovare un equilibrio tra le due esigenze, non sempre coerenti, di garantire un'adeguata specializzazione e di tutelare l'integrazione tra le diverse specialità e conoscenze. La prima necessità favorisce logiche per così dire «verticali», che tendono a sviluppare conoscenze sempre più specializzate, costantemente aggiornate rispetto alle conoscenze scientifiche, tecnologiche e alle tecniche professionali.

La necessità d'integrazione, invece, favorisce logiche di tipo «orizzontale», capaci di valorizzare l'apporto collaborativo di più specialità sul percorso assistenziale.

La direzione del dipartimento deve ricercare equilibri fattibili ed efficaci tra queste due esigenze attraverso una struttura organizzativa e sistemi operativi adeguati.

Per quel che riguarda la struttura organizzativa, la necessità di specializzazione è garantita dalla costituzione di gruppi professionali che, fondati su un'appartenenza disciplinare comune, hanno una responsabilità diretta sul proprio aggiornamento e sullo sviluppo delle competenze specialistiche. Ove necessario, tali gruppi assumono valenza aziendale, cioè trasversale rispetto al presidio e ai suoi dipartimenti ospedalieri, sganciandosi

dall'appartenenza a una determinata struttura fisica e operando invece in più strutture organizzative dell'ospedale.

Ciò è favorito dalla nuova organizzazione delle degenze e degli altri servizi, basata sull'intensità delle cure e sulla messa in comune delle strutture e dei servizi di supporto (area day hospital, day service, poliambulatori, laboratori, ecc.). Inoltre la costituzione dei gruppi trasversali a valenza aziendale risulta particolarmente utile per quelle aree disciplinari caratterizzate da una casistica limitata e quindi da bassi volumi di produzione (discipline che si occupano cioè di patologie rare). I gruppi specialistici interdipartimentali possono infatti essere utili per:

- concentrare la casistica al fine di raggiungere volumi sufficienti a garantire una qualità adeguata per le prestazioni rese;
- utilizzare con più efficienza le risorse comuni (ad esempio apparecchiature e tecnologie sanitarie);

La seconda necessità organizzativa, e cioè quella d'integrazione, è presidiata dai dipartimenti ospedalieri e dai percorsi assistenziali. I dipartimenti infatti raggruppano le diverse discipline mediche e le diverse discipline chirurgiche, garantendo un costante confronto tra conoscenze affini, facilitato dalla messa in comune di risorse fisiche, tecnologiche e umane.

I percorsi assistenziali costituiscono la base per un confronto interdisciplinare e interprofessionale volto a garantire un'adeguata responsabilizzazione e integrazione di tutti gli attori coinvolti in un determinato processo assistenziale. Evidentemente le responsabilità gestionali rilevanti sono assegnate ai dipartimenti, alle strutture di degenza, ai servizi di supporto. I gruppi professionali, al contrario, hanno responsabilità tipicamente professionali di aggiornamento tecnico, ecc.

Per svolgere più correttamente questa mission, il dipartimento di medicina e specialità mediche a decorrere dall'esercizio 2010 dovrà:

- recuperare il ruolo dell'internista, che potremmo definire "internista-specialista" cioè un medico che accanto ad una solida cultura internistica, approfondisce alcuni particolari settori della medicina interna e che sa lavorare in equipe con gli altri internisti-specialisti ed in stretta collaborazione con le unità specialistiche dell'ospedale. In questa visione della Medicina Interna come contenitore unico per una gestione integrata dei diversi aspetti patologici dell'individuo, andrà ulteriormente fatto uno sforzo per coprire, anche utilizzando competenze professionali già presenti in azienda, il maggior numero di specializzazioni mediche necessarie quali l'ematologia, la reumatologia, l'infettivologia, ecc....
- sviluppare anche aree dedicate al paziente critico (letti monitorizzati, disponibilità di ventilazione non invasiva, ecc...), indirizzando i pazienti cronici o in fase di convalescenza o che comunque non necessitano di un elevato impegno assistenziale verso più appropriati regimi di ricovero tipo il DH o verso più appropriati livelli assistenziali extraospedalieri quali le strutture di lungodegenza e/o riabilitazione o le cure domiciliari;
- attivare la nuova modalità assistenziale della day service.
- mettere a punto ed applicare percorsi diagnostico-terapeutici che garantiscano un impiego ottimale delle risorse, spostando l'attenzione dall'utilizzo spesso indiscriminato di tecnologie sanitarie, alla valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sanitari come strumento di miglioramento continuo della qualità assistenziale;

Per quest'ultimo punto una particolare attenzione dovrà essere rivolta alla messa a punto di quelli riguardanti le principali patologie croniche respiratorie (BPCO, asma, cancro del polmone in particolare), le principali patologie croniche cardiovascolari (ictus, scompenso, diabete) e le principali patologie ematologiche, gastroenterologiche, endocrinologiche e reumatologiche.

Per l'area internistica nel suo complesso, inoltre, la continuità delle cure risulta il punto nevralgico dei percorsi integrati ospedale-territorio, e questi processi risultano fondamentali per garantire la qualità delle cure.

Rinviando al precedente capitolo del presente piano relativo all'assistenza distrettuale per la specifica trattazione dell'argomento dimissioni protette, occorre qui ulteriormente evidenziare che l'attivazione di un adeguato programma per le dimissioni protette rappresenta una delle direttrici primarie e fondamentali del piano di attività 2010 finalizzata ad adeguare il sistema

delle cure aziendali ai bisogno da parte degli assistiti ad essere accompagnati nei percorsi diagnostici e terapeutici e garantire la continuità assistenziale.

Nel corso dell'esercizio 2010, pertanto, è necessario che le dimissioni protette diventino un impegno prioritario per il dipartimento e che si creino le condizioni per una più stretta collaborazione fra medici ospedalieri e medici di medicina generale.

Sempre nell'ottica di favorire un più stretto raccordo con i medici del territorio, dovranno essere gradualmente implementati i percorsi di accesso al ricovero in forma programmata, che nella nostra realtà hanno, fino ad ora, trovato scarsa praticabilità, per via anche del grande peso assunto dai ricoveri urgenti (da pronto soccorso).

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

RISORSE FINANZIARIE PER L'AREA INTERNISTICA

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2010, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con la presente direttiva sono stabilite in complessivi € 18.313.255 ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalla relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

Gli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa sono confermati per come già negoziati per l'anno 2009 tra il direttore del dipartimento e i direttori delle unità operative afferenti al dipartimento.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E
SPECIALITA' MEDICHE**

**AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI
DELLE UNITA' OPERATIVE**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SPECIALITÀ MEDICHE AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI DELLE UU.OO.

Azioni e obiettivi specifici delle UU. OO. Internistiche.

Le attività, le azioni e gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna U.O. afferente al dipartimento di medicina e specialità mediche sono stati definiti tenuto conto:

- degli indirizzi e delle linee strategiche generali stabilite con il presente documento per le attività ospedaliere afferenti al dipartimento.
- delle risultanze economico-gestionali 2009 del presidio ospedaliero aziendale.
- dei dati 2009 rilevati dal sistema di contabilità analitica per centri di costo con particolare riferimento ai costi diretti.
- dei principali dati di attività svolta da ciascuna U.O. negli ultimi anni e dei correlati principali indicatori riportati nell'allegato 3.

U.O. CARDIOLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Attivare i p.l. di DH assegnati che risultano ancora solo parzialmente attivati.
- Mantenere il livello di attività di ricovero registrata nel triennio 2006/2008 (esclusi i casi trattati in UTIC) e provvedere a trasferire quote di ricoveri dal regime ordinario a quello diurno al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero fin qui erogate.
- Attivare il Day Service.
- Mantenere e migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole, mediamente, del 1% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario e non del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Ridurre delle liste di attesa per attività di specialistica ambulatoriale per esterni di almeno il 10% rispetto all'esercizio 2009 e incrementare l'appropriatezza delle stesse prestazioni rispetto alle prestazioni registrate nel 2008 che costituiscono, per l'anno in corso, nel loro complesso, l'obiettivo minimo che l'U.O. deve raggiungere.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.
- Nell'esercizio 2010 la U.O. dovrà porre particolare attenzione alla ridefinizione dei percorsi di accesso ai servizi per la prevenzione, diagnosi e cura dello scompenso cardiaco ed ai servizi per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari dell'età pediatrica e dell'adolescenza e delle cardiopatie congenite dell'adulto, attivando specifiche azioni di collaborazione con i servizi territoriali di specialistica ambulatoriale della branca di cardiologia anche ai fini di migliorare e sviluppare i percorsi diagnostici e terapeutici per gli utenti. Coerentemente agli indirizzi regionali e del presente piano di attività aziendale, ed in collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i medici internisti ospedalieri, dovrà essere rivista e monitorata l'assistenza ai pazienti con ipertensione arteriosa, angina pectoris e ai soggetti con elevati livelli di colesterolo ematico, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza e la continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei livelli di assistenza specialistica ambulatoriale del territorio e ospedaliera.
- La necessità di sviluppare approcci integrati e multidisciplinari a queste patologie dovrà essere favorita dalla identificazione dei fattori favorevoli e di ostacolo ad un trattamento ottimale di questi soggetti, per ridurre la notevole variabilità dei comportamenti e la

distanza tra i comportamenti osservati e quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. MALATTIE INFETTIVE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare la scarsa attività di ricoveri ordinari e di DH registrata negli ultimi anni.
- Migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto se necessario anche con la temporanea soppressione dei p.l. esistenti o con l'accorpamento provvisorio nella U.O di medicina generale.
- Attivare la Day Service.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio, SIT e radiologia, riducendole, rispettivamente, del 2.5%, del 1% e dello 0.5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi alberghieri e per manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e ridurre il costo del personale rispetto all'anno 2009 mediante riduzione di almeno 2 unità di personale infermieristico da trasferire in altra U.O. del dipartimento.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. MEDICINA GENERALE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Attivare i p.l. di DH assegnati.
- Mantenere e migliorare il livello di attività di ricovero registrato nel 2009 provvedendo a trasferire quote significative di ricoveri dal regime ordinario a quello diurno al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate.
- Attivare la Day Service e trasferire le prestazioni di cui alla DGR 726/2008 dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale.
- Mantenere o migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari registrato nell'anno 2009.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio e radiologia, riducendole, rispettivamente, del 2% e dello 0.5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione dello 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale così da ricondurlo almeno al volume di produzione dell'anno di esercizio 2006.

- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008, salvo l'eventuale incremento di personale infermieristico e medico correlati all'attivazione della Day Service e DH
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. NEFROLOGIA E DIALISI - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere il livello medio di attività di ricovero registrato nel triennio 2006/2008 e provvedere a trasferire quote di ricoveri dal regime ordinario a quello diurno al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero.
- Ottimizzare il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari e di day hospital al fine di ricondurli entro lo standard di riferimento (rispettivamente 75%-100%; 150%-200%) tenendo conto che i p.l. assegnati dal PSR e dall'Azienda sono, per la degenza ordinaria, 8 e per il dh 2.
- Incrementare ulteriormente l'attività specialistica ambulatoriale.
- Attivare la Day Service.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1,5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 2% rispetto al 2009.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Per l'attività di dialisi :

- Mantenimento dell'attività dialitica registrata nell'esercizio 2009 compreso le attività della dialisi territoriale di Mesoraca
- Incremento per quanto possibile della dialisi peritoneale.
- Mantenimento dei costi registrati per l'attività di dialisi nell'esercizio 2009, con particolare riferimento a quelli per materiale dialitico razionalizzando ulteriormente per questi ultimi gli acquisti su base aziendale.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. NEUROLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

Allo stato detta U.O. non è ancora attiva per quanto attiene l'attività di ricovero mentre svolge la sua attività come servizio ambulatoriale dotato di personale medico ed infermieristico dedicato ad attività programmata per esterni, attività di consulenza per le UU.OO. del P.O. di

Crotone ed all'espletamento di indagini di diagnostica strumentale.

Costituisce quindi obiettivo prioritario per l'esercizio 2010 quello di pervenire alla progressiva attivazione della funzione di ricovero della U.O. di neurologia anche in attuazione delle disposizioni di cui al vigente PSR ma soprattutto al fine di poter assicurare agli utenti del comprensorio le dovute prestazioni di ricovero per tale importante disciplina e nel contempo, sempre nella logica della autosufficienza territoriale, consentire la riduzione della mobilità passiva che oggi si registra per questa disciplina verso altri presidi della Regione e di altre Regioni.

Ai fini del raggiungimento di tale obiettivo, che peraltro era stato già individuato nel piano delle attività aziendali 2008 e 2009, il Direttore del dipartimento ospedaliero di medicina e specialità mediche, di concerto con la direzione medica del presidio di Crotone e con i dirigenti medici della U.O. di neurologia, avrà cura di presentare alla direzione generale aziendale, entro 30 giorni dall'adozione del presente piano, uno specifico e dettagliato programma operativo finalizzato all'attivazione, in via provvisoria, di almeno 4 posti letto di DH per assicurare le attività di ricovero della U.O. di neurologia; ciò nell'attesa della definitiva attivazione di tutti i p.l. programmati la cui strutturazione e localizzazione è già prevista nel piano di ampliamento e riorganizzazione del P.O. di Crotone di cui agli interventi ex art. 20.

Nell'attesa dell'attivazione della funzione di degenza sopra richiamata alla U.O. sono assegnati le attività azioni e obiettivi specifici di seguito indicati.

- Attivare il day hospital.
- Incremento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale così da ricondurle almeno al volume prodotto nel 2007.
- assicurare per quanto possibile il trattamento ambulatoriale di alcune patologie croniche quali la sclerosi multipla e i disturbi del movimento.
- collaborare con la U.O. di Geriatria e con i servizi territoriali per la diagnosi, il trattamento ed il monitoraggio dei pazienti affetti da deterioramento mentale.
- Attivazione della Day Service per le malattie neurologiche.
- Dal punto di vista dei percorsi diagnostico-terapeutici l'attività della U.O. dovrà essere rivolta con particolare attenzione alla implementazione delle attività dedicati alla sclerosi multipla, disturbi del movimento e demenza, con il precipuo scopo di creare percorsi integrati multidisciplinari per i pazienti che presentano disabilità neurologiche per assicurare tempestività e continuità assistenziale. Particolare attenzione, inoltre, dovrà essere rivolta alla messa a punto di percorsi diagnostici-terapeutici riguardanti le urgenze neurologiche e le malattie neuromuscolari .
- Per quanto riguarda le indagini strumentali oltre a quelle già esistenti l'azienda ha già previsto la ulteriore dotazione di strumentazione specifica al fine permettere un approccio diagnostico e clinico completo al paziente con patologie neurologiche.
- Unitamente alla ricerca dell'appropriatezza nella esecuzione delle prestazioni ambulatoriali di competenza la U.O. avrà l'obiettivo di rispettare gli standard di qualità e di tempestività di erogazione delle prestazioni ai pazienti e ridurre le liste di attesa.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. ONCOLOGIA MEDICA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere il tasso di utilizzo dei p.l. di DH assegnati.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere, ove possibile i rilevanti costi farmaceutici e quelli per materiale sanitario rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per manutenzione.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio

2008.

- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.
- Sul piano organizzativo la U.O. di oncologia, per migliorare e garantire ulteriormente l'efficacia delle rilevanti attività svolte, deve operare secondo modelli assistenziali in cui il paziente è sempre di più al centro e i vari specialisti intervengono in modo coordinato, così da "prendere in carico" il paziente dalla fase iniziale diagnostica a quella conclusiva, terapeutica.
- Per i principali tumori dovranno essere ulteriormente previsti specifici percorsi diagnostico-terapeutici, con il coinvolgimento attivo dei vari professionisti (ivi compresi i Medici di Medicina Generale), che devono contribuire a definire strategia generale, tappe di percorso, linee guida, protocolli di intervento ed una sistematica attività di confronto.
- Istituire o migliorare, le modalità di gestione integrata dei percorsi diagnostici e terapeutici sulla base di specifiche linee guida che utilizzino un approccio multidisciplinare e facciano riferimento a protocolli terapeutici e di follow-up condivisi per i principali percorsi diagnostico-terapeutici. In particolare si prevede di sviluppare ulteriormente la collaborazione con i Medici di Medicina Generale per le cure domiciliari e il follow-up a lungo termine dei pazienti portatori di patologia oncologica.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

Oncologia e cure palliative e domiciliari

Relativamente alle cure domiciliari dei pazienti oncologici si rimanda allo specifico punto dell'assistenza distrettuale di cui al presente piano relativo alla riorganizzazione complessiva delle cure domiciliari.

Qui di seguito, a completamento della definizione di una rete integrata dei servizi dedicati ai malati oncologici si riportano gli specifici aspetti relativi alle cure palliative, rinviando al documento ALLEGATO 7 del piano delle attività aziendali 2009 "Miglioramento dell'assistenza al paziente neoplastico in fase avanzata" gli aspetti finalizzati alla riorganizzazione delle cure palliative, con particolare riferimento ai livelli di integrazione tra il sistema delle cure domiciliari e ospedaliere.

In coerenza con il programma regionale della rete delle cure palliative, il documento richiamato costituisce lo strumento di programmazione aziendale finalizzato a perseguire l'obiettivo di potenziare e migliorare l'assistenza nelle fasi terminali della vita dei malati oncologici, qualificando gli interventi di terapia palliativa e antalgica, nel rispetto delle esigenze espresse dal malato e dalla sua famiglia. Gli indirizzi del programma regionale prevedono, per la nostra azienda, l'attivazione di un hospice con 12 posti all'interno del quale sarà ricercata la maggiore integrazione possibile dei profili di cura utili al paziente oncologico terminale. L'attivazione dell'hospice completa e integra, unitamente alle attività ospedaliere e alle cure domiciliari, la rete assistenziale dedicata ai malati terminali, garantendo la presa in carico del paziente, il sostegno ed aiuto psicologico al malato e alla famiglia, l'erogazione della terapia palliativa e l'assistenza infermieristica quotidiana, qualora questa non si riesca più a garantire al domicilio.

U.O. EMATOLOGIA/MICROCITEMIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere il tasso di utilizzo dei p.l. diurni assegnati.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie anche per quelli direttamente prodotte dalla U.O.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione riducendoli del 5% rispetto

al 2008.

- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale .
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. GERIATRIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Indirizzi e azioni generali

La U.O. di geriatria ha sviluppato negli anni cultura, conoscenze, ed un metodo di lavoro che si basa fortemente sulla valutazione multidimensionale e sull'approccio olistico ai complessi problemi del paziente anziano.

Più in particolare, è prassi consolidata della U.O. che fin dalla fase iniziale del ricovero si deve procedere al riconoscimento delle criticità funzionali e sociali collegate alla malattia sia acuta sia cronica, mediante una valutazione multidimensionale in grado di innescare la relazione collaborativa sinergica tra i vari servizi ed i professionisti coinvolti.

A questo scopo, si dovranno ulteriormente prevedere e sviluppare percorsi in grado di mettere in relazione, in modo tempestivo e istituzionalizzato, i vari professionisti dell'ospedale e del territorio.

Al riguardo, nel rinviare alla specifica parte del presente piano relativa all'assistenza territoriale dei soggetti anziani, si ritiene utile qui evidenziare e porre quale obiettivo specifico della U.O. ospedaliera, da raggiungere con il coinvolgimento dei distretti, la definizione di chiari ed uniformi percorsi di gestione della dimissione protetta quale elemento strategico per il miglioramento dell'assistenza di tale particolare categoria di utenti. In tale ambito occorre predisporre, già dall'anno in corso, uno specifico protocollo operativo che definisca le modalità di raccordo ospedale/territorio, un percorso unico, per garantire agli utenti uniformità di trattamento nella fase della dimissione protetta.

Dovrà, inoltre, essere garantito il principio di continuità assistenziale attraverso l'immediato e costante raccordo tra gli operatori intra ed extra-ospedalieri e fra questi ed i servizi socioassistenziali presenti sul territorio dell'azienda. Inoltre dovrà divenire sempre di più caratteristica peculiare del metodo di lavoro della U.O. quello di coniugare la cura della fase acuta della malattia, con il tentativo di mantenere o recuperare il livello di autonomia precedente all'insorgenza dell'evento morboso.

L'utenza ospedaliera della U.O. è ormai costituita, quasi esclusivamente, da pazienti ultrasettantacinquenni, che si caratterizzano in modo peculiare per la "fragilità", direttamente correlata ad una riduzione generale delle riserve funzionali dell'organismo ed alla polipatologia di base.

Questa fragilità rende l'anziano malato particolarmente vulnerabile e ad elevato rischio di perdita di autonomia.

Gli eventi morbosi che richiedono il ricovero ospedaliero costituiscono il momento più rischioso e delicato per l'anziano fragile: dal modo in cui viene affrontata questa fase dipende spesso il grado di mantenimento dei livelli di autosufficienza e lo stato di salute complessivo del periodo successivo.

Gli obiettivi specifici della U.O. sono pertanto quelli di affrontare la fase acuta della patologia dell'anziano fragile, in particolare delle demenze, assicurando ogni sforzo per ostacolarne o rallentarne la perdita di autonomia. Il dipartimento geriatrico di cui al vigente atto aziendale,

fin dal suo avvio ha provveduto a sviluppare una gestione unitaria del paziente anziano con la predisposizione dei percorsi di cura e di assistenza differenziati, mirati a supportare le famiglie e a qualificare l'assistenza nelle residenze.

Tale funzione, indipendentemente da quale sarà la strutturazione organizzativa delle strutture aziendali derivante dall'attuazione delle linee guida regionali in materia di atti aziendale, dovrà essere mantenuta e ulteriormente sviluppata.

Le principali aree di miglioramento su cui la U.O. dovrà ulteriormente svilupparsi nell'esercizio 2010 sono rappresentate dal contenimento delle liste di attesa e dalla gestione dei momenti di crisi e di reazione catastrofica del paziente (risposta alle emergenze cognitive – comportamentali). Per la gestione delle situazioni di crisi va studiato un percorso che faccia accedere rapidamente il paziente all'esame dei professionisti della U.O. e che favorisca l'informazione del familiare e del medico di medicina generale facilitando il governo di tali situazioni.

Una particolare cura dovrà essere posta agli aspetti di continuità assistenziale, soprattutto in fase di dimissione, incrementando in modo significativo il ricorso alle dimissioni protette e rivedendo le procedure attuali in modo che sia garantita una più adeguata tempestività.

Il processo di continuità terapeutica nasce in ospedale con la pianificazione della dimissione e della presa in carico di pazienti da parte di altri livelli organizzativi dell'assistenza territoriale distrettuale e dovrà essere intesa come prosecuzione post-dimissione di un unico episodio di cura.

Attraverso la dimissione protetta dalle sedi di ricovero e cura e la tempestività della presa in carico da parte del territorio è atteso un sensibile miglioramento della qualità percepita del servizio complessivo e la riduzione del numero dei ricoveri motivati dalla necessità di continuità di cure post-acuzie e riabilitative che impropriamente ancora oggi sono garantiti dalla U.O. di geriatria del P.O. di Crotone.

L'attivatore della continuità assistenziale e della dimissione protetta dovrà essere il personale della U.O. ospedaliera: che pianifica il susseguente livello assistenziale tramite l'individuazione del livello di cura necessario ed appropriato e l'informazione alla famiglia e al Medico di Medicina Generale.

L'attivazione del percorso territoriale dovrà essere preceduta da una tempestiva comunicazione della dimissione al distretto di competenza: i familiari del paziente saranno informati di tale raccordo e dovranno dividerne la destinazione e la finalità.

Attività azioni e obiettivi specifici

- Migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari e di DH assegnati così da ricondurli ai rispettivi standard (TU ricoveri ordinari 75%-100%; TU dh > 150%) anche in relazione all'attivazione dei p.l. di lungodegenza ospedaliera previsti per la nostra azienda dal vigente PSR e di cui in appresso, nonché in relazione agli indirizzi di sviluppo dell'assistenza extraospedaliera agli anziani prevista per il livello distrettuale con particolare riferimento all'assistenza domiciliare, allo sviluppo delle dimissioni protette e all'assistenza residenziale extraospedaliera.
- Attivare la Day Service e trasferire le prestazioni di cui alla DGR 726/2008 dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 2% e di radiologia del 1.5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione riducendoli del 5% rispetto al 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Superare l'assenza informativa circa le prestazioni di specialistica ambulatoriale svolta nel 2009 assicurando la periodica e puntuale trasmissione dei dati e, in ogni caso, tutto considerato, incrementare tale attività nella misura del 30% rispetto all'ultimo dato disponibile (anno 2005: prestazioni ambulatoriali n. 965).

- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente documento è direttamente correlato alla retribuzione di risultato nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui alle vigenti disposizioni contrattuali.

Attività ospedaliere di lungodegenza post acuzie e riabilitazione

Nel complesso la funzione di lungodegenza ospedaliera post-acuzie consente all'anziano ricoverato un periodo più lungo di permanenza in ospedale e, nella maggioranza dei casi, un rientro diretto al domicilio, senza ricorso alle strutture residenziali extraospedaliere.

Allo stato questa fondamentale funzione di fatto nella nostra realtà è praticamente assente nell'ambito dei presidi ospedalieri a gestione diretta e ciò ha determinato e determina l'eccessiva domanda che impropriamente è costretta a soddisfare la U.O. di geriatria.

Tale condizione impone che già a decorrere dall'esercizio 2010 dovrà essere completata la rete dei posti letto ospedalieri di lungodegenza post-acuzie previsti dal vigente PSR e la contemporanea riduzione dei p.l. acuti oggi presenti in eccesso nella U.O. di geriatria.

Dovrà, inoltre, essere avviato un più efficace programma aziendale di qualificazione delle attività assistenziali residenziali extraospedaliere operanti nell'azienda ed una verifica dei modelli organizzativi in atto, perseguendo un complessivo miglioramento dell'appropriatezza e dell'utilizzo della funzione.

Occorre inoltre, in via preliminare, evidenziare ed esplicitare i criteri distintivi della lungodegenza post-acuzie rispetto alla riabilitazione ospedaliera che peraltro risulta adeguatamente sviluppata nelle strutture private accreditate a ciò deputate presenti nel comprensorio aziendale che, peraltro, già soddisfano non solo la domanda interna ma anche quote significative di domanda extraaziendale e addirittura extraregionale.

Come riportato nei documenti del piano sanitario regionale, la lungodegenza post-acuzie è orientata a soddisfare prevalentemente i bisogni internistici, mentre la riabilitazione estensiva ospedaliera è finalizzata alla presa in carico specificatamente riabilitativa, con la realizzazione di progetti riabilitativi individuali, indipendentemente dalla patologia prevalente che ha determinato la condizione disabilitante responsabile del ricovero.

La valenza riabilitativa che è attribuita all'attività di lungodegenza post-acuzie, si concretizza nello specifico progetto riabilitativo di struttura, che deve essere inteso come organizzazione di nursing assistenziale per la prevenzione dell'allettamento e per la stimolazione delle capacità funzionali necessarie per l'autosufficienza della vita quotidiana. Il personale coinvolto è prevalentemente infermieristico e socio-assistenziale.

I progetti riabilitativi individuali sono invece realizzati per ogni paziente preso in carico con predeterminati obiettivi, chiari e raggiungibili in tempi definiti, nei posti letto della funzione ospedaliera di riabilitazione estensiva, in RSA, in strutture protette o presso il domicilio stesso del paziente.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E
SPECIALITA' CHIRURGICHE**

**LINEE D'INTERVENTO AZIONI E
OBIETTIVI GENERALI**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010

Azioni e Obiettivi generali

A decorrere dall'esercizio in corso l'obiettivo prioritario per le UU.OO. dell'area chirurgica è rappresentato, come del resto per quelle area medica e dei servizi, dall'incremento dei livelli di autosufficienza per quelle discipline chirurgiche che ancora presentano dei margini di miglioramento sia in termini produttivi che di qualità delle prestazioni erogabili: nell'ordine, otorinolaringoiatria, ortopedia e chirurgia generale.

Quanto sopra passa anche attraverso le azioni di contenimento delle eventuali liste di attesa e attraverso il potenziamento dell'offerta ambulatoriale ospedaliera e territoriale che ha lo scopo anche di invertire i flussi di mobilità oggi registrati nei diversi ambiti territoriali dei nostri distretti.

Un altro aspetto a tal fine da tenere in dovuta considerazione è rappresentato, quale risorsa critica per le attività chirurgiche, dalla sala operatoria. Ogni sforzo dovrà essere messo in campo al fine di ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie e l'impiego delle risorse dedicate (chirurghi, anestesisti, personale infermieristico) e dovranno essere riviste le procedure di utilizzo della sala operatoria dedicata alle urgenze, al fine di programmare e razionalizzare quanto più possibile le attività.

Per quanto riguarda i percorsi preoperatori, al fine di semplificare l'accesso alle prestazioni e di ridurre la durata di degenza preoperatoria, dovrà essere sviluppata l'attività dell'ambulatorio operandi.

Nella nuova strutturazione della rete ospedaliera definita dal presente piano di attività aziendale e al fine di conseguire gli obiettivi sopra delineati, con particolare riferimento all'autosufficienza territoriale ed alla riduzione dei ricoveri impropri, dovranno essere, prioritariamente, strutturati ed organizzati nell'ambito dell'area chirurgica, specifiche attività che non necessitano di ricovero ma dovranno trovare adeguato sviluppo all'interno dell'area chirurgica ospedaliera.

Si tratta in sostanza di sviluppare e riorganizzare l'offerta di prestazioni chirurgiche secondo il nuovo modello in appresso specificato e costituito dalla implementazione delle attività di *day surgery*, *chirurgia breve* e *chirurgia ambulatoriale*; l'avvio e l'implementazione di tale modello costituisce indirizzo strategico per il direttore del dipartimento nonché azione e obiettivo prioritario per l'attività 2010 delle unità operative ad esso afferenti.

Attraverso la chirurgia di giorno e la chirurgia ambulatoriale è possibile:

- facilitare i pazienti e le loro famiglie da un punto di vista psicologico e sociale, riducendo la durata della degenza e assicurando pari efficacia dei trattamenti associata a maggiore appropriatezza;
- ridurre le complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata;
- semplificare le procedure di accesso ai servizi, assicurando tempi di risposta sanitaria più rapidi e conseguentemente ridurre le liste di attesa per interventi chirurgici;
- facilitare la comunicazione e l'integrazione tra ospedale e territorio creando una continuità tra il domicilio e l'ospedale;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse strumentali e di personale.

L'efficacia della chirurgia di giorno nel raggiungimento degli obiettivi dichiarati è condizionata da:

- una accurata valutazione tecnica della idoneità dei pazienti a ricevere questa forma di assistenza e della gamma di interventi praticabili secondo tale modalità;
- una gestione dell'intero processo assistenziale in condizioni di qualità e sicurezza; un utilizzo efficiente della nuova modalità assistenziale.

Lo sviluppo delle tecniche chirurgiche microinvasive ha già portato in alcune realtà regionali più avanzate della nostra al trasferimento di parte importante della casistica dal ricovero ordinario al *day surgery* è pertanto ipotizzabile un progressivo allineamento delle nostre realtà a livelli

analoghi a quelli già raggiunti nei centri di altre realtà che presentano percentuali di trasferimento più elevate, al riguardo occorre richiamare le disposizioni regionali di cui alla DGR 541/2008 e 62/2009.

I principali obiettivi di questo modello di assistenza chirurgica adottato per problemi "minori", in relazione alle caratteristiche della patologia, alle condizioni del paziente ed alle tecniche di intervento, sono rappresentati soprattutto dal miglior approccio psicologico-sociale al paziente ed alle famiglie, attraverso la riduzione della permanenza in ospedale a parità di efficacia dei trattamenti.

Sono inoltre ridotte le complicità legate alla ospedalizzazione prolungata, sono semplificate le procedure di accesso ai servizi, con tempi di risposta più rapidi, e con contenimento del fenomeno delle liste di attesa. Viene inoltre semplificata la comunicazione e l'integrazione fra ospedale e territorio, creando una continuità fra domicilio ed ospedale, con una ottimizzazione d'uso delle risorse.

L'efficacia della chirurgia di giorno è condizionata da una accurata valutazione tecnica della eleggibilità dei pazienti e della gamma di interventi idonei ad essere praticati con tale modalità, dalla gestione dell'intero processo terapeutico assistenziale in qualità e sicurezza e dall'utilizzo efficiente di tale modalità assistenziale.

Questi strumenti operativi, anche in considerazione della totale assenza nella nostra realtà, dovranno essere sviluppati ed implementati già a decorrere dall'esercizio in corso, tenendo conto delle condizioni organizzative, della gamma di interventi erogabili sotto forma di chirurgia di giorno e/o ambulatoriale, programmando il progressivo trasferimento dei casi trattati dall'ospedalizzazione ordinaria a quella diurna o ambulatoriale, con il coinvolgimento dei clinici interessati.

Ovviamente ed unitamente alle nuove attività chirurgiche sopra richiamate, deve rimanere prioritaria l'attività chirurgica maggiore da svolgere in regime di ricovero ordinario che va ulteriormente sviluppata in termini di qualità e quantità delle tipologie delle prestazioni erogate.

Occorre, inoltre, intervenire ulteriormente, nel corso dell'esercizio 2010, sulle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati, tenuto anche conto delle priorità individuate a livello regionale (relative agli interventi chirurgici in pazienti affetti da neoplasia maligna, agli interventi di protesi d'anca e agli interventi di estrazione di cataratta), nonché sugli aspetti relativi alla appropriatezza delle prestazioni erogate e all'ottimale utilizzo delle risorse. Per gli interventi in pazienti con neoplasia maligna l'obiettivo tendenziale è quello di eseguire l'intervento chirurgico per la totalità della casistica entro 30 giorni dal momento della indicazione/prenotazione. Particolari priorità sono rappresentate dalle neoplasie del polmone, della mammella, e dell'apparato gastroenterico.

Tutto ciò potrà concorrere positivamente alla riduzione delle fughe oggi esistenti per patologie chirurgiche e forse anche ad elevare l'indice di attrazione del presidio ospedaliero aziendale.

Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale

Il progetto per l'implementazione di Day Surgery, Chirurgia breve e chirurgia ambulatoriale coinvolge tutte le U.O. dell'area chirurgica operanti nel presidio ospedaliero aziendale ma riguarda in modo particolare la U.O. di chirurgia generale, nella quale, tra l'altro, la normale attività di day surgery è totalmente non praticata nonostante la stessa U.O. sia ormai dotata di P.L. di DS già da qualche anno.

Gli obiettivi sono:

- Ridurre le giornate di degenza preoperatoria per l'attività chirurgica programmata.
- Adeguare la degenza media per alcuni DRG allo standard aziendale.
- Ottimizzare l'indice di operatività.
- Contribuire alla riorganizzazione dell'attività chirurgica nel P.O. dell'azienda.

I risultati attesi sono:

- Aumentare la soddisfazione dei pazienti.
- Diversificare il flusso dei pazienti chirurgici con benefici per gli stessi e per l'ospedale.
- Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri.
- Aumentare l'efficienza operativa e gestionale
- Razionalizzare il costo dell'assistenza ospedaliera

Definizioni

Day Surgery

La day-surgery è la modalità assistenziale definita come «possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici, od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuale pernottamento (one day surgery), in anestesia locale, loco regionale o generale. La Day Surgery è finalizzata al ricovero, di norma della durata inferiore alle 12 ore, di pazienti che necessitano di prestazioni multiple e/o complesse di carattere diagnostico o terapeutico, le quali per la loro natura non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono un'osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata. L'assistenza in regime di Day Surgery comprende gli esami e le visite preoperatorie, l'intervento chirurgico, i controlli postoperatori. Per gli interventi e le procedure chirurgiche da effettuare in Day Surgery si fa riferimento alla classificazione contenuta nell'accordo Stato Regioni dell'Agosto 2002 e al successivo provvedimento regionale di presa atto, che qui si intende integralmente riportato ed al quale si rimanda.

Week Surgery

Per week surgery si intende la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici per i quali è opportuna una osservazione postoperatoria superiore alle 24 ore che, di norma, non si prolunga oltre le 72 ore, in regime di ricovero ordinario in strutture funzionanti in maniera continuativa dal lunedì al venerdì. Il modello organizzativo presenta notevoli analogie con la day surgery, in particolare per quanto riguarda la separazione dei flussi, al fine di evitare interferenze con l'attività d'urgenza, il percorso preoperatorio, le modalità di programmazione e gestione delle liste d'attesa, così come il sistema degli indicatori di attività. Pertanto, è da prevedere un'area di degenza funzionante dal lunedì al venerdì con personale infermieristico dedicato.

Chirurgia Ambulatoriale

Per chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria, in ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale. Con questa o con simili denominazioni viene anche individuata una modalità di erogazione in forma integrata di prestazioni ambulatoriali, a carattere preminentemente diagnostico, che si pone come alternativa al day hospital del quale rispetta il carattere di percorso integrato. Inoltre questa modalità di erogazione potrà essere avviata anche quale modalità di presa in carico a seguito di accessi di Pronto Soccorso, per garantire, con modalità alternativa al ricovero, una risposta tempestiva a quesiti diagnostici riguardanti patologie che, pur non presentando il carattere della emergenza urgenza, necessitano di una risposta in tempi brevi.

Modello organizzativo

Unità di Degenza dedicata

Unità di degenza a carattere multidisciplinare dedicata ai casi di Chirurgia di Giorno (Day Surgery) e a casi di chirurgia "ordinaria" con degenza pari o inferiore a 4 giorni. Utilizzo a rotazione di sale operatorie esclusiva-mente dedicate, secondo turni prestabiliti sulla base di protocolli concordati.

Requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali

Requisiti minimi organizzativi

Riguardano la struttura organizzativa e la modalità di gestione delle risorse umane e tecnologiche; l'organigramma definito in termini di professionalità necessarie in relazione a tipologia e volume delle prestazioni da erogare; l'organizzazione e la gestione in tema di prevenzione e sicurezza; le attività di gestione, valutazione e miglioramento della qualità; il sistema informativo. Vanno previsti:

- I principi generali dell'organizzazione del lavoro medico e infermieristico.
- La elaborazione dei protocolli di ammissione, cura e dimissione del paziente.
- La garanzia della continuità delle cure.
- I protocolli per la gestione delle complicanze e delle emergenze.
- Le modalità di verifica della qualità dei servizi erogati.
- La qualifica del personale medico e infermieristico e le relative responsabilità.

Personale

Il personale medico delle specialità chirurgiche e gli anestesisti rianimatori dovranno possedere una pratica documentata di almeno tre anni presso strutture di ricovero. Il personale infermieristico dovrà avere una preparazione mirata a tale modello e una conoscenza delle patologie trattate con la consapevolezza di essere parte integrante dell'équipe.

Lo staff infermieristico: svolge attività di accettazione per la prenotazione dell'intervento e delle indagini diagnostiche, compila la cartella infermieristica, applica i protocolli assistenziali, presta assistenza ai pazienti fino al momento della dimissione, riveste un ruolo importante nella informazione dei pazienti in merito ai tempi dell'iter diagnostico e terapeutico.

Requisiti tecnologici

Riguardano la dotazione minima strumentale per i singoli ambienti; i requisiti riguardanti la sicurezza, gli impianti generali e gli impianti speciali, le caratteristiche microclimatiche e illuminotecniche. Al fine di potenziare l'attività chirurgica è importante dotare tale Unità di strumentazioni tecnologiche, peraltro già presenti, che consentano di ridurre l'invalidità dell'atto chirurgico (laparoscopia, endoscopia operativa). E' altresì prioritario promuovere ogni forma di coinvolgimento del personale medico dell'azienda al fine di ottimizzare l'utilizzo delle moderne tecnologie.

Requisiti strutturali

Riguardano l'accessibilità alla struttura: tipo, numero e la correlazione funzionale degli ambienti necessari per lo svolgimento della specifica attività. I requisiti strutturali dovranno assicurare spazi distinti per le attività di: accettazione, preospedalizzazione, degenza, attività operatoria, supporto per il personale. Gli spazi di degenza devono assicurare le seguenti funzioni: accoglienza del malato e di un accompagnatore, preparazione del malato all'intervento chirurgico, sorveglianza del malato nell'immediato postoperatorio, tutela della riservatezza e del comfort dei pazienti, mezzi necessari al trattamento di un'eventuale complicanza.

Ipotesi attività 2010

Per l'anno in corso si prevede, in modo particolare per la U.O. di chirurgia generale, la conversione di almeno il 20% degli interventi in regime di Day Surgery (DayS) e il 3% degli interventi in regime di Week Surgery (WS). Per la previsione di tale attività si è tenuto conto dei dati di attività dell'ultimo triennio che peraltro non registrano alcuna attività chirurgica in regime diurno e non sono stati presi in considerazione il 75% dei DRG medici prodotti dalla stessa U.O. giudicati inappropriati e della cui gestione si dovrà tenere presente nella riorganizzazione complessiva.

Numero posti letto

Il numero di p.l. destinato a tale attività è quello dei p.l. di DS già assegnato alle U.O. chirurgiche sin dal 2004 e di cui allo specifico allegato del presente piano di attività. Di questi il 90% dovrebbe essere destinato ad attività di Day Surgery e il 10% ad attività di Week Surgery. Nella fase gestionale, la destinazione dei posti letto ordinari va intesa non in forma rigida, ma nel rispetto di quelle variabili legate alle esigenze e di tipo clinico e di tipo organizzativo che si presenteranno nei vari momenti.

Definizione degli interventi e delle procedure chirurgiche

L'elenco delle procedure eseguibili in Day Surgery e Week Surgery, utilizzando la codifica ICD9 CM, è contenuto nell'accordo Stato-Regioni e nel provvedimento di presa atto della Regione già precedentemente citato. Gli elenchi rivestono carattere puramente indicativo, poiché la scelta del regime di ricovero più opportuno dovrà essere effettuata dall'équipe medica caso per caso in rapporto oltre che al numero di giornate di degenza previsti per quel caso, anche alle condizioni psicofisiche del paziente nonché alle corrette risposte domiciliari.

Selezione dei pazienti

Nella valutazione dei pazienti candidati, il chirurgo insieme all'anestesista deve formulare un giudizio in merito al regime di ricovero più opportuno, prendendo in considerazione l'età, le condizioni generali, la situazione sociofamiliare, il rischio anestesilogico.

Consenso informato e aspetti medico legali

Il consenso assume il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto concerne l'osservanza perioperatoria ma soprattutto domiciliare delle regole igienico-sanitarie consigliate. Appare evidente che l'informazione deve essere accompagnata da una serie di documenti quali: - materiale informativo preliminare nel quale siano riportate, oltre alle informazioni relative alle indagini pre-operatorie richieste, anche informazioni riguardanti la prepa-razione all'intervento, la dieta preoperatoria e le modalità di accesso alla struttura; - materiale informativo, da consegnare dopo l'intervento chirurgico, nel quale sono riportate le indicazioni postoperatorie alle quali il paziente è invitato ad attenersi, con particolare riguardo alle limitazioni e ai tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa, alla gestione di eventuali disturbi (dolore, febbre, sanguinamento ecc.), ai comportamenti da adottare in caso di complicanze; - autorizzazione scritta all'intervento, comprensiva della dichiarazione di consenso per eventuali emotrasfusioni (Art.3 Legge 107/1990).

Regolamentazione delle fasi di ammissione, cura e dimissione

Va definito apposito regolamento interno coerente con le linee guida regionali per disciplinare l'attività in tali regimi. La cartella clinica comprenderà l'intero ciclo assistenziale; essa viene aperta durante il primo contatto con la struttura per gli esami pre-operatori e si chiude con l'ultimo contatto previsto dal protocollo terapeutico. Il ricovero in tali regimi è esclusivamente un ricovero programmato. Gli elementi fondamentali dell'organizzazione sono rappresentati dalle procedure di selezione, ammissione, cura e dimissione del paziente.

Rapporti con il medico di medicina generale

Fondamentale è il ruolo che riveste il medico di medicina generale nell'informare i suoi pazienti in merito a quanto previsto nel nuovo modello organizzativo. Per poterlo svolgere al meglio, egli deve conoscere potenzialità e modalità di funzionamento dell'Unità di Day Surgery Chirurgia breve a cui fa riferimento, facendo ricorso a materiale informativo adeguato.

Il coinvolgimento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta dovrebbe essere previsto sia nella fase di selezione sia in quella di dimissione del paziente in modo da consentirgli di fornire il suo contributo alla corretta applicazione della strategia chirurgica. L'attivazione completa di questo nuovo modello organizzativo comporterà per il medico di base un impegno aggiuntivo sia in termini di colloqui informativi con i propri pazienti, che di visite domiciliari per seguirne il decorso postoperatorio.

Valutazione dell'attività

- Un efficace controllo delle attività svolte è necessario per verificare la qualità delle prestazioni e indirizzare le decisioni cliniche e organizzative. I principali indicatori utilizzabili per la valutazione dell'attività e per il controllo di qualità sono:
- Numero dei casi trattati e numero totale di pazienti presi in carico.
- Indice di operatività.
- Liste di attesa.
- Orari di funzionamento della struttura nonché il numero e la tipologia delle prestazioni effettuate.
- Incidenza delle complicanze.

- Numero di trasferimenti.
- Numero di pazienti che richiedono un nuovo ricovero in conseguenza dell'intervento.
- Numero di chiamate urgenti e relativa motivazione.

Il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente documento è direttamente correlato alla retribuzione di risultato nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui alle vigenti disposizioni contrattuali.

RISORSE FINANZIARIE PER L'AREA CHIRURGICA

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2010, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con la presente direttiva sono stabilite in complessivi € **10.163.268** ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalla relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

Gli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa sono confermati per come già negoziati per l'anno 2009 tra il direttore del dipartimento e i direttori delle unità operative afferenti al dipartimento.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E
SPECIALITA' CHIRURGICHE**

**AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI
DELLE UNITA' OPERATIVE**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E SPECIALITA' CHIRURGICHE AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI DELLE UU.OO.

Azioni e obiettivi specifici delle UU.OO. chirurgiche

Le attività, le azioni e gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna U.O. afferente al dipartimento di chirurgia e specialità chirurgiche sono stati definiti tenuto conto:

- degli indirizzi e delle linee strategiche generali stabilite con il presente documento per le attività ospedaliere afferenti al dipartimento.
- delle risultanze economico-gestionali 2009 del presidio ospedaliero aziendale.
- dei dati 2009 rilevati dal sistema di contabilità analitica per centri di costo con particolare riferimento ai costi diretti.
- dei principali dati di attività svolta da ciascuna U.O. negli ultimi anni e dei correlati principali indicatori riportati nell'allegato 3.

U.O. OCULISTICA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il tasso di occupazione dei posti letto ordinari assegnati comunque non inferiore allo standard del 75% se necessario anche con riduzione temporanea dei p.l. assegnati.
- Mantenere e/o migliorare il tasso di utilizzo dei p.l. per ricoveri in regime diurno.
- Migliorare la percentuale di casi chirurgici trattati in regime diurno.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Attivare il Day Service e trasferire le prestazioni di cui alla DGR 541/2007 dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale.
- Mantenere e/o migliorare l'indice operatorio registrato per il 2008.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi diretti della sala operatoria dedicata.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Incrementare e migliorare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate e ridurre le liste di attesa.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il tasso di occupazione dei posti letto ordinari assegnati riportandolo almeno allo standard del 75% se necessario anche con riduzione temporanea dei p.l. assegnati.
- Mantenere il tasso di utilizzo registrato nel 2008 per i p.l. per ricoveri in regime diurno.

- Incrementare significativamente lo scarso numero di casi chirurgici trattati in regime diurno che verosimilmente denota un improprio utilizzo del regime di ricovero diurno per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali con conseguente eventuale possibilità per gli assistiti di evitare il pagamento di eventuali quote di partecipazione alla spesa sanitaria.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Attivare la Day Service e trasferire le prestazioni di cui alla DGR 541/2007 e 726/2008 dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale.
- Mantenere o migliorare l'indice operatorio mediamente registrato nel 2009.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da radiologia.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario e protesico del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate al fine di ridurre le liste di attesa entro i tempi massimi stabiliti dalla regione.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. OTORINOLARINGOIATRIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Migliorare il tasso di occupazione dei posti letto ordinari assegnati mediamente al di sopra del 75%.
- Migliorare il tasso di utilizzo dei p.l. diurni assegnati mediamente al di sopra del 150%.
- Migliorare l'indice operatorio registrato nel 2009.
- Incrementare significativamente lo scarso numero di casi chirurgici trattati in regime diurno che verosimilmente denota un improprio utilizzo del regime di ricovero diurno per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche : Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da radiologia.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2008.
- Incrementare il peso medio delle prestazioni erogate rispetto a quello registrato per l'anno 2008.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. CHIRURGIA GENERALE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Attivare con decorrenza immediata i p.l. di ricovero diurno assegnati alla U.O. già dal 1.1.2004 ed allo stato non ancora operativi.
- Mantenere il tasso di occupazione dei posti letto ordinari assegnati e spostare rilevanti quote di ricoveri sul regime diurno anche in considerazione che molto verosimilmente vengono trattati in regime ordinario casi di ricovero che potrebbero essere trattati più appropriatamente in regime diurno e di chirurgia ambulatoriale.
- Ridurre significativamente la degenza media complessiva e quella preoperatoria.
- Incrementare significativamente il basso indice operatorio fin qui registrato nonché la percentuale dei casi chirurgici sul totale dei casi trattati.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio e da radiologia.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate con particolare riferimento alla chirurgia ambulatoriale.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

**LINEE D'INTERVENTO AZIONI E
OBIETTIVI GENERALI**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO DI MATERNO - INFANTILE
LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010

Linee d'indirizzo, azioni e obiettivi generali

Per il dipartimento materno infantile valgono gli indirizzi le azioni e gli obiettivi generali già indicati per l'area medica e l'area chirurgica a cui si rimanda.

Inoltre il dipartimento dovrà coordinare le proprie attività azioni e obiettivi con i distretti per le parti correlate alla salute delle donne, dell'infanzia e della neuropsichiatria infantile ricomprese nell'assistenza distrettuale a cui si rimanda.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

RISORSE FINANZIARIE PER L'AREA MATERNO-INFANTILE

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2010, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con la presente direttiva sono stabilite in complessivi € **5.594.916** ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalla relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

Gli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa sono confermati per come già negoziati per l'anno 2009 tra il direttore del dipartimento e i direttori delle unità operative afferenti al dipartimento.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE

**AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI
DELLE UNITA' OPERATIVE**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO MATERNO - INFANTILE AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI DELLE UU.OO.

Azioni e obiettivi specifici delle UU.OO. dell'area materno infantile

Le attività, le azioni e gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna U.O. afferente al dipartimento materno infantile sono stati definiti tenuto conto:

- degli indirizzi e delle linee strategiche generali stabilite con il presente documento per le attività ospedaliere afferenti al dipartimento.
- delle risultanze economico-gestionali 2009 del presidio ospedaliero aziendale.
- dei dati 2009 rilevati dal sistema di contabilità analitica per centri di costo con particolare riferimento ai costi diretti.
- dei principali dati di attività svolta da ciascuna U.O. negli ultimi anni e dei correlati principali indicatori riportati nell'allegato 3.

U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA- Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere e/o incrementare il tasso di utilizzo dei p.l. ordinari assegnati (min. 75%) se necessario anche con la riduzione temporanea dei p.l. e spostare rilevanti quote di ricoveri sul regime diurno e/o ambulatoriale anche in considerazione che molto verosimilmente vengono trattati in regime ordinario casi che potrebbero essere trattati più appropriatamente in altro e diverso regime assistenziale.
- Incrementare l'indice operatorio almeno al di sopra del 50%.
- Ottimizzare il tasso di utilizzo dei p.l. diurni assegnati così da ricondurlo a quello ottimale (150-200%) se necessario anche con la riduzione temporanea dei p.l. assegnati
- Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Assicurare l'I.V.G.
- Attivare il day service e trasferire le prestazioni di cui alla delibera DGR 726/08 dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale.
- Concorrere alla realizzazione dello screening dei tumori del collo dell'utero assicurando le attività di competenza secondo gli standard previsti dallo specifico protocollo aziendale.
- Incrementare il volume di prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate e ridurre le liste di attesa così da ricondurle agli standard regionali.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio e da radiologia.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi competenze accessorie al personale del 10% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. PEDIATRIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari registrato.
- Migliorare il tasso di utilizzo dei p.l. diurni assegnati così da ricondurlo almeno allo standard minimo del 150% se necessario anche con riduzione temporanea dei posti letto assegnati.
- Attivare la Day Service.
- Incrementare l'attività di specialistica ambulatoriale per esterni.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1,5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 5% rispetto a quelli registrati nel 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per competenze accessorie al personale del 5% rispetto a quelli registrati nel 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. PATOLOGIA NEONATALE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari registrato e incrementare significativamente il tasso di utilizzo dei posti letto diurni registrato nel 2009 escluso TIN e nido.
- Incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2009 con riduzione significativa dei tempi di attesa con particolare riferimento a quelle ecografiche.
- Incrementare le attività dei DH rispetto ai casi trattati nel 2008.
- Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1,5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzioni del 5% rispetto a quelli registrati nel 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per competenze accessorie al personale del 5% rispetto a quelli registrati nel 2008.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**DIPARTIMENTO
DEI SERVIZI DIAGNOSTICI**

**LINEE D'INTERVENTO AZIONI E
OBIETTIVI GENERALI**

ANNO 2010

**DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI E SPECIALISTICA AMBULATORIALE
LINEE D'INTERVENTO AZIONI E OBIETTIVI GENERALI 2010**

Linee d'indirizzo, azioni e obiettivi generali

Per il dipartimento dei servizi diagnostici e di specialistica ambulatoriale valgono, in quanto ad essi direttamente correlati, gli indirizzi le azioni e gli obiettivi generali già indicati per l'area medica e l'area chirurgica a cui si rimanda.

Inoltre il dipartimento dovrà coordinare le proprie attività azioni e obiettivi in funzione di assicurare alle UU.OO. dell'area internistica, chirurgica e materno infantile, il corretto svolgimento delle nuove modalità assistenziali relativamente alla Day Service, alla chirurgia ambulatoriale e alla specialistica dei pazienti ambulatoriali complessi.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

RISORSE FINANZIARIE PER L'AREA DEI SERVIZI DIAGNOSTICI

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2010, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con la presente direttiva sono stabilite in complessivi € **14.322.332** ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalla relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

Gli obiettivi specifici di ciascuna unità operativa sono confermati per come già negoziati per l'anno 2009 tra il direttore del dipartimento e i direttori delle unità operative afferenti al dipartimento.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**DIPARTIMENTO
DEI SERVIZI DIAGNOSTICI**

**AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI
DELLE UNITA' OPERATIVE**

ANNO 2010

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI DELLE UU.OO.

Azioni e obiettivi specifici delle UU.OO. dell'area dei servizi diagnostici

Le attività, le azioni e gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna U.O. afferente al dipartimento sono stati definiti tenuto conto:

- degli indirizzi e delle linee strategiche generali stabilite con il presente documento per le attività ospedaliere afferenti al dipartimento.
- delle risultanze economico-gestionali 2009 del presidio ospedaliero aziendale.
- dei dati 2009 rilevati dal sistema di contabilità analitica per centri di costo con particolare riferimento ai costi diretti.
- *dei principali dati di attività svolta da ciascuna U.O. negli ultimi anni e dei correlati principali indicatori riportati nell'allegato 3.*

U.O. GASTROENTEROLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere o migliorare gli indicatori relativi all'attività di ricovero diurno già avviata.
- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate agli esterni e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico documento allegato al presente piano di attività.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico attuati nella U.O.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attività di Day Service/PAC delle U.O. dell'area internistica.
- Concorrere alla realizzazione dello screening dei tumori del colon-retto assicurando le attività di competenza secondo gli standard previsti dallo specifico protocollo aziendale.
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Razionalizzare e ridurre il costo di competenze accessorie al personale del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. ANATOMIA PATOLOGICA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Mantenere il volume di produzione almeno ai livelli dell'esercizio 2008 migliorando il numero delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate agli esterni e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento di cui allo specifico documento allegato al presente piano di attività.

- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni ed ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza (es. genetica) anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico della U.O. che dovessero intervenire nel corso del 2010.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica nel piano di attività 2010.
- Concorrere alla realizzazione degli screening oncologici per la prevenzione dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon retto, assicurando le attività di competenza secondo gli standard previsti dai rispettivi e specifici progetti aziendali.
- Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica.
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi di manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe regionali vigenti.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. DERMATOLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate agli esterni nel 2008 e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico documento allegato al piano di attività.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza (es. genetica) anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico della U.O. in corso di attuazione.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche : Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica nel piano di attività.
- Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica
- Continuare ad assicurare e migliorare la collaborazione operativa nello svolgimento degli screening oncologici per la prevenzione dei tumori del seno, del collo dell'utero e del con retto avviati dall'azienda in esecuzione delle specifiche disposizioni regionali.
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe regionali vigenti.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Programmazione della riallocazione della U.O. nell'ambito del P.O. di Crotone e conseguente riduzione dei tempi di risposta per le prestazioni interne richieste dalle UU.OO. ospedaliere.
- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico documento allegato al presente piano di attività.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico della U.O. in corso di attuazione.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche : Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attivare di Day Service delle U.O. dell'ara internistica
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e di manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. LABORATORIO ANALISI - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Utilizzare in maniera efficace ed efficiente la nuova sala prelievi già completata.
- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate da erogate per esterni e ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno e di day service.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico della U.O. in corso di attuazione.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche : Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attivare di Day Service delle U.O. dell'ara internistica
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e di manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Razionalizzare e ridurre il costo per competenze accessorie del personale del 5% rispetto a quelli registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività

aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. MEDICINA NUCLEARE - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate da erogare agli esterni e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico documento allegato al presente piano di attività.
- Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico e adeguamento della U.O. in corso di attuazione.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche : Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 5% rispetto al 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. RADIOLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate da erogate per esterni e ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno e di day service.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico della U.O. ed assicurare le prestazioni richieste dal pronto soccorso nell'apposita struttura di RX ivi localizzata.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica.
- Concorrere alla realizzazione degli screening dei tumori, primo tra tutti quello orientato alla diagnosi precoce dei tumori della mammella, assicurando il supporto di competenza perché possano essere rispettati gli standard previsti dagli specifici protocolli aziendali.
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività o attività aggiuntive).
- Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.

- Razionalizzare e contenere i costi per competenze accessorie al personale del 5% rispetto a quelli registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. DIABETOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Attivare in regime di ricovero diurno i 4 posti letto previsti dal PSR di cui all'allegato del presente relativo all'offerta di posti letto della rete ospedaliera.
- Mantenere o migliorare il numero delle prestazioni appropriate da erogate per esterni.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi programmati di ammodernamento tecnologico della U.O.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche : Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attività di Day Service/PAC delle U.O. dell'ara internistica di cui allo specifico allegato al presente piano di attività.
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti per l'anno in corso.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. AUDIOLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate agli esterni riportando la produzione almeno a quella del 2008 e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico documento allegato al presente piano di attività.
- Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno e di day service.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche : Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'ara internistica
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico e adeguamento della U.O. in corso di attuazione.

- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti per l'anno in corso.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O.S.D. ANGIOLOGIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate da erogare agli esterni riportandoli almeno a quelle prodotte nel 2006 e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico documento allegato al presente piano di attività.
- Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno e di day service.
- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico e adeguamento del personale della U.O.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 1% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Razionalizzare e contenere i costi per competenze accessorie al personale del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti per l'anno in corso.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O.S.D. FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA - Azioni e obiettivi specifici 2010

Attività azioni e obiettivi specifici

- Incrementare il numero delle prestazioni appropriate da erogare agli esterni riportando la produzione almeno a quella del 2006 e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico documento allegato al presente piano di attività.
- Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno e di day service.

- Migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e ampliare la gamma delle tipologie prestazionali offerte all'utenza anche in funzione degli interventi di ammodernamento tecnologico e adeguamento del personale della U.O.
- Concorrere alla realizzazione del progetto "riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale" indicato negli obiettivi generali dell'area chirurgica.
- Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 1% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
- Assicurare la corretta codifica e trasmissione mensile del numero di prestazioni prodotte valorizzate sulla base delle tariffe vigenti per l'anno in corso.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

U.O. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE - Azioni e obiettivi specifici 2010

L'attività di indirizzo e coordinamento promossa dalla Regione con il varo del Piano Sangue Regionale e finalizzata a conseguire l'autosufficienza del sangue e degli emoderivati oltre che il riordino dei servizi di immunoematologia e trasfusionali ha consentito di impostare nella nostra azienda lo sviluppo del servizio sia in termini strutturali che tecnologici e organizzativi tali da rendere le attività del nostro servizio di immunoematologia e trasfusionale tra i più aderenti nel metodo e nel merito, con gli obiettivi del nuovo piano sangue regionale e nazionale.

In linea e in attuazione degli indirizzi regionali in materia l'azienda negli ultimi anni ha realizzato rilevanti interventi di ristrutturazione, di ammodernamento tecnologico e di personale che hanno consentito la realizzazione ex novo del SIT del P.O. di Crotone che allo stato risulta certamente tra i migliori esistenti nella Regione.

A partire dal 2002 quindi l'andamento di raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti da parte del nuovo SIT ha evidenziato un crescente incremento sia qualitativo, i dati regionali di attività si evidenziano qui di seguito:

- L'incremento significativo della raccolta sangue cresciuto costantemente dal 2002 a tutt'oggi
- La trasformazione del plasma fornito dalla nostra struttura trasfusionale ha concorso a produrre albumina umana, immunoglobuline aspecifiche endovena, antitrombina III e complesso protrombinico.

In considerazione della essenzialità della risorsa sangue ed emoderivati per il buon funzionamento del SSR, il Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale aziendale dovrà proseguire nel suo impegno alla realizzazione di alcuni importanti obiettivi.

Fra questi spiccano la promozione attiva della donazione di sangue e l'incremento della raccolta e del livello di appropriatezza dei consumi, lo sviluppo e l'integrazione del servizio nella rete delle strutture trasfusionali regionali, l'incremento ulteriore dei livelli di sicurezza degli emocomponenti e dei plasmaderivati.

Risultano inoltre di primaria importanza :

- la valorizzazione del ruolo delle associazioni di volontariato nella promozione della donazione, nella gestione delle strutture e nello sviluppo di progetti per la salute;
- il mantenimento di un elevato livello di qualificazione del personale;
- la diffusione di strategie per il buon uso del sangue anche potenziando il ricorso alle tecniche alternative alla trasfusione di sangue omologo (predepositi, recupero perioperatorio, ecc.);
- l'approvvigionamento di plasmaderivati in via preferenziale attraverso il Centro regionale di coordinamento e compensazione.

Attività azioni e obiettivi specifici 2010

- Attuare il Programma Piano Sangue Regionale con all'obiettivo di aumento della raccolta

- per il mantenimento dell'autosufficienza aziendale e del contributo di quella regionale.
- Implementare strategie per il buon uso del sangue, anche potenziando il ricorso alle tecniche alternative alla trasfusione di sangue omologo (predepositi, recupero perioperatorio, etc.)
 - Razionalizzare ulteriormente i costi per garantire l'approvvigionamento di plasmaderivati al fine di migliorare i livelli di efficienza complessiva del settore trasfusionale aziendale.
 - Migliorare il servizio offerto ai cittadini donatori e valorizzare il ruolo delle Associazioni.
 - Concorrere alla predisposizione di linee-guida per il buon uso del sangue, per la sicurezza trasfusionale e la tutela dei cittadini e degli operatori.
 - Perfezionare e razionalizzare l'attuale sistema di raccolta e di finanziamento alle Associazioni dei donatori.
 - Proporre iniziative per la formazione degli operatori che operano nel settore trasfusionale.
 - Proporre campagne di informazione e di educazione sanitaria dei cittadini e degli operatori sanitari sulla donazione ed il buon uso del sangue e degli emoderivati.
 - Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 2008 (salvo l'avvio di eventuali nuove attività).
 - Razionalizzare e contenere i costi di servizi e di manutenzione del 5% rispetto all'esercizio 2008.
 - Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
 - Razionalizzare e contenere il costo delle competenze accessorie del personale del 5% rispetto a quelli registrati nell'esercizio 2008.
 - Assicurare la corretta codifica e la puntuale trasmissione mensile delle prestazioni effettuate.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

Finanziamento del SIT

Al finanziamento delle attività rese dal SIT si provvederà con la quota parte delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione relative al finanziamento delle attività e funzioni ospedaliere non tariffabili.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA ANNO 2010**

**AREA DELLE FUNZIONI DI
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E
DI FARMACIA OSPEDALIERA**

**AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI
DELLE UNITA' OPERATIVE**

ANNO 2010

AREA DELLA FUNZIONE DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E FARMACIA OSPEDALIERA

AREA DELLA FUNZIONE DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E FARMACIA OSPEDALIERA

In attesa della definitiva strutturazione organizzativa interna del presidio ospedaliero aziendale che sarà definita con il nuovo atto aziendale costituiscono azioni e obiettivi generali per le attuali UU.OO. dell'area il puntuale e corretto assolvimento delle attribuzioni proprie della direzione medica di presidio nonché del servizio di farmacia ospedaliera.

Le attività le azioni e gli obiettivi specifici assegnati alle medesime unità operative per l'anno in corso sono quelli qui di seguito riportati.

U.O. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO- Azioni e obiettivi specifici 2010

Per l'esercizio in corso si assegnano alla U.O. i seguenti obiettivi specifici:

- Assicurare la corretta e puntuale trasmissione alla Regione delle SDO entro i termini e con le modalità stabilite dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia.
- Incrementare, razionalizzare e rendere più efficienti ed efficaci le attività di vigilanza igienico sanitaria del presidio di competenza.
- Incrementare e sviluppare l'efficacia delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere con particolare riferimento al blocco operatorio ed ai reparti di degenza.
- Assicurare la corretta gestione e la razionalizzazione delle attività di controllo sugli accessi ai servizi di degenza e ambulatoriali.
- Razionalizzare e contenere i costi per acquisti di esercizio rispetto a quelli registrati per l'anno 2008 e comunque mantenere la spesa 2010 entro i limiti del budget assegnato.
- Razionalizzare e contenere le spese amministrative generali rispetto a quelli registrati per l'anno 2008 e comunque mantenere la spesa entro i limiti del budget assegnato.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2008.
- Assicurare, di concerto con il competente servizio aziendale di prevenzione e sicurezza, le attività e funzioni in materia di prevenzione e sicurezza della struttura ospedaliera aziendale stabilite dalla legge 81 e indicate nel vigente regolamento aziendale in materia.

U.O. FARMACIA OSPEDALIERA- Azioni e obiettivi specifici 2010

L'analisi dei consumi farmaceutici ospedalieri relativi all'esercizio 2009 evidenzia la necessità di specifici ulteriori interventi in particolar modo finalizzati al miglioramento, alla razionalizzazione e all'appropriatezza dei consumi farmaceutici ospedalieri, inoltre, permane per l'esercizio 2010 l'obiettivo di migliorare ulteriormente la corretta e puntuale applicazione delle procedure di gestione del magazzino farmaceutico e delle scorte nonché la corretta e puntuale attività di alimentazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo.

Il servizio farmaceutico ospedaliero dovrà inoltre ulteriormente assicurare la distribuzione diretta di farmaci alla dimissione ospedaliera e dopo la visita specialistica ambulatoriale in ambito ospedaliero.

Il servizio farmaceutico ospedaliero sarà pertanto tenuto ad impegnarsi ulteriormente su queste azioni e obiettivi prioritariamente assegnati anche per l'anno in corso, specificando che una efficiente ed efficace gestione dei servizi farmaceutici ospedalieri ed un appropriato utilizzo di farmaci e presidi ospedalieri coinvolge in eguale misura anche i direttori delle UU.OO. Ospedaliere.

Il servizio di farmacia ospedaliera, per quanto di competenza, dovrà, inoltre, dare concreta attuazione agli interventi di razionalizzazione e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera di cui alla DGR 371 del 12.5.2010 adottata dalla Giunta Regionale in esecuzione del piano di rientro.

Fra gli obiettivi prioritari dell'anno in corso dovrà essere compreso anche lo sviluppo di strumenti del governo clinico per la verifica dell'utilizzo dei farmaci necessari per la terapia di

malattie croniche, che possono presentare approcci terapeutici differenziati, con effetti variabili sull'impiego delle risorse.

Dovrà inoltre essere promossa la collaborazione e la condivisione delle scelte terapeutiche fra i medici coinvolti nella gestione delle patologie. Esiste infatti una eguale responsabilità prescrittiva dei medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e di assistenza primaria.

E' possibile migliorare i livelli di appropriatezza con un impegno congiunto di tutti i medici, per l'applicazione e la valutazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, per il coinvolgimento in iniziative di formazione e di supporto all'analisi dei dati di consumo, nella gestione delle informazioni e nella valutazione critica delle evidenze scientifiche.

Dovrà essere, inoltre, rafforzato il settore della farmacovigilanza, promuovendo attività di formazione e di informazione ai medici, al fine di potenziare l'attività di segnalazione delle reazioni avverse da farmaci e migliorare la qualità di compilazione delle schede. A tal fine dovranno essere sviluppate iniziative di farmacovigilanza attiva, connesse alla valutazione e al monitoraggio della qualità della terapia, con particolare riferimento al tema delle associazioni farmacologiche, all'uso di antibiotici nei bambini ed alle prescrizioni rilevanti per il sovradosaggio e per complessità di terapia.

Anche diverse norme nazionali oltre che le specifiche disposizioni regionali sono intervenute richiamando la necessità di un più puntuale controllo delle prescrizioni farmaceutiche. Al servizio ospedaliero competerà la realizzazione di iniziative di informazione, formazione e coinvolgimento delle diverse figure professionali, per favorire l'erogazione di prestazioni appropriate ed efficaci, secondo le evidenze scientifiche disponibili.

RISORSE FINANZIARIE PER L'AREA DELLA FUNZIONE DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E FARMACIA OSPEDALIERA

Le risorse finanziarie assegnate all'area per l'anno 2010, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con la presente direttiva sono stabilite in complessivi € **6.788.399** ed assegnate quale budget complessivo per l'anno in corso.

Si precisa, inoltre, che per l'anno 2010 gli obiettivi ed il budget complessivo del dipartimento restano assegnati e confermati per come risultanti dal *verbale riunione negoziazione obiettivi e budget 2009* e dalla relative schede di budget in atti, debitamente negoziati e firmati dal direttore del dipartimento e dall'amministrazione.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL.

**IL PROGRAMMA E IL PIANO DELLE ATTIVITA' AZIENDALI
AREA STRATEGICA E AMMINISTRATIVA ANNO 2010**

**AREA DELLE FUNZIONI STRATEGICHE
E AMMINISTRATIVE AZIENDALI**

**AZIONI E OBIETTIVI GENERALI
E SPECIFICI DELLE STRUTTURE
ORGANIZZATIVE**

ANNO 2010

OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI 2010 AREA STRATEGICA E AMMINISTRATIVA

Linee generali di intervento

Le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda rappresentano l'insieme di attività aziendali finalizzate alla pianificazione, alla programmazione e al controllo strategico nonché all'assunzione delle decisioni di alta amministrazione.

Tali funzioni sono esercitate dalla Direzione Generale, con il supporto delle strutture organizzative che operano a livello centrale per lo svolgimento dei seguenti macro-processi aziendali.

- Pianificazione strategica, organizzazione aziendale, programmazione annuale budget e committenza, epidemiologia e statistica sanitaria.
- Politiche di bilancio e controllo di gestione.
- Relazioni sindacali.
- Pianificazione e verifica delle attività inerenti alla sicurezza e prevenzione aziendale.
- Politiche di comunicazione aziendale interna e verso l'esterno.
- Funzioni di coordinamento delle attività di formazione e aggiornamento del personale.

Le funzioni tecnico-gestionali centrali di supporto rappresentano l'insieme delle attività aziendali finalizzate ad assicurare a tutte le strutture interne dell'azienda ed alla direzione aziendale le condizioni di operatività tecnico amministrativa dell'azienda.

Tali funzioni sono attuate dalle strutture organizzative che operano a livello centrale e sono deputate alla conduzione dei seguenti macro-processi aziendali:

- Gestione e sviluppo delle risorse umane
- Progettazione e gestione opere e lavori
- Gestione del patrimonio
- Approvvigionamento beni e servizi
- Gestione risorse finanziarie Gestione contenzioso giudiziale ed extragiudiziale
- Manutenzione impianti ed apparecchiature
- Gestione infrastrutture informatiche e sistema informativo
- Sviluppo e monitoraggio attività sanitarie, qualità e accreditamento

Azioni e obiettivi 2010

Per ciascuna delle strutture organizzative dell'area strategica e amministrativa, in relazione alle specifiche competenze attribuite, è assegnato l'obiettivo di assicurare il corretto, efficace ed efficiente svolgimento dei macro-processi sopra delineati nonché di perseguire le seguenti azioni e attività prioritarie:

- Rispettare i vincoli economici definiti nel presente piano delle attività aziendale;
- Consolidare il sistema della programmazione, valutazione e controllo mediante il sistema di budgeting definito per l'anno in corso;
- Consolidare procedure standard di controllo di gestione con particolare riferimento all'efficacia, all'efficienza ed all'economicità;
- Consolidare il sistema di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità;
- Consolidare il sistema di valutazione dei dirigenti ed il controllo strategico;
- Rilevare i carichi di lavoro per ciascuna funzione e razionalizzare l'utilizzo del personale assegnato con particolare riferimento alle funzioni ed ai servizi amministrativi;
- Rafforzare le azioni e gli interventi per la comunicazione, la partecipazione e le relazioni con il pubblico;
- Garantire il diritto all'informazione e all'accessibilità degli atti;
- Adottare iniziative di snellimento delle procedure burocratiche e formali;
- Rafforzare le attività formative ed i sistemi di qualità in coerenza con lo sviluppo delle attività cliniche;
- Consolidare il sistema informativo mediante raccolta e diffusione sistematica delle

- informazioni;
- Ricercare ed attuare procedure efficaci per la riduzione del contenzioso interno ed esterno;
 - **Osservare le disposizioni già emanate dall'ufficio Commissariale in materia di tetti di spesa per acquisti di beni e servizi in esecuzione della specifica DGR varata in attuazione del piano di rientro;**
 - **Osservare le disposizioni già emanate dall'ufficio Commissariale in materia di razionalizzazione e controllo della spesa corrente;**
 - Allineare i pagamenti alle disponibilità finanziarie correnti;
 - Predisporre un progetto articolato di messa in sicurezza delle strutture;
 - Mantenere una corretta e puntuale trasmissione dei flussi informativi relativi all'Area Amministrativa;
 - Predisporre un piano organico di formazione trasversale di interesse generale e finalizzato allo sviluppo delle capacità manageriali di sostegno al processo di aziendalizzazione.

Il raggiungimento degli obiettivi nonché il corretto svolgimento delle attività aziendali di cui al presente piano è direttamente correlato alla retribuzione di risultato del personale dirigente e del comparto nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui al vigente CCNL

PIANO ATTIVITA' AZIENDALI 2010

ALLEGATO A)

PIANO ANNUALE PREVENTIVO 2010 PER ACQUISTO PRESTAZIONI DA PRIVATO

- **Assistenza ospedaliera**
(delibera DG n. 031/2010)

- **Assistenza specialistica ambulatoriale**
(delibera CS n. 013/2010)

- **Assistenza residenziale e semiresidenziale**
(delibera DG n. 032/2010)

PIANO ATTIVITA' AZIENDALI 2010

ALLEGATO N. 1

**MIGLIORAMENTO DELLE ATTESE
PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE**



MIGLIORAMENTO DELLE ATTESE PER PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Premessa

Nell'anno 2010 e seguenti, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone sarà impegnata a rispettare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali indicate a livello nazionale dalla conferenza Stato-Regioni, oltre a quelle specificate dai provvedimenti di programmazione sanitaria al riguardo adottati dalla Regione.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario portare a completamento il sistema di governo delle liste di attesa.

Gli obiettivi di riduzione dei tempi di attesa e della semplificazione dei percorsi sono strettamente connessi con la ricerca dell'appropriatezza, della qualità e dell'equità dell'assistenza specialistica ambulatoriale in tutte le strutture aziendali.

Il processo e le azioni intraprese dall'azienda per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica già avviato con il piano di attività aziendale del 2007 ha consentito solo in parte di raggiungere i risultati attesi permangono infatti, specie per alcune tipologie di prestazioni, ancora la necessità di prevedere ulteriori azioni finalizzate a determinare la riduzione delle attese ed avviare il centro unico di prenotazione.

Per il potenziamento e la razionalizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali si dovrà prevedere flessibilità nella gestione del personale, utilizzo ottimale delle strutture e delle tecnologie. Inoltre, qualora necessario per rispettare i tempi massimi di attesa stabiliti dai provvedimenti nazionali e regionali in materia, l'Azienda ricorrerà, ulteriormente, all'istituto della libera professione intramuraria aggiuntiva che consente di richiedere ai propri dirigenti l'erogazione di prestazioni aggiuntive finalizzate alla riduzione delle liste di attesa.

LE AZIONI E GLI OBIETTIVI GENERALI PER IL 2010

Monitoraggio dei tempi di attesa

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali per le quali, anche episodicamente, non vengono rispettati i tempi di attesa sono individuate e successivamente incluse nella lista delle prestazioni "**critiche aziendali**"; esse sono sottoposte a monitoraggio periodico al fine di individuare le cause specifiche e quindi intervenire per migliorare i tempi.

Lo standard è fissato in un massimo di 30 giorni dalla prenotazione per le visite e in un massimo di 60 giorni dalla prenotazione per le prestazioni di diagnostica strumentale.

Le liste d'attesa sottoposte a monitoraggio si riferiscono a:

- Visite specialistiche, intese come "prime visite";
- Prestazioni di diagnostica strumentale;

Al fine di uniformare la rilevazione ed il **calcolo dei tempi di attesa** agli standard, si conviene che il tempo da indicare in sede di monitoraggio venga calcolato nel seguente modo: considerata in ambito aziendale una prestazione a cui sono associate una o più agende di prenotazione, il tempo di attesa effettivo è rappresentato dalla prima disponibilità utile ad eseguire la prestazione, seguita da una o più disponibilità nei successivi tre giorni di erogazione della prestazione considerata.

In presenza di più unità eroganti la stessa prestazione, il tempo effettivo da considerare è quello dell'agenda che presenta il tempo inferiore nell'intero ambito aziendale (**tempo d'attesa minimo aziendale**). La scelta si fonda sul presupposto che il cittadino abbia l'opportunità di scegliere la struttura erogatrice con il tempo di attesa inferiore.

Il **tempo massimo di attesa** rappresenta il tempo "che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni (prenotazione) e l'erogazione della stessa.

Questo è un tempo fissato dall'azienda in considerazione dell'impegno assunto nei confronti dei cittadini "(cfr. comma 10 art. 3 del D.Lgs 29.4.98, n. 124). I criteri utilizzati per la definizione del tempo massimo aziendale sono analoghi a quelli utilizzati per la definizione del

tempo di attesa effettivo.

Il monitoraggio aziendale periodico delle prestazioni “**critiche aziendali**” riguarderà, oltre alla verifica del rispetto dei tempi massimi di attesa su base mensile, il rapporto fra i volumi di attività erogati in regime istituzionale e quelli in libera professione, l’offerta media settimanale di prestazioni, ed il numero di utenti in lista di attesa; attraverso la valutazione congiunta di questi parametri saranno di volta assunti dalle competenti strutture organizzative aziendali i provvedimenti ritenuti più efficaci ad assicurare un corretto rapporto fra domanda e offerta di prestazioni.

L’Azienda si impegna a diffondere i risultati del monitoraggio riguardante le prestazioni critiche aziendali, ivi ricomprese le tipologie prestazionali individuate a livello nazionale dalla Conferenza Stato-Regioni e a livello regionale.

L’Azienda si impegna peraltro a implementare verifiche incrociate fra medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali in ordine alla appropriatezza delle richieste prestazionali di area critica, sulla base di check list concordate e predefinite, e in ordine al rispetto della applicazione dei principi della semplificazione dell’accesso e della presa in carico.

Incremento dell’offerta

A fronte del persistere di alcune criticità riguardanti, in particolare, prestazioni dedicate a patologie prevalenti e clinicamente rilevanti si ritiene giustificato attuare ulteriori azioni per migliorare il controllo dei tempi di attesa delle stesse, obiettivo che viene perseguito agendo sui versanti dell’offerta e del controllo dell’appropriatezza della domanda.

Tali azioni saranno concordate con le unità operative eroganti dell’azienda e con le rappresentanze sindacali dei Medici di Medicina Generale prescrittori; per la restante parte rappresentano la committenza esterna da negoziare con i soggetti produttori privati accreditati.

Infine permane l’impegno di continuare ad erogare risposte nei tempi concordati per le prestazioni specialistiche prioritarie o prestazioni sollecite (entro 7 gg dalla richiesta). Le tipologie di prestazioni fruibili con tali prerogative, ed i relativi protocolli di accesso saranno oggetto di puntuale rivisitazione e messa a punto, di concerto con i medici di medicina generale, i medici ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali dei distretti.

Qualora insorgano problemi contingenti, l’Azienda garantirà tale diritto di esigibilità nell’ambito di percorsi guidati, anche utilizzando, in via eccezionale ed episodica, attività aggiuntive acquisite in libera professione intramuraria dai propri professionisti.

Le prestazioni che si ritengono meno critiche sono, a tale riguardo, la visita **dermatologica, odontoiatrica, allergologica** e, fra le prestazioni strumentali l’**ecografia osteoarticolare**.

Per queste prestazioni ambulatoriali si conviene di concordare, caso per caso, dei tempi massimi di attesa che tengano debitamente in conto della rilevanza clinica connessa con la tempestività di erogazione delle medesime.

Nel 2010 le attività erogate direttamente dalle strutture aziendali a gestione diretta dovranno essere programmate in modo da evitare soluzioni di continuità, limitando le riduzioni di offerta in concomitanza dei periodi festivi ed in occasione dei periodi di congedo ordinario del personale medico. L’analisi dei tempi di attesa ha in effetti messo in rilievo che la domanda rimane pressoché costante durante tutti i mesi dell’anno, mentre l’offerta si riduce a ridosso del periodo estivo, rispetto agli altri periodi. **E’ inoltre stabilita l’assoluta non chiusura delle prenotazioni in qualsiasi periodo dell’anno.**

Governo della domanda e appropriatezza

Nel corso degli ultimi anni la completa attuazione dei piani di lavoro dell’attività ambulatoriale alle indicazioni sulla loro derogabilità con oneri a carico del SSR di cui alla specifica normativa nazionale e regionale sui LEA ha comportato l’eliminazione quasi totale delle attività a bassa priorità non più ricomprese nei LEA.

Particolare attenzione in ordine all’appropriatezza sarà dedicata nel 2010 alle prestazioni non

appropriate erogate in soggetti con osteoporosi, agli esami di laboratorio di base individuati ad alto rischio di inappropriata, alla riduzione degli esami non appropriati di ecocolordoppler, tomografia computerizzata e risonanza magnetica.

Sempre sul fronte del perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva saranno attuati ulteriori momenti di monitoraggio delle richieste riguardanti le prestazioni più critiche, seguiti da audit clinici di confronto fra prescrittori.

Sul fronte ospedaliero le prestazioni sui cui prioritariamente si agirà in termini di monitoraggio e/o con preventiva valutazione dell'appropriatezza della richiesta, sono rappresentate dalla **ecocardiografia e dall'ecodoppler vascolare, dalla TC, dalla RM, dalla colonscopia e dall'elettromiografia.**

Per quanto attiene la medicina del territorio si segnala che l'appropriatezza prescrittiva qualitativa delle prestazioni di ecocardiografia, ecodoppler vascolare, diagnostica di laboratorio di base, radiodiagnostica e elettromiografia sarà oggetto di specifica attività di monitoraggio con i direttori di distretto.

Semplificazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali

Unitamente a provvedimenti come quelli suesposti, finalizzati da un lato ad incrementare l'offerta prestazionale e dall'altro a governare l'appropriatezza della domanda, sono previste importanti azioni mirate alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

L'obiettivo è di creare nuovi percorsi organizzativi, per evitare al cittadino/utente la spola fra medico di medicina generale e specialista ospedaliero e territoriale.

Il concetto fondamentale è che quando lo specialista richiede nuovi esami, non è più necessaria la trascrizione da parte del medico di medicina generale. Il cittadino può rivolgersi direttamente ai centri di prenotazione (anche all'interno dell'unità erogante) con la richiesta compilata dallo specialista, il quale solo quando ha sciolto il quesito diagnostico postogli stilerà un referto per il medico di medicina generale. Per ottenere questa semplificazione dei percorsi a favore del cittadino è però necessario modificare abitudini e schemi sia della pubblica amministrazione sia dei medici coinvolti.

• Prenotazione e organizzazione – Attivazione definitiva del CUP

Le condizioni di accesso alle prestazioni specialistiche nel territorio dell'Azienda sono attualmente contraddistinte da una scarsa efficienza operativa nella prenotazione non risultando ancora attivato il CUP. A questo si deve aggiungere l'inesistenza di punti di prenotazione del sistema, presso le farmacie e nell'ambito delle unità eroganti ambulatoriali o presso gli studi dei medici di medicina generale che esercitano in forma associata.

Ciò premesso l'Azienda ha in fase avanzata di realizzazione il progetto di attivazione del CUP che entro il corrente anno sarà reso operativo.

Nell'ambito della semplificazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali rientrano le azioni specifiche 2010 di seguito descritte:

- l'adeguamento delle procedure amministrative ambulatoriali per l'estensione della gestione delle prenotazioni dirette degli accertamenti necessari nelle fasi pre e post-ricovero;
- la revisione periodica delle agende di prenotazione delle prestazioni di diagnostica complessa (TAC, RM);
- l'adozione della pratica dell'overbooking prenotativo (programmazione di un numero di prenotazioni superiori alle disponibilità effettive della struttura erogante);
- il superamento della chiusura stagionale delle agende;
- l'introduzione della separazione funzionale delle agende relative ai primi contatti ed ai controlli in modo che lo specialista possa prenotare direttamente le prestazioni di controllo, o eventuali ulteriori accertamenti nell'ambito della propria Unità Operativa. Tale modalità di prenotazione, oltre a collocare i pazienti nelle liste più appropriate, permetterà anche di fissare l'appuntamento successivo nei tempi ritenuti più idonei dal prescrittore, attuando in questo modo la presa in carico semplice.

Nel complesso queste azioni dovranno essere perseguite ed attuate nell'anno in corso e dovranno coinvolgere anche i medici di medicina generale che gli specialisti ambulatoriali dei

distretti.

LE AZIONI E GLI OBIETTIVI SPECIFICI PER IL 2010

Oltre alle azioni e obiettivi generali sopra indicati, per l'anno in corso resta confermato l'obiettivo prioritario di attivazione del CUP.

Inoltre nelle tabelle che seguono sono riportati i tempi di attesa registrati nell'anno 2009 per le principali tipologie di prestazioni ambulatoriali effettuate dalle strutture ospedaliere e distrettuali dell'azienda; nella stessa tabella sono, inoltre, indicati i tempi massimi di attesa stabiliti dalla

Regione e gli obiettivi 2010 stabiliti per ciascuna tipologia di prestazioni erogate dalle strutture ospedaliere e distrettuali dell'azienda.

Il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente documento è direttamente correlato alla retribuzione di risultato nonché alla valutazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative del comparto di cui alle vigenti disposizioni contrattuali.

ipologia Prestazioni	Tempi di attesa massimi indicati dalla Regione	giorni attesa registrati anno 2009	obiettivo 2010
Esame Rx con contrasto	20	15	15
Esame Rx senza contrasto		5	*5
Tac senza mezzo di contrasto	60 (10 gg. Classe A)	10	*10
Tac con mezzo di contrasto		10	*10
R.M. senza mezzo di contrasto	60(10 gg. Classe A)	25	*25
R.M. con mezzo di contrasto		25	*25
Mammografia no screening		300	60
Ostetrica-ginecologica	60	15	15
Cardiaca		90	60
Eco color Doppler dei tronchi sovra aortici		300	60
Ecocolor Doppler dei vasi periferici		300	60
Addome, Tiroidea, renale		4	4
Card.-Encef.-Ren.- Anche Neonatale		4	4
Scintigrafia del miocardio		60	40
Scintigrafia Ossea total-Body	30		30
Scintigrafia Tiroidea	20		20
Scintigrafia Renale	15		15
Visita cardiologia	20	70	20
Elettrocardiogramma	60	0	*
Elettrocardiogramma holter	60	90	60
Elettrocardiogramma da sforzo	60	15	15

Visita dermatologica	20	50	20
Test allergologici	60	10	10
Allergologia	60	40	40
Allergologia Pediatrica	60	40	40
Visita gastroenterologica	60(10 gg. Classe A)	30	30
Colonscopia		50	50
Esofagogastroduodenoscopia		50	50
Visita pneumologica	20	35	20
Spirometria	60	35	35
Broncoscopia	60	35	35
Visita neurologica	20	30	20
Elettroencefalogramma	60	6	6
Elettromiografia	60	22	22
Visita Oculistica	20	150	20
Campo visivo	60	7	7
Fondo oculare	60	7	7
Fluoroangiografia	60	7	7
Visita otorinolaringoiatria	20	0	0
Audiometria	60	0	0
Impedenzometria	60	0	0
Potenziali evocati	60	0	0
Test vestibolare	60	0	0
Fisioterapia	20	10	10
Logopedia	20	20	20
Ortottica	20	2	2
Visita Fisiatica	20	10	10
Visita Chirurgia Generale	20	0	0
Visita Diabetologica	20	0	0
Visite Dislipidemiche	20	0	0
Visita Endocrinologia	20	10	10
Visita Geriatrica	20	0	0
Visita Ginecologica	20	0	0
Visita di Medicina Internistica	20	3	3
Visita Nefrologica	20	5	5
Visita Oncologica	15	20	15
Visita Ortopedica	20	40	20
Visita Pediatrica	20	0	0

PIANO ATTIVITA' AZIENDALI 2010

ALLEGATO N. 2

RETE OSPEDALIERA AZIENDALE POSTI LETTO ATTUALI

(In attesa del riordino della rete ospedaliera
di cui alla DGR n. 490 del 2.7.2010)

TABELLA POSTI LETTO ATTUALI P.O. DI CROTONE

AREA FUNZIONLE OMOGENEA	codice discipl.	Discipline ad elevata e media assistenza ovvero di riabilitazione intensiva	codice discipl.	Discipline di base ovvero di riabilitazione estensiva e lungodegenza	Posti letto		Totale	
					ordinari	DH		
MEDICA	24	Malattie infettive			15	5	20	
	40	Psichiatria			14	2	16	
	8	Cardiologia			26	4	30	
	18	Ematologia/Microcit.			-	8	8	
	29	Nefrologia			8	2	10	
	54	Emodialisi (**)					36	
	32	Neurologia (*)			14	3	17	
	64	Oncologia			-	10	10	
				51	Medicina d'urgenza	16	4	20
				21	Geriatria	20	4	24
				19	Endocrinologia e diabetologia	-	4	4
				26	Medicina Generale	58	6	64
CHIRURGICA			9	Chirurgia Generale	48	9	57	
			9	Chirurgia d'urgenza (°)	16	4	20	
			34	Oculistica	10	5	15	
			36	Ortopedia e Traumatologia	28	4	32	
			38	Otorinolaringoiatria	10	6	16	
INTENSIVA	49	Terapia Intensiva (°)			11	0	11	
	50	Unità Coronarica (°)			14	0	14	
	73	TIN			8	0	8	
MATERNO - INFANTILE	62	Neonatologia			6	2	8	
	39	Pediatria			10	4	14	
			37	Ostetricia e Ginecologia	32	6	38	
LUNGOD. E RIABIL.			60	Lungodegenza	0	-	0	
			60	Hospice	0	-	0	
TOTALE POSTI LETTO					364	92	456	
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE					456			

(*) Posti letto non ancora attivati di cui se ne prevede l'attivazione nel corso del 2010

(°) Dei p.l.di terapia intensiva sono attivi solo 8 – dei p.l. di UTIC sono attivi solo 8 – dei p.l. di medicina d'urgenza sono attivi solo 8

(**) I Posti letto di dialisi non sono conteggiati nel calcolo dei p.l.

TABELLA POSTI LETTO PRIVATI ACCREDITATI

AZIENDA SANITARIA	codice	Struttura erogatrice	Unità Operativa		Posti letto ordinari	Posti letto diurni	totale	
C R O T O N E	180044	VILLA GIOSE	09	01	Chirurgia generale	23	1	24
			26	01	Medicina generale	28	1	29
			34	01	Oculistica	0	5	5
			36	01	Ortopedia e traumatologia	16	1	17
			37	01	Ostetricia e ginecologia	13	2	15
	Totale struttura					80	10	90
	180045	SANTA RITA	09	01	Chirurgia generale	29	1	30
			26	01	Medicina generale	25	1	26
			34	01	Oculistica	1	4	5
			37	01	Ostetricia e ginecologia	1	1	2
	Totale struttura					56	7	63
	180046	CLINICA OLIVETI	71	01	Reumatologia	52	7	59
	Totale struttura					52	7	59
	180054	ISTITUTO S. ANNA	56	01	Recupero e riabilitazione funzionale	62	4	66
			56	01	Riabilitazione psichiatrica	16	2	18
			60	01	Lungod. Specializzata	46	0	46
			75	01	Unità di risveglio	10	0	10
			75	01	Unità gravi cerebrolesioni	20	0	20
	Totale struttura					154	6	160
	180085	ROMOLO HOSPITAL	34	01	Oculistica	0	5	5
			43	01	Urologia	30	0	30
			64	01	Oncologia medica	10	0	10
			68	01	Broncopneumologia	16	2	18
Totale struttura					56	7	63	
180101	CALABRODENTAL - Day_Surgery	10	01	Chirurgia Maxillo_facciale	0	6	6	
Totale struttura					0	6	6	
TOTALE PRIVATI ACCREDITATI					398	43	441	

PIANO ATTIVITA' AZIENDALI 2010

ALLEGATO N. 3

PERSONALE E DATI ATTIVITA' UNITA' OPERATIVE DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

PIANO ATTIVITA' AZIENDALI 2010

ALLEGATO N. 4

MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE DI PRONTO SOCCORSO

MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE DI PRONTO SOCCORSO

Introduzione

Il miglioramento delle cure urgenti e dell'accoglienza presso i servizi sanitari che si occupano dell'assistenza in emergenza rappresenta uno dei principali fattori di sviluppo della qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

I cittadini hanno diritto infatti a cure qualificate, efficaci, appropriate e tempestive, ma anche a condizioni di accesso, che nei tempi e nella forma, siano rispettose delle condizioni di bisogno dei singoli e, quanto ai percorsi previsti, siano improntate alla massima semplificazione e garantiscano il rispetto del principio di equità.

Nel corso dell'ultimo decennio alcuni fra i profondi mutamenti che hanno interessato il contesto sanitario hanno toccato in modo particolare la organizzazione del Pronto Soccorso, che da sempre costituisce un nodo cardine del sistema sanitario, per la sua collocazione fra ospedale e territorio.

Il Pronto Soccorso ha rappresentato in molti casi il punto di maggiore congestionamento del sistema nel suo complesso e anche un momento di impatto difficile per coloro che sono costretti a lunghe attese. Questa situazione, comune alla realtà regionale e nazionale, pone anche la nostra Azienda nelle condizioni di dover necessariamente ricercare delle soluzioni organizzative tese a migliorare le prestazioni e ad affrontare efficacemente questo stato di cose.

La maggior attenzione agli aspetti di appropriatezza delle attività di ricovero ha portato ad affinare la funzione di filtro del Pronto Soccorso. Sono poi emerse nuove forme di integrazione fra ospedale e servizi distrettuali che, attraverso il coinvolgimento ora dei Medici di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale, ora dei Servizi Distrettuali, hanno mirato ad una più efficace continuità della presa in carico, condizione necessaria per un miglioramento del livello di appropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso.

Parallelamente, per affrontare in modo razionale le problematiche sollevate da un incremento costante del numero degli accessi al Pronto Soccorso, si sono diffuse soluzioni organizzative aventi la finalità di regolare l'ordine degli accessi dei pazienti agli ambulatori. L'applicazione delle tecniche di Triage infermieristico, secondo modalità standardizzate, è ormai indifferibile anche nel nostro Pronto Soccorso e permette, attraverso la definizione del livello di criticità della sintomatologia presentata dal paziente, la attribuzione del cosiddetto codice colore che definisce la priorità di accesso alle prestazioni.

Pur mettendo in conto tali sviluppi resta comunque ineludibile la necessità di affrontare con il massimo impegno il problema dell'improprio utilizzo delle strutture di Pronto Soccorso, sia perché ciò rende ulteriormente critica la realtà operativa della struttura, sia perché tale stato di cose viene a costituire un potenziale generatore di inappropriata delle attività di ricovero di non irrilevante importanza.

Occorre cercare di adeguare il modo di operare dei servizi al fine di trovare un rimedio alle richieste in continuo aumento, con alcuni interventi pratici immediati e con alcuni progetti di medio periodo. Rispondere alle incongruenze di un sistema a disponibilità oggettivamente, e giustamente, limitate rispetto a richieste potenzialmente illimitate, spetta, anche se non esclusivamente, alla componente sanitaria, attraverso la elaborazione di modelli organizzativi condivisi di risposta all'urgenza.

Il presente elaborato contiene le proposte e gli obiettivi di miglioramento dell'assistenza fornita al paziente che accede al servizio di Pronto Soccorso nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone. Tali proposte, di livello strategico, dovranno essere tradotte in indirizzi operativi dal competente dipartimento con il coinvolgimento dei professionisti dell'azienda e delle rappresentanze dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

1. NATURA DEI PROBLEMI

Al fine di inquadrare con sufficiente attendibilità la dimensione dei problemi connessi con l'erogazione di cure urgenti presso l'azienda sanitaria di Crotone, viene anzitutto descritta la dimensione della domanda e dell'offerta di servizi sanitari dedicati.

La serie storica dei dati di attività relativi al Pronto Soccorso del P.O. dell'Azienda di Crotone mostra, nel corso dell'ultimo decennio, un incremento complessivo di oltre il 30% del ricorso al servizio.

L'alto livello di fidelizzazione accordata dai cittadini dell'azienda al Pronto Soccorso ospedaliero è testimoniato dal tasso di ricorso al servizio, che sulla base della popolazione assistita, risulta pari al 44,9%/anno: come dire che ogni cittadino, in media, ricorre al Pronto Soccorso 1 volta ogni 2 anni, oppure, prospetticamente, almeno 40 volte nel corso della vita.

Occorre d'altro canto sottolineare come l'incremento degli accessi al servizio che si è osservato nel corso degli anni, sia in realtà ascrivibile ad un aumento dei cosiddetti "accessi a bassa priorità", cioè a casi non urgenti che avrebbero potuto essere adeguatamente assistiti dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico di continuità assistenziale (guardia medica).

Tali casi rientrano nella classificazione di priorità di accesso come codici bianchi (non critico, pazienti non urgenti) o come codici verdi (poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili).

L'aumentato afflusso al Pronto Soccorso provoca evidenti problemi organizzativi alla struttura e non pochi disagi ai cittadini: il servizio viene sottoposto ad una pressione elevatissima che va a discapito della necessità di concentrare tutte le risorse per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi davvero urgenti; il sovraffollamento può inoltre determinare lunghe attese per i cittadini.

Se la tendenza a ricorrere al Pronto Soccorso fa segnare un costante aumento, d'altro canto la funzione di filtro al ricovero è costantemente anche essa cresciuta, fino ad attestarsi come una delle peggiori performance su scala regionale.

Questo fatto è anche da mettere in relazione con il mancato sviluppo della funzione di Osservazione Breve, attività assistenziale finalizzata alla valutazione e al trattamento dei pazienti ad alta complessità e/o ad alta criticità, che necessitano di una breve osservazione e/o trattamento (di norma non superiore alle 24 ore) al fine di pervenire ad un giudizio esaustivo e rafforzare le cosiddette "capacità di filtro al ricovero".

Tornando ai numeri relativi agli accessi al servizio, si può osservare peraltro una spiccata variabilità territoriale nel ricorso al pronto soccorso. Spiccano in eccesso i dati relativi al ricorso al Pronto Soccorso da parte dei residenti nei Comuni del distretto di Crotone, mentre gli assistiti del Distretto di Cirò Marina e Mesoraca si contraddistinguono per i più bassi livelli di utilizzo del servizio.

Se si restringe l'analisi ai soli accessi a bassa priorità (codici bianchi e verdi) e si mettono a confronto i tassi di utilizzo del servizio degli assistiti dalle diverse forme associative dei Medici di Medicina Generale si può osservare una diretta correlazione tra n. di accessi al P.S. e attività in forma associativa dei Medici di Medicina Generale.

La cosiddetta "porta medicalizzata", gestita dai medici di medicina generale nel territorio, ancorché esperienza poco sviluppata potrebbe risultare la misura organizzativa dotata significativamente di maggior efficacia, in termini di contenimento dell'afflusso di pazienti non critici.

Globalmente le medicine di gruppo (forme associative dotate di ambulatorio comune) risultano più efficaci delle reti, delle associazioni semplici e dei medici non associati.

Nella valutazione dei dati di utilizzo del Pronto Soccorso devono essere tuttavia tenute in considerazione anche le modalità di accesso al servizio: l'83,3% dei pazienti accede infatti spontaneamente, il 13% accede in ambulanza con assistenza 118, solo il 3,3% dei casi è inviato dal proprio medico curante, lo 0,2% da medici specialisti e lo 0,1% dal Servizio di Continuità Assistenziale, lo 0,2% da altri ospedali.

Accedono in effetti al servizio soprattutto cittadini che, in generale, godono di buona salute, ed evidentemente utilizzano il Pronto Soccorso in maniera opportunistica, per non dover attendere né la visita del Medico di Famiglia, né il tempo per gli accertamenti, i quali al contrario sarebbero, nella grande maggioranza, da eseguire non in urgenza ma in modo programmato, dopo prenotazione a CUP. Questi stessi utilizzatori inappropriati si mettono, tra l'altro, in una condizione di non dover pagare il ticket a fronte dell'ottenimento immediato del servizio che richiedono.

Va inoltre sottolineata la variabilità negli accessi nei diversi giorni della settimana; in particolare gli accessi pediatrici per codici a bassa priorità raddoppiano nei giorni del week-end, quando viene meno l'attività di filtro esercitata dal pediatra di libera scelta.

L'aumento dell'accesso ai servizi di pronto soccorso è dovuto a svariati fattori tra cui la convinzione nella popolazione di trovare una risposta più adeguata e un servizio più completo alle necessità dei propri figli, ma anche all'ansia degli stessi genitori, all'eccessiva medicalizzazione della società, alla gratuità delle prestazioni, alla comodità del servizio.

In alcuni casi l'accesso al pronto soccorso rappresenta un modo per avere accesso a prestazioni sanitarie da parte di extracomunitari che non sono in regola o non hanno diritto o non conoscono l'esistenza dei vari servizi sanitari.

Non va, inoltre, dimenticato che l'attività del pediatra di libera scelta, limitata esclusivamente nei giorni lavorativi, non garantisce la continuità assistenziale e questo fattore mette in crisi il rapporto di fiducia esistente tra la famiglia e il pediatra stesso.

Se si considerano invece gli accessi a bassa priorità indirizzati verso gli ambulatori del Pronto Soccorso generale, o passati in cura agli ambulatori ortopedici, oculistici e ginecologici, si osserva un

picco di utilizzo nella giornata del lunedì, con un gradiente che vede il minimo alla domenica; gli accessi notturni sono pressoché costanti e ammontano a poco meno di un terzo di quelli che si verificano fra le 8 e le 20.

2. POSTA IN GIOCO

Il ricorso così elevato al Pronto Soccorso, anche per patologie di bassa complessità che potrebbero trovare una risposta alternativa di pari efficacia nella rete dei servizi territoriali, comporta una serie di conseguenze che sono riassumibili nei seguenti punti.

- I tempi di attesa dei pazienti in Pronto Soccorso tendono ad allungarsi e la struttura viene meno alla propria mission, che è quella di dedicarsi alle urgenze ed alle emergenze sanitarie; il Pronto Soccorso non è la struttura che può approfondire aspetti clinici non urgenti o cronici, senza che ciò vada a discapito della necessità di concentrare tutte le risorse per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi davvero urgenti.
- La elevatissima pressione di utilizzo del servizio può alla lunga creare situazioni di surmenage nelle équipes professionali, con aumento del rischio di errore.
- L'elevato livello della domanda prestazionale determina un incremento della tendenza dei professionisti, anche in presenza di patologie non critiche, a ricorrere frequentemente alle consulenze specialistiche di primo e secondo livello, con conseguente congestione degli ambulatori oculistici, ortopedici, pediatrici ed ostetrico-ginecologici e decremento dei livelli di appropriatezza.
- L'iperafflusso innesca dei rischi di ricorso inappropriato alla diagnostica di laboratorio e per immagini, mentre la difficoltà nell'espletamento delle attività di osservazione e/o di stabilizzazione di pazienti critici può comportare il rischio di una maggiore propensione al ricovero, senza una corretta ed adeguata valutazione del paziente.
- La congestione del Pronto Soccorso si traduce anche in una relativa insufficienza degli spazi necessari ad uno svolgimento ordinato delle attività, dal punto di vista degli operatori, e in una perdita delle condizioni di comfort alberghiero e di privacy per i pazienti.

I dati derivanti dalla letteratura sulla specifica materia, mostrano come singole azioni volte a ridurre l'utilizzo del Pronto Soccorso, che anche in altre realtà regionali e nazionali evidenzia dati di incremento tendenziale annuo non dissimili da quelli crotonesi, non dimostrino una apprezzabile efficacia.

Tenuto conto di ciò, senza per questo rinunciare ad ogni azione anche singola volta al miglioramento in tale ambito, l'Azienda intende mettere in campo una strategia di sistema attraverso la quale operare in modo complessivo sulle problematiche del Pronto Soccorso.

Quanto sopra partendo da una analisi precisa dello stato dell'arte relativo alle funzioni deputate alla risposta assistenziale alle emergenze in ospedale e sul territorio, ed alle strutture della rete dei servizi ad esse collegate o collegabili, definendo gli interventi adeguati e provvedendo a veri e propri programmi di azioni per migliorare il sistema delle cure urgenti.

Si tratta quindi di mobilitare tutte le risorse necessarie a migliorare nel complesso l'assistenza al paziente che necessita di un intervento sanitario in emergenza, con il coinvolgimento di tutto il sistema delle cure, delle istituzioni e della società civile.

3. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Il progetto di miglioramento dell'assistenza in Pronto Soccorso presuppone lo sviluppo di strategie assistenziali integrate ospedale-territorio.

Gli obiettivi di miglioramento e le azioni finalizzate a ottimizzare le cure in condizioni di urgenza sono raggruppate per semplicità espositiva in due sottocapitoli:

il primo è quello del governo dei casi sul territorio

il secondo è quello del miglioramento dell'accessibilità e dell'appropriatezza del Pronto Soccorso.

3.1. Il governo dei casi sul territorio

La riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso ed il miglioramento dell'assistenza ai pazienti critici passano prioritariamente attraverso una gestione più efficace ed efficiente dei sistemi di cure territoriali, che devono porsi come vera alternativa all'accesso in ospedale.

3.1.1. Lo sviluppo dell'associazionismo medico

E' ormai dimostrato che l'associazionismo medico comporti un miglioramento nell'accessibilità alle cure per i cittadini, che possono disporre di un maggiore disponibilità oraria per accedere all'ambulatorio medico per una prestazione medica urgente o per una prescrizione farmaceutica d'urgenza.

Si ritiene attuabile, da parte della medicina generale e della pediatria di base, un ulteriore sforzo per rispondere in modo migliore nelle fasce orarie diurne, alla domanda degli assistiti che, in presenza di un problema sanitario o presunto tale, ritengono non posticipabile l'intervento. In accordo a tale presupposto saranno promosse e sostenute in particolare le associazioni che assumono le forme delle medicine di gruppo, o che prevedono la condivisione di spazi ambulatoriali, laddove le condizioni di territoriali potranno renderle praticabili, in quando queste si sono rivelate le modalità organizzative che assicurano la miglior tempestività e continuità di trattamento ai pazienti.

A tal riguardo di dovrà prendere atto che i maggiori problemi di continuità nelle cure si registrano al lunedì per i Medici di Medicina Generale, ed al sabato ed alla domenica per i pazienti pediatrici.

Sarà inoltre fondamentale che tutte le forme associative possano garantire, nelle ore diurne e nei giorni feriali, degli ambulatori ad accesso diretto, al fine di assicurare maggiore tempestività ed appropriatezza delle cure urgenti sul territorio.

Si valuterà inoltre l'opportunità di promuovere l'apertura a turno di almeno un ambulatorio, tra quelli dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta associati, nelle giornate prefestive e/o festive.

In via sperimentale, per alcuni gruppi o associazioni, i pazienti potranno avere la garanzia di un contatto o consulto telefonico con il proprio medico e/o con personale sanitario opportunamente formato, nell'arco continuativo delle 12 ore diurne, e sarà introdotta sperimentalmente una reperibilità medica h12 diurna, anche per le visite a domicilio.

Sempre in via sperimentale, allo scopo di contribuire a valorizzare appieno il ruolo e le funzioni della medicina territoriale, si offrirà l'opportunità di sviluppare, nell'ambito di alcuni gruppi, alcune attività specialistiche (es. visite) ed alcune attività di diagnostica strumentale (es. elettrocardiografia, esami di biochimica clinica, ecografia addominale).

Percorsi ad hoc di reinserimento nel livello assistenziale più appropriato saranno approntati per i pazienti outliers, quelli cioè contraddistinti da una grande frequenza di ricorso al Pronto Soccorso, con il coinvolgimento dei rispettivi medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, o dei servizi di supporto socio-assistenziali.

3.1.2. L'evoluzione del servizio di continuità assistenziale

I medici del Servizio di Continuità Assistenziale garantiranno attività ambulatoriali ad accesso diretto a sostegno di quelle assicurate dai Medici di Medicina Generale. A tal fine potranno avvalersi utilmente della rete dei servizi sanitari territoriali, e dove sarà possibile, integrarsi con gli spazi, le attrezzature ed il personale degli ambulatori e dei centri di medicina generale.

Le attività dei medici della Continuità Assistenziale saranno supportate e sviluppate anche attraverso iniziative di formazione, e con la costruzione di efficaci sistemi di comunicazione e di trasferimento delle informazioni sulle condizioni cliniche degli assistiti.

Tale passaggio di informazioni risulta fondamentale per evitare soluzioni di continuità nell'assistenza, in particolare per i pazienti più critici (es. gravi cronici in ADI.).

Saranno previsti collegamenti strutturali tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Continuità Assistenziale e possibili attività integrate (es. supporto ai medici di base per la gestione degli ambulatori, attività di educazione sanitaria rivolta alla popolazione, formazione con medici e pediatri di base per condivisione di linee guida e percorsi organizzativi).

La sperimentazione dell'ambulatorio per codici bianchi prefestivo e festivo ad accesso diretto, gestito dai medici del servizio di continuità assistenziale, a supporto del Pronto Soccorso, previa valutazione del triage, ed i relativi protocolli organizzativi.

In particolare si valuterà la opportunità di estendere previa integrazione oraria, l'accessibilità di tale ambulatorio anche nelle ore diurne infrasettimanali contraddistinte dal maggior afflusso di pazienti (es. lunedì mattina) e sarà rivisto l'elenco delle patologie e dei sintomi considerati affidabili all'ambulatorio stesso.

3.1.3 L'informazione e l'educazione al corretto utilizzo dei servizi

Per evitare sovraffollamento e congestione del Pronto Soccorso è necessario promuovere, da parte di

tutti, un utilizzo del servizio appropriato e responsabile.

Oltre l'80% dei cittadini accede spontaneamente e senza alcuna mediazione sanitaria; questo fatto deve essere tenuto in considerazione per impostare delle iniziative di comunicazione che siano orientate a far recedere i cittadini da comportamenti di natura opportunistica nell'uso del servizio, dato che prevale un atteggiamento del tipo "fai da te", per ottenere percorsi diagnostico-terapeutici più rapidi, ma a basso livello di appropriatezza.

Peraltro l'accesso dei cittadini al Pronto Soccorso è anche connesso ad una scarsa conoscenza delle alternative disponibili, e ad una scarsa consapevolezza degli effetti che tale fenomeno provoca sul funzionamento della struttura.

Parimenti le modalità organizzative e di corretto accesso al servizio possono non sempre essere adeguatamente conosciute da tutti gli operatori sanitari.

Saranno pertanto promosse a livello locale delle campagne informative e di educazione sanitaria mirate ai cittadini, sia direttamente, che attraverso gli organismi che li rappresentano, le loro organizzazioni e le istituzioni (Organizzazioni Sindacali Confederali, Comitato Consultivo Misto, Associazioni no-profit, Circoli, Centri Sociali, Scuole, Asili Nido, ecc.), sui temi della copertura assistenziale del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, delle risposte assistenziali alternative, dei percorsi esistenti per le prestazioni sollecite tra ospedale e territorio, della natura e dello scopo delle attività di emergenza-urgenza (utilizzo del 118, ecc.).

Analoghe iniziative informative saranno previste verso alcune categorie di operatori sanitari, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in primo luogo, allo scopo di sviluppare una comunicazione efficace da parte di questi importanti attori del sistema, nel promuovere un uso appropriato e consapevole dei servizi.

3.1.4 L'accesso alla specialistica ambulatoriale

La possibilità di svolgere sul territorio una efficace azione di filtro dipende anche dalla effettiva esistenza e disponibilità di percorsi di presa in carico del paziente, in alternativa a quelli ospedalieri.

Il governo ed il contenimento del fenomeno delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali programmate continuerà a rappresentare uno dei punti di attacco delle strategie della Azienda.

L'Azienda provvederà ad individuare una quota di attività specialistica che può essere richiesta con sollecito (entro 7 giorni) dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Questi percorsi di erogazione sollecita sono propri dell'attività ambulatoriale e separati funzionalmente dalle attività di Pronto Soccorso vero e proprio.

Questi protocolli saranno stabiliti ed aggiornati con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, allo scopo di rendere fruibili con la necessaria tempestività tutte le prestazioni ambulatoriali sollecite ritenute rilevanti ai fini di un corretto inquadramento diagnostico-terapeutico del paziente.

Sarà sperimentato il punto unico di accesso telefonico agli specialisti ospedalieri, cioè la possibilità per il medico o il pediatra di base di mettersi in contatto diretto telefonico con il collega specialista ospedaliero, nell'arco diurno, creando in questo modo un percorso semplificato per un tempestivo consulto telefonico, o per la individuazione condivisa di un appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Una ulteriore possibilità a livello ospedaliero è data dallo sviluppo dei percorsi ambulatoriali complessi ed integrati (day service), di cui possono beneficiare i pazienti che presentano situazioni meritevoli di approfondimenti diagnosticospecialistici pluri-disciplinari, ma per i quali non si rende necessaria la osservazione e la disponibilità continuativa di assistenza sanitaria (medica ed infermieristica) propria del ricovero.

Tali percorsi saranno sviluppati, in collaborazione con unità operative, servizi diagnostici ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per costruire dei protocolli condivisi.

Un ulteriore fattore che spinge gli assistiti a rivolgersi al Pronto Soccorso è senza dubbio la rapida fruibilità, in tale sede, di prestazioni a contenuto tecnologico o professionale rilevante (es. prestazioni radiologiche, consulenze specialistiche) non ottenibili con la medesima tempestività sul territorio.

Per ridurre tale asimmetria nell'offerta, anche qui con modalità condivise fra professionisti ospedalieri e medici di medicina generale, saranno elaborati dei protocolli comuni per il trattamento simmetrico (cioè con i medesimi contenuti assistenziali a prescindere dal luogo di cura) delle patologie semplici, o a bassa priorità.

In altri termini il paziente affetto da patologia minore dovrà essere sottoposto al medesimo trattamento o inquadramento diagnostico, sia che esso acceda al Pronto Soccorso o che si rechi dal proprio medico di medicina generale.

In prima battuta saranno prese in considerazione la patologia minore dermatologica ed oculistica, la patologia minore otorinolaringoiatrica e le patologie minori muscolo-scheletriche, che rappresentano una rilevante quota degli accessi impropri al Pronto Soccorso. Tali protocolli saranno applicati e soggetti a puntuale verifica nel corso del tempo.

3.2. IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA DEL PRONTO SOCCORSO

Il miglioramento dell'accessibilità e dell'appropriatezza del Pronto Soccorso passa innanzi tutto attraverso il recupero e la piena attuazione della mission del servizio, rappresentata dall'espletamento delle funzioni di assistenza di primo supporto e di prima stabilizzazione delle funzioni vitali, di esecuzione dei primi accertamenti diagnostici, di osservazione temporanea e di filtro al ricovero in urgenza.

Tale programma di miglioramento troverà la sua compiuta attuazione con la realizzazione della nuova sede ospedaliera del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, già prevista nel programma di ampliamento del P.O. di cui al 2° triennio degli interventi ex art. 20 e oggetto nei prossimi mesi di specifico confronto con la Regione.

Gli interventi di natura strutturale che sono qui indicati rappresentano una soluzione ponte, in attesa che si completi la edificazione e si renda pienamente funzionante il nuovo corpo di fabbrica; accanto a questi sono peraltro identificati, sempre nell'ottica del miglioramento qualitativo, alcuni importanti interventi di riorganizzazione delle attività del servizio.

3.2.1 Gli interventi di riorganizzazione del pronto soccorso

La rivisitazione dei protocolli di passaggio in cura dei pazienti in Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Oculistica, sarà realizzata con il concorso degli specialisti di queste Unità Operative, e consentirà di allentare la congestione delle divisioni specialistiche e migliorare l'appropriatezza.

Sempre con il concorso dei professionisti interessati saranno rivisti i percorsi di accesso alle prestazioni dei servizi intermedi, in particolare quelle radiologiche in urgenza, allo scopo di migliorare l'appropriatezza delle richieste.

Ciò riguarderà in particolare le prestazioni TC in emergenza e la diagnostica convenzionale a bassa priorità, valutando in quest'ultimo caso misure di differimento nella erogazione delle prestazioni.

L'ampliamento degli spazi del Pronto Soccorso e di quelli della medicina d'urgenza potrà consentire lo sviluppo della funzione di osservazione breve intensiva (OBI), con un incremento di casi trattati in Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza con la estensione del modello in pediatria ed ostetricia.

Recenti studi ed esperienze confermano infatti come in molti casi esista la possibilità di trattare i bambini con asma, croup, enterite, e convulsioni febbrili con un ricovero breve diagnostico e terapeutico in osservazione breve, con un reale vantaggio per il bambino e la famiglia e una riduzione della spesa sanitaria; lo stesso dicasi in ostetricia per la minaccia di parto.

Lo sviluppo integrato di attività di formazione sull'emergenza-urgenza faciliterà l'adozione e l'aggiornamento delle linee guida e dei protocolli per la gestione del malato critico.

Le iniziative riguarderanno in particolare il settore delle emergenze cardiologiche e traumatologiche, con periodiche occasioni di re-training.

Gli operatori del Pronto Soccorso seguiranno in particolare un percorso formativo e di aggiornamento ad hoc, sui protocolli di assegnazione dei codici colore. Parallelamente le attività del triage, per garantirne la migliore qualificazione, saranno sottoposte ad audit periodico.

Per quanto riguarda la gestione delle criticità sociali nei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, verrà sviluppato uno specifico progetto redatto in collaborazione con i Servizi Sociali, in modo da assicurare una tempestiva risposta ai bisogni primari di questi pazienti (buono taxi per il rientro a domicilio, pasto, vestiario, alloggio), ed una efficace presa in carico da parte dei servizi sociali dei casi più delicati (maltrattamenti, senza fissa dimora, ecc.).

Nelle ore diurne spesso si realizzano situazioni di difficoltà comunicativa tra i pazienti in attesa e gli operatori del Pronto Soccorso. Gli infermieri triagisti, che si occupano anche del supporto alle attività in sala di emergenza e della gestione dei pazienti in osservazione (pazienti che attendono di essere visitati, ed in particolare quelli che attendono di completare un iter diagnostico e/o terapeutico) sono spesso impegnati in attività cliniche e non riescono sempre a svolgere le funzioni di informazione e controllo in sala d'attesa.

L'inserimento di personale con buone conoscenze professionali ed organizzative, ancorché non dedicato ad attività sanitarie specifiche, potrà migliorare la comunicazione e l'informazione ai parenti ed ai pazienti in attesa, in ordine ai tempi, all'evolversi del quadro clinico, ai processi di cura ed ai

percorsi da e per i reparti e servizi.

Va rimarcato come uno degli aspetti maggiormente lamentati dagli utenti è il fatto che chi attende in PS ha scarse informazioni relativamente all'iter che lo riguarda ed ai tempi di attesa prevedibili, dal che deriva una sensazione di essere "dimenticati e abbandonati".

La soluzione organizzativa proposta dall'azienda prevede che il personale possa mantenere un contatto attivo con chi è in attesa.

4. LE AZIONI

Le azioni del breve e medio periodo sono sintetizzate e descritte nello schema seguente.

Associazione medico

- Sviluppo Gruppi e Reti MMG
- Ampliamento fasce accesso ambulatori MMG PLS
- Reperibilità telefonica MMG PLS
- Sperimentazione attività specialistica e strumentale
- Presa in carico pazienti outliers
- Ritorno informativo MMG PLS su assistiti in PS

Servizio di Continuità Assistenziale

- Sostegno MMG per ambulatori ad accesso diretto
- Formazione, sviluppo sistemi di comunicazione con MMG
- Attivazione ambulatorio codici bianchi presso PS
- Rivisitazione ambiti territoriali di intervento

Informazione / educazione

- Campagne educative sull'uso dei servizi
- Iniziative informative per operatori, MMG, PLS

Prestazioni ambulatoriali

- Governo liste di attesa prestazioni programmate
- Revisione percorsi ambulatoriali solleciti
- Accesso telefonico specialisti ospedalieri
- Sviluppo day service e pacchetti prestazionali
- Protocolli trattamento simmetrico patologie minori

Riorganizzazione attività Pronto Soccorso

- Rivisitazione protocolli passaggio in cura
- Appropriata richieste prestazioni Radiologia
- Sviluppo funzione di osservazione breve
- Formazione operatori dell'emergenza
- Progetto gestione delle criticità sociali
- Miglioramento informazioni ai pazienti in attesa in PS

PIANO ATTIVITA' AZIENDALI 2010

ALLEGATO N. 5

PROGETTO DAY SERVICE/PAC PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AMBULATORIALE COMPLESSO

PROGETTO DAY SERVICE / PAC

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AMBULATORIALE COMPLESSO

PREMESSA

Con DGR n. 726 del 6.10.2008 la Giunta Regionale ha adottato specifiche linee guida con le quali, tra l'altro, ha definito l'istituzione del modello organizzativo del Day Service con la finalità di ridurre i ricoveri inappropriati attraverso il trasferimento a percorsi ambulatoriali di tutta una serie di problematiche cliniche sufficientemente complesse da rendere opportuna la gestione specialistica in tempi brevi ma per le quali il ricovero risulta essere comunque eccessivo o inappropriato.

A sostegno di questa scelta inoltre c'è la consapevolezza che i percorsi ambulatoriali risultano di norma più graditi al paziente sia per la celerità del trattamento sia perché gli consentono di rimanere nel proprio ambiente di vita e di lavoro.

OBIETTIVI

Istituzione e realizzazione del modello organizzativo del DAY SERVICE – PAC, definito con la citata DGR 726/2008, quale nuova modalità organizzativa di assistenza finalizzata alla gestione di problemi clinici, la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multi disciplinari, anche complesse, nell'ambito di uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni che, che richiede un elevato livello di coordinamento clinico organizzativo da parte della struttura erogatrice che assume la presa in carico del paziente.

L'attivazione di percorsi ambulatoriali concordati e condivisi con i MMG, che diventano soggetti attivi in processi da sempre ritenuti di esclusiva pertinenza dei medici ospedalieri, ha anche lo scopo da un lato di favorire l'integrazione fra professionalità che incidono fortemente nella gestione/tutela della salute, dall'altro di valutare l'appropriatezza e l'efficacia di modelli organizzativi alternativi al ricovero ma in grado di rispondere nel modo migliore alle necessità del cittadino /utente.

Più specificamente costituiscono obiettivi della Day Service quelli espressamente indicati nell'allegato 2 della DGR 726 del 6.10.2008.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

L'attivazione della Day Service dovrà essere erogata sia presso il presidio ospedaliero aziendale di Crotone che presso i poliambulatori territoriali che assicurano al loro interno la presenza delle discipline interessate al percorso assistenziale offerto.

Per gli aspetti organizzativi si rimanda a quanto specificamente stabilito nell'Allegato 2 della DGR 762/2008.

RISULTATI ATTESI

La gestione tramite il servizio Day Service - PAC dei pazienti che presentano problematiche cliniche sufficientemente "complesse " da meritare la gestione specialistica in tempi brevi, con la relativa presa in carico, senza optare verso altre modalità assistenziali consente di :

- Migliorare il grado di soddisfazione del cittadino semplificando l'accesso ai servizi ambulatoriali ospedalieri e favorendo lo snellimento burocratico relativo alle prenotazioni e ai pagamenti di ticket (se dovuti)
- Migliorare lo scambio di informazioni tra lo specialista ospedaliero e i medici di medicina Generale
- Regolamentare e aumentare l'attività ambulatoriale
- Migliorare la qualità della pratica clinica con conseguenti comportamenti assistenziali controllati ed elaborazione di percorsi clinici appropriati
- Ridurre l'utilizzo dei Day Hospital non necessari e conseguentemente dei costi per i ricoveri inappropriati
- Contenere il Tasso di Ospedalizzazione mediante il diminuito ricorso al Day Hospital, peraltro inappropriato, pur garantendo una efficace forma assistenziale ad utenti che risultano in grado di accedere direttamente alle strutture ambulatoriali.
- Rendere uniformi dal punto di vista organizzativo (quindi facilità e rapidità di accesso), diagnostico/terapeutico ed economico i pacchetti di prestazioni offerti al Paziente Ambulatoriale Complesso.
- Migliorare la capacità di risposta e l'efficienza dei servizi diagnostici aumentando la possibilità di

programmazione degli esami

I risultati auspicati potranno essere raggiunti attraverso l'individuazione di spazi e risorse dedicati, la definizione di "profili standard" selezionati secondo le principali patologie ICD9-CM e opportunamente validati, ma soprattutto con il coinvolgimento e la collaborazione di tutti i soggetti interessati.

Il progetto si avvale della costituzione di un gruppo interdisciplinare di clinici, sia ospedalieri che di medicina generale, per la validazione e il monitoraggio continuo dell'appropriatezza dei percorsi, per l'utilizzo dei criteri selettivi e infine per l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di laboratorio, di diagnostica strumentale e visite specialistiche.

Tra gli obiettivi da prefiggersi nel lungo periodo, risulta prioritario il raggiungimento dell'uniformità, dal punto di vista organizzativo, diagnostico terapeutico ed economico dei pacchetti di prestazioni offerti al Paziente Ambulatoriale Complesso nei due ospedali dell'Azienda.

FLUSSI INFORMATIVI E VALORIZZAZIONE ECONOMICA

Con specifico riferimento ai flussi informativi ed alla valorizzazione economica delle attività di Day Service si rimanda a quanto stabilito dall'Allegato 2 della DGR 726/2008.

ATTORI COINVOLTI

- Responsabile del progetto di attivazione delegato dal Direttore Sanitario
- Direzione medica di Presidio
- Direzione di Distretto
- Direttori dipartimenti ospedalieri
- Medici specialisti delle UU.OO. ospedaliere e dei poliambulatori territoriali
- Medici di medicina generale
- Personale infermieristico ospedaliero e territoriale

013

Delibera n. _____
del 06 AGO. 2010

ORIGINALE

Oggetto: Esecuzione DGR 489 del 2.7.2010; presa atto contratti 2010 strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

IL COMMISSARIO

Premesso

che con nota n. 4746 del 17.2.2010 il Dirigente Generale del Dipartimento Sanità ha trasmesso a questa ASP la DGR n. 114 del 12.2.2010 con la quale la Giunta Regionale, tra l'altro, stabiliva:

- la definizione dei tetti di spesa 2010 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dalle strutture private accreditate;
- il termine per la sottoscrizione dei contratti per l'anno 2010 da parte dei privati fissato entro la data del 28 febbraio 2010;
- lo schema tipo di contratto per la regolamentazione dei rapporti giuridici ed economici tra le ASP e i soggetti privati accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- di sospendere per l'anno corrente la possibilità di erogare prestazioni agli erogatori che non sottoscrivessero i contratti definiti entro il termine sopra indicato;

che questa ASP con deliberazione del Direttore Generale n. 33 del 3 marzo 2010 in esecuzione delle disposizioni di cui alla citata DGR 114/2010 provvedeva:

- ad adottare il Piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dagli erogatori privati accreditati, definendo volumi massimi di prestazioni erogabili, tipologia delle prestazioni e tetti di spesa per come indicato nell'allegato 1 della medesima deliberazione n. 33 del 3.3.2010.
- a prendere atto che gli erogatori privati accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale operanti nel territorio dell'ASP non hanno sottoscritto entro i termini stabiliti dalla DGR 114/2010 i contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra l'ASP e gli stessi soggetti erogatori per l'anno 2010.
- a sospendere, per come espressamente stabilito dalla DGR 114/2010, per l'anno corrente la possibilità per le stesse strutture di erogare prestazioni con oneri a carico del SSR, stante la carenza degli strumenti contrattuali di cui al comma 2 dell'articolo 8quinquies del Dlgs n. 502/1992.

Dato atto

che con successiva nota n. 16021 del 8 luglio 2010, pervenuta a questa ASP via fax in data 21 luglio 2010, il Dirigente Generale del Dipartimento Sanità della Regione ha trasmesso a questa ASP la deliberazione di Giunta Regionale n. 489 del 2.7.2010 a modifica parziale della precedente deliberazione in materia n. 114 del 12 febbraio 2010.

che la richiamata DGR 489/2010 a parziale modifica della precedente DGR 114/2010, tra l'altro, stabilisce:

- al punto 5 del dispositivo, che il tetto massimo di spesa non può superare complessivamente l'importo contrattualizzato con gli erogatori privati accreditati nell'anno 2008, per come documentato dai contratti sottoscritti (allegato 6) abbattuto del 5%, e l'importo indicato nel Conto Economico relativamente al privato SUMAI (allegato 6)
- al punto 6 del dispositivo, che le ASP, al fine di rispettare il vincolo economico, nell'ambito del tetto di spesa sopra indicato per le prestazioni rese dagli specialisti ambulatoriali interni, provvederanno all'eventuale sospensione dell'attivazione di nuovi turni ed a non rinnovare gli incarichi conferiti a tempo determinato.



- al punto 7 del dispositivo, che le prestazioni trasferite dal regime di ricovero ad altro setto assistenziale troveranno copertura finanziaria con le risorse economiche liberate per effetto delle manovre di cui al punto 6.
- al punto 8 del dispositivo, di approvare lo schema tipo di contratto per la regolamentazione dei rapporti giuridici ed economici tra le ASP e i soggetti erogatori di cui all'allegato 5.
- al punto 9 del dispositivo, in considerazione del consistente ritardo rispetto alla scadenza prevista dal Piano di Rientro per la sottoscrizione dei contratti entro il 28 febbraio 2010, che in termini improrogabili, la sottoscrizione degli stessi avvenga entro il termine di 15 giorni dall'entrata in vigore della delibera.
- al punto 10 del dispositivo, di sospendere per l'anno corrente la possibilità di erogare prestazioni agli erogatori privati che non sottoscrivessero i contratti, garantendo comunque al soddisfacimento del fabbisogno prestabilito.

Ritenuto pertanto di dover revocare la precedente deliberazione n. 33 del 3.3.2010 al riguardo già adottata dal Direttore Generale pro tempore, procedendo all'adozione del nuovo piano annuale di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2010 per come definito nell'**allegato 1** del presente provvedimento.

Dato atto

- che con nota n. 25052 del 23.07.2010 questo Ufficio Commissariale al fine di procedere alla stipula dei contratti 2010 ha convocato per giorno 30.07.2010 i rappresentanti legali delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.
- che nello stesso incontro è stato presentato il nuovo piano di acquisto 2010 redatto in attuazione delle disposizioni di cui alla DGR 489 del 2.7.2010 e si è proceduto alla stipula dei relativi contratti con ciascuna delle strutture interessate.

Viste

La nota n. 16021 del 8.7.2010 a firma del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

La DGR n. 489 adottata dalla Giunta Regionale il 2.7.2010.

Le disposizioni normative regionali e nazionali in materia.

Acquisito

Il parere favorevole del Referente Amministrativo e del Referente Sanitario

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:

1. Prendere atto della deliberazione della Giunta Regionale n. 489/2010.
2. Revocare la precedente deliberazione n. 33/2010 del Direttore Generale pro tempore.
3. Adottare il nuovo piano annuale 2010 relativo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture private accreditate che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 1**).
4. Prendere atto dei contratti stipulati con ciascuno degli erogatori privati accreditati operanti nell'ASP custoditi in atti presso la competente struttura organizzativa aziendale.
5. Trasmettere copia della presente deliberazione, per gli adempimenti di competenza, alle strutture organizzative aziendali U.O. Istruttoria accordi e contratti, Dip. Assistenza distrettuale, U.O. Programmazione finanziaria e ragioneria.
6. Trasmettere copia della presente deliberazione unitamente ad una copia del contratto stipulato con ciascun erogatore alla Regione Calabria Dipartimento Sanità.

Il Responsabile del procedimento

Dr.ssa Angelina Rizzuti

Il Referente Amministrativo

Dr. Giuseppe Fico

Il Referente Sanitario

Dr. Angelo Carcea

IL COMMISSARIO
Prof. Rocco Antonio Nostro

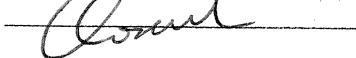
UFFICIO AFFARI GENERALI
Certificato di pubblicazione

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 06 AGO. 2010 con Protocollo della U.O. Segreteria Generale n. 66 ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Crotone 06 AGO. 2010

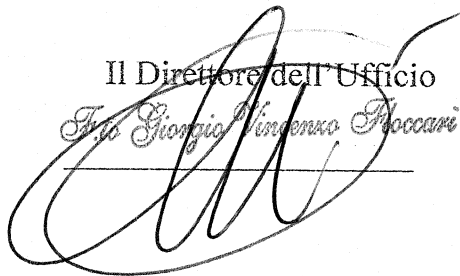
Il Responsabile del procedimento

Valter Cosentino



Il Direttore dell'Ufficio

Foto Giorgio Vincenzo Poccari



Acquisto prestazioni di
Specialistica Ambulatoriale
da privato

ALLEGATO 1
Delibera Commissario n. 13 del 06/06/2010

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURA EROGATRICE	CONTRATTO 2008		CONTRATTO 2010 (DGR. 489 del 2.7.2010)	
			Volumi	Budget	Volumi	Budget
Diagnostica Strumentale di Laboratorio	Come da tabelle allegate al contratto	Altomari	90.603	481.508	86.073	457.433
		Analisi Cutro	27.848	98.039	26.456	93.137
		Bios	85.475	743.467	81.201	706.294
		Fleming	27.130	99.550	25.774	94.573
		Lab	107.094	572.944	101.739	544.297
		Morrone	50.697	245.575	48.162	233.296
		Oliveti	14.168	38.347	13.460	36.430
		Pasteur	29.856	111.805	28.363	106.215
		Riillo	26.343	83.665	25.026	79.482
		Rodio	9.529	45.347	9.053	43.080
		S.Rita	5.493	22.816	5.218	21.675
		Tomasso	58.747	346.100	55.810	328.795
		Valente	26.266	114.183	24.953	108.474
		Via	59.521	323.681	56.545	307.497
		Villa Giose	10.011	44.352	attività sospesa	
		Volante	64.102	424.008	60.897	402.808
TOTALE BRANCA			692.883	3.795.387	648.728	3.563.483

Acquisto prestazioni di
Specialistica Ambulatoriale
da privato

ALLEGATO 1
Delibera Commissario n. 13 del 06 AGO. 2010

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURA EROGATRICE	CONTRATTO 2008		CONTRATTO 2010 (DGR 489 del 2.7.2010)	
			Volumi	Budget	Volumi	Budget
Diagnostica Radiologica	Come da tabelle allegate al contratto	Familiari	30.871	570.695	29.327	542.160
		Oliveti	1.627	24.962	1.546	23.714
		Piro	8.408	195.259	7.988	185.496
		S. Rita	921	85.220	875	80.959
		Villa Giose	7.289	591.579	attività sospesa	
Sadel	3.242	346.500	3.080	329.175		
TOTALE BRANCA			52.358	1.814.215	42.816	1.161.504

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURA EROGATRICE	CONTRATTO 2008		CONTRATTO 2010 (DGR 489 del 2.7.2010)	
			Volumi	Budget	Volumi	Budget
Medicina Fisica e Riabilitativa	Come da tabelle allegate al contratto	Oliveti	1.362	14.723	1.294	13.987
		Salus	86.479	592.915	82.155	563.269
		Starbene	164.084	1.081.170	155.880	1.027.112
		ANMC	16.335	94.050	15.518	89.348
		Villa Giose	20.815	137.581	attività sospesa	
TOTALE BRANCA			289.075	1.920.439	254.847	1.693.715

Acquisto prestazioni di
Specialistica Ambulatoriale
da privato

ALLEGATO 1
Delibera Commissario n. 13 del 06 AGO 2010

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURA EROGATRICE	CONTRATTO 2008		CONTRATTO 2010	
			Volumi	Budget	Volumi	Budget
Odontoiatria	Come da tabelle allegata al contratto	Euro Giardino	2.790	70.015	2.651	66.514
		Scalise	4.652	131.424	4.419	124.853
		Calabro dental	46.104	1.215.966	43.799	1.155.168
		Istit. Odo. Stom. Mer.	3.772	108.396	3.583	102.976
		Saffioti	3.626	84.332	3.445	80.115
		Garritani	3.772	108.396	3.583	102.976
		ARS Medica	11.212	303.043	10.651	287.891
		CMG	4.192	119.362	3.982	113.394
		Salus Isola	4.192	119.362	3.982	113.394
		TOTALE BRANCA			84.312	2.260.296

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURA EROGATRICE	CONTRATTO 2008		CONTRATTO 2010	
			Volumi	Budget	Volumi	Budget
Neuropsichiatria	Come da tabelle allegata al contratto	Studio Turano	21.889	421.249	20.795	400.187
			TOTALE BRANCA		21.889	421.249

Acquisto prestazioni di
Specialistica Ambulatoriale
da privato

ALLEGATO 1
Delibera Commissario n. 13 del 06 AGO. 2010

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURA EROGATRICE	CONTRATTO 2008		CONTRATTO 2010 (DGR 489 del 2.7.2010)	
			Volume	Budget	Volume	Budget
Cardiologia	Come da tabelle allegata al contratto	Polispecialistica Villa Giose	2.268	60.015	attività sospesa	
Chirurgia			1.205	36.323		
Ostetricia			769	16.153		
Occhistica			119	4.247		
Ortopedia			119	1.743		
TOTALE BRANCHE			4.480	138.481		

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURA EROGATRICE	CONTRATTO 2008		CONTRATTO 2010 (DGR 489 del 2.7.2010)	
			Volume	Budget	Volume	Budget
Ecografia	Come da tabelle allegata al contratto	Polispecialistica Bios	2.461	99.176	2.338	94.217
Cardiologia			3.325	129.021	3.416	132.570
Endocrinologia			2.127	49.087	2.021	46.633
Allergologia			2.400	50.466	2.280	47.943
Medicina dello sport			3.685	79.257	3.162	65.294
TOTALE BRANCHE			13.998	487.007	13.217	386.657

Acquisto prestazioni di
Specialistica Ambulatoriale
da privato

ALLEGATO 1
Delibera Commissario n. 13 del 06 AGO, 2010

RIEPILOGO GENERALE ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DA PRIVATO ANNO 2010
(Attuazione DGR 489 del 2.7.2010)

BRANCA SPECIALISTICA		CONTRATTI ANNO 2010	
		Volumi massimi di attività	Limite massimo di spesa
Diagnostica strumentale di laboratorio	648.728	3.563.483	
Diagnostica radiologica	42.816	1.161.504	
Medicina fisica e riabilitativa	254.847	1.693.715	
Odontoiatria	80.096	2.147.281	
Altre branche avisita	34.011	786.843	
TOTALE		9.352.827	
Prestazioni non più erogabili in regime di ricovero di cui all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001 - DGR 541/2008 - DGR 726/2008 trasferite definitivamente in altro setting assistenziale specialistica ambulatoriale		1.180.000	
Tetto di spesa medici SUMAI con attuazione interventi di cui al punto 7 della DGR 489/2010		3.384.173	
TOTALE GENERALE		13.917.000	
TETTO DI SPESA REGIONALE DGR 489 del 2/7/2010		13.917.000	



- Commissario Regionale -

ASP Crotone

Magna Grecia

Protocollo nr.26461 del 06/08/2010 (PARTENZA)



Regione Calabria
Dipartimento Sanità
Via Buccarelli, 30
88100 CATANZARO

OGGETTO: Trasmissione contratti acquisto prestazioni di specialistica ambulatoriale da privati Anno 2010.

In allegato alla presente si trasmette copia dei contratti sottoscritti tra questa ASP e gli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni di specialista ambulatoriale anno 2010.

Il Commissario
Prof. Rocco Antonio Nostro

Delibera N° 031
del _____

ORIGINALE

Oggetto:

Piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione di prestazioni di assistenza ospedaliera da privati accreditati; volumi massimi di prestazioni erogabili, tipologia delle prestazioni e tetti di spesa.

L'anno duemiladieci il giorno tre del mese di marzo nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO

che con nota n. 4746 del 17 febbraio 2010 recante "acquisizione prestazioni da privato accreditato anno 2010" il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie della Regione ha provveduto a trasmettere a questa Azienda la deliberazione di Giunta Regionale n. 89 del 12.2.2010, con la quale sono stati fissati i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera dalle strutture private accreditate per il triennio 2010/2012 in attuazione della DGR n. 845/2009 (Piano di rientro).

che con la medesima nota 4746 del 17 febbraio 2010 il dipartimento regionale tutela della salute in esecuzione della DGR n. 89/2010 ha comunicato il tetto di spesa aziendale per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2010 definito in complessivi **€ 27.639.000** al fine di consentire la sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati nei termini prescritti dalla stessa DGR 89/2010.

DATO ATTO

Che questa Direzione Generale deve procedere, in sede contrattuale, a definire i tetti di spesa per ciascuna struttura privata accreditata insistente nel proprio territorio, tenendo presente quanto indicato al punto 4 del dispositivo della citata DGR 89/2010 e qui di seguito riportato:

- possibilità di acquisizione di prestazioni di ricovero ospedaliero da privato in relazione all'effettivo fabbisogno di prestazioni complessive del territorio ad un tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 180 x mille abitanti.
- obbligo dell'insormontabilità del tetto di spesa aziendale nel suo complesso per ogni tipo di prestazione di ricovero ospedaliero da acquisire da privato.
- divieto di acquisire in regime di ricovero ospedaliero da privato per prestazioni definite nell'allegato 2C al DPCM 29.11.2001 e s.m.i. e di quelle di cui alle DGR n. 541 e n. 726 del 2008, trasferite definitivamente in altro regime assistenziale.

che per come espressamente stabilito al punto 5 del dispositivo della DGR 89/2010 il termine per la sottoscrizione dei contratti per l'anno 2010 da parte dei privati accreditati è fissato entro la data del 28 febbraio 2010.

che con la citata DGR 89/2010 la Giunta Regionale ha approvato il modello contrattuale per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera nonché lo schema tipo di contratto per la regolamentazione dei rapporti giuridici ed economici tra ASP e soggetti erogatori per come riportato nell'allegato 2 della stessa DGR.

che con la citata DGR 89/2010 la Giunta Regionale ha stabilito di sospendere per l'anno corrente la possibilità di erogare prestazioni agli erogatori privati che non sottoscrivessero i contratti definiti entro il termine sopra indicati.

CONSIDERATO

che così per come stabilito dalla vigente normativa in materia, questa azienda, nel rispetto del tetto di spesa sopra stabilito, deve procedere all'adozione di un piano annuale preventivo 2010 relativo all'acquisto di prestazioni di ricovero ed alla conseguente stipula, con gli erogatori privati accreditati, dei contratti di cui all'art. 8-quinquies del Dlgs 502/92 e s.m.i..

DATO ATTO

che ai sensi del comma 1, dell'articolo 8-bis, del Dlgs 502/92 e s.m.i, i livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale nonché definiti dal DPCM 29.11.2001 e confermati dall'art. 54 della Legge Finanziaria 2003, sono assicurati, in ciascuna Regione, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nonché dei soggetti accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92.

che ai sensi del comma 2, dell'articolo 8-bis, del Dlgs 502/92, i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali e che l'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio Sanitario Nazionale.

che ai sensi del comma 3, dell'articolo 8-bis, del Dlgs 502/92, l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN e l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN sono, rispettivamente, subordinate:

- all'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater del Dlgs 502/92 e in via temporanea all'accreditamento provvisorio di cui al comma 6 del citato art. 8-quater.
- alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 e s.m.i.

che ai sensi dell'articolo 32, comma 8, della legge 27.12.1997, n.449, vanno individuati, per ciascuna struttura erogatrice, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con la quota parte del fondo sanitario.

che ai sensi dell'articolo 32, comma 9, della legge 27.12.1997, n. 449 le regioni e le aziende devono assicurare l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse assegnate.

che ai sensi dell'articolo 8-sexies del Dlgs 502/92, le strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera a carico del SSN sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento.

RITENUTO

che ai sensi del comma 2, dell'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 nonché delle disposizioni regionali in materia, questa Direzione Generale deve procedere, previa specifica contrattazione con le strutture interessate, alla stipula di specifici contratti con le strutture private accreditate che indicano:

- Gli obiettivi di salute ed i programmi di integrazione dei servizi.
- Il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale dell'azienda si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- I requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- Il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari tempo per tempo vigenti;
- Il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti in aderenza alle scadenze già definite dall'apposita normativa regionale;
- Le procedure di controllo sul rispetto degli accordi contrattuali pattuiti;

DATO ATTO

che ai sensi del comma 2, dell'articolo 8-quater, del DLgs n.502 /92, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende del SSN a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del citato DLgs 502.

CONSIDERATO

che nella formulazione del piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione di prestazioni di ricovero dalle strutture private accreditate, questa ASP, in attuazione dei criteri di cui al punto 4 del dispositivo della DGR 89/2010, ha tenuto conto:

- a) In relazione alla possibilità di acquisizione di prestazioni di ricovero ospedaliero da privato:
 - dell'effettivo fabbisogno complessivo di prestazioni del territorio;
 - del tasso di ospedalizzazione complessivo degli abitanti che risulta significativamente più elevato rispetto al tasso standard di 180 ricoveri per mille abitanti;
 - della capacità produttiva del presidio ospedaliero a gestione diretta dell'ASP nonché delle specialità e tipologia di prestazioni erogabili dallo stesso presidio;
 - della necessità di procedere in via prioritaria all'acquisto di prestazioni di ricovero non erogabili dalla struttura ospedaliera a gestione diretta dell'ASP (P.O. di Crotone) con specifico riferimento al fabbisogno di prestazioni di ricovero: di recupero e riabilitazione funzionale, neuroriabilitazione e lungodegenza specializzata erogate dalla Casa di Cura Istituto S. Anna; di reumatologia erogate dalla Casa di Cura Oliveti; di urologia, pneumologia e oncologia urologica erogate dalla Casa di Cura Romolo Hospital; di chirurgia maxillofaciale erogate dalla struttura di day surgery Calabro dental.
- b) In relazione al divieto di acquisire in regime di ricovero ospedaliero da privato le prestazioni definitivamente trasferite al altro setting assistenziale:
 - delle prestazioni definite nell'allegato 2C del DPCM 29/11/2001 e s.m.i.;
 - delle prestazioni di cui alla DGR 541/2008;
 - delle prestazioni di cui alla DGR 726/2008;
- c) Dell'obbligo di insormontabilità del tetto di spesa aziendale nel suo complesso per ogni tipo di prestazione di ricovero da acquisire dalle strutture private accreditate.

che la concreta attuazione dei criteri sopra indicati ha comportato la riduzione delle prestazioni di ricovero da acquisire dalla Casa di Cura S.Rita e conseguentemente del relativo budget che trova specifica motivazione sulla base degli elementi di valutazione di seguito indicati:

1. La struttura eroga prestazioni di ricovero per discipline analoghe a quelle erogate dal P.O. di Crotone, pertanto l'effettivo fabbisogno di prestazioni di ricovero può essere garantito dal P.O. di Crotone senza costi aggiuntivi.
2. I casi di ricovero trattati nelle UU.OO. di ostetricia e oculistica risultano assolutamente insignificanti sia per quantità che per qualità delle prestazioni erogate:
 - a. in ostetricia e ginecologia non risulta effettuato alcun parto e oltre alla scarsissima produzione (97 casi di ricovero nell'anno) occorre evidenziare che il 38% dei casi trattati è riferito al DRG 369 (disturbi mestruali) peraltro non più erogabili in regime di ricovero; inoltre, sono stati effettuati soltanto 7 interventi chirurgici erogabili in day surgery; i restanti casi di ricovero sono relativi a DRG medici e di questi numerosi non sono attinenti alla disciplina.
 - b. In oculistica non risulta erogata alcuna prestazione di ricovero; nella stessa risultano erogate solo prestazioni di cataratta in regime ambulatoriale.
3. I casi di ricovero trattati nella U.O. di Chirurgia Generale presentano una elevata incidenza di inappropriata in quanto dei 1128 casi trattati in regime ordinario solo 156 (il 13,8%) sono DRG chirurgici e tra questi ben 73 sono trasferiti in via definitiva al regime ambulatoriale per come previsto dalla DGR 89/2009. Tutta la restante produzione della U.O. (86,2%) è relativa a soli DRG medici dei quali, peraltro, un numero significativo non è attinente alla disciplina o riferibili a DRG sentinella.
4. I casi di ricovero trattati nella U.O. di Medicina Generale presentano una elevata incidenza di inappropriata in quanto dei 930 casi trattati in regime ordinario la gran parte sono riferiti a DRG sentinella cioè DRG riconducibili a prestazioni di tipo medico che, in relazione alle esperienze maturate ed in applicazione di specifici protocolli di verifica utilizzati in sede interregionale, sono caratterizzate da pratiche di ricovero opportunistiche. Al riguardo occorre, inoltre, evidenziare che numerosi dei DGR erogati in regime di ricovero ordinario sono stati trasferiti, per effetto della DGR 89/2010, definitivamente in altro setting assistenziale.
5. Nella struttura risulta, inoltre, particolarmente elevata l'incidenza dei ricoveri ripetuti.

6. Risulta inoltre che nell'anno non è stata erogata alcuna prestazione riferibile a DRG di alta specialità.
7. I casi trattati relativi a residenti di altre aziende della regione o di altre regioni (mobilità attiva) risultano, rispettivamente, 49 e 36, con un indice di attrazione pari al 3,3%.
8. La quasi totalità della produzione è rivolta verso i residenti e in considerazione della tipologia dell'attività svolta la struttura non sembra concorrere in maniera significativa alla riduzione delle fughe dei cittadini residenti nell'azienda e quindi alla riduzione della mobilità passiva.

CONSIDERATO

Inoltre, che allo stato l'attività di ricovero della casa di Cura **Villa Giose** risulta sospesa sin da gennaio 2009 per adeguamento dei requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali in materia. Tenuto conto della proroga concessa dalla regione per l'adeguamento e considerata la possibile ripresa delle attività di ricovero della stessa struttura, le risorse finanziarie indicate nella tabella allegata sono da considerarsi quale accantonamento in previsione della possibile ripresa dell'attività.

RITENUTO

che la concreta attuazione dei criteri stabiliti dalla DGR 89/2010, per come sopra esplicitati, consente all'ASP di definire un piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione di prestazioni di assistenza ospedaliera dalle strutture private accreditate che, coerentemente con le indicazioni regionali, consente di garantire l'effettivo fabbisogno di prestazioni complessive del territorio, di ridurre l'elevato tasso di ospedalizzazione dell'azienda e di rispettare il tetto di spesa aziendale.

DATO ATTO

che con nota n. 5882 del 19.2.2010 questa Direzione Generale, al fine di svolgere la contrattazione per la stipula dei contratti 2010, ha provveduto a convocare i rappresentanti legali delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di ricovero ai quali è stato esposto il piano annuale preventivo per l'acquisto di prestazioni di ricovero predisposto dall'ASP in esecuzione delle disposizioni regionali di cui alla DGR 89/2010.

che per come risulta dai relativi verbali in atti la specifica contrattazione con i rappresentanti delle strutture private accreditate si è svolta nei giorni 23 e 25 febbraio 2010.

VISTE

Le risultanze degli incontri relativi alla contrattazione svoltasi con i rappresentanti delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera che in sintesi hanno visto l'accoglimento della proposta aziendale da parte di tutti gli erogatori privati ad eccezione dei rappresentanti della Casa di Cura S.Rita.

DATO ATTO

che a conclusione della trattativa tutti gli erogatori privati accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera, ad eccezione della Casa di Cura S.Rita, hanno stipulato i contratti proposti dall'ASP e definiti in termini di volumi massimi di attività, tipologia delle prestazioni erogabili e limite massimo di spesa per come indicato nel piano annuale preventivo proposto dall'ASP.

che i rappresentanti della Casa di Cura S.Rita che hanno partecipato agli incontri negoziali non hanno ritenuto di stipulare il contratto 2010 che regola i rapporti giuridici ed economici tra l'ASP e la stessa Casa di Cura per come risulta dai verbali in atti.

che il legale rappresentante della Casa di Cura S.Rita con telegramma dell'1.3.2010, pervenuto oltre la data del 28.02.2010, fissata dalla DGR 89/2010 quale termine perentorio per la stipula dei contratti con le strutture private accreditate di cui al comma 2 dell'art. 8 quinquies del Dlgs 502/1992, comunicava la propria impossibilità a firmare il contratto per il budget 2010 per gravi motivi di salute, anticipando la produzione via fax di certificazione medica.

che, ai sensi dell' comma 2 dell'art. 8 quater del Dlgs 502/1992, ed alla luce delle prescrizioni di cui alla DGR n° 89/2010, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per l'ASP di Crotona a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies del citato Dlgs 502/1992.

VISTE

La nota n. 4746 del 17.2.2010 del Dipartimento regionale tutela della salute.

La deliberazione di Giunta Regionale n. 89 del 12.2.2010.

Le disposizioni normative nazionali e regionali in materia.

ACQUISITO

Il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:

- 1) **Prendere atto** della deliberazione n. 89 adottata dalla Giunta Regionale in data 12 febbraio 2010 recante " Adempimenti di cui al punto 7 del Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale - DGR del 16 dicembre 2009 n. 845 - Prestazioni da privato: ambulatoriale, riabilitazione extraospedaliera, protesica e altre prestazioni. Riproposizione a seguito della verifica da parte dei Ministeri competenti".
- 2) **Stabilire** che per l'anno 2010, il limite massimo di spesa sostenibile per l'acquisizione di prestazioni di assistenza ospedaliera dagli erogatori privati accreditati operanti nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona è definito in **€ 27.639.000.**
- 3) **Adottare** il piano annuale preventivo 2010, relativo alle prestazioni di assistenza ospedaliera da acquisire dalle strutture private accreditate, che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale (**ALLEGATO 1**).
- 4) **Prendere atto** dei contratti stipulati con gli erogatori privati accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera che allegati al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante e sostanziale.
- 5) **Prendere atto** che la Casa di Cura S.Rita non ha sottoscritto, entro i termini di cui al punto 5 della DGR 89/2010, il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra l'ASP e lo stesso soggetto erogatore per l'anno 2010.
- 6) **Stabilirsi** conseguentemente, così per come previsto al punto 7 del dispositivo della DGR 89/2010 nonché per come espressamente previsto dal comma 2, dell'articolo 8-quater del DLgs n. 502/1992, di sospendere per l'anno corrente la possibilità per la stessa struttura di erogare prestazioni con oneri a carico del SSR, stante la mancanza degli strumenti contrattuali di cui al comma 2 dell'articolo 8-quinquies del citato Dlgs.
- 7) **Stabilirsi** che poiché allo stato l'attività di ricovero della casa di Cura **Villa Giose** risulta sospesa sin da gennaio 2009 per adeguamento dei requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali in materia, tenuto conto della proroga concessa dalla regione per l'adeguamento e considerata la possibile ripresa delle attività di ricovero della stessa struttura, le risorse finanziarie indicate nella tabella allegata sono da considerarsi quale accantonamento in previsione della possibile ripresa dell'attività.
- 8) **Stabilirsi** che le prestazioni di cui all'allegato 2C del DPCM 29.11.2001, nonché quelle di cui alle DGR n. 541 e n. 726, non più erogabili in regime di ricovero, sono trasferite definitivamente nel regime assistenziale di specialistica ambulatoriale e verranno remunerate nell'ambito del tetto di spesa aziendale assegnato dalla Regione per la specialistica ambulatoriale.

Trasmettere copia della presente deliberazione, per gli ulteriori adempimenti di competenza, alle seguenti strutture organizzative dell'ASP: U.O. Accordi e Contratti, Dip. Assistenza Ospedaliera, Dip. Assistenza Distrettuale, U.O. Ragioneria e Programmazione Finanziaria.

Trasmettere copia della presente deliberazione nonché dei contratti stipulati con ciascun soggetto erogatore di prestazioni di assistenza ospedaliera alla Regione Calabria Dipartimento Sanità.

Il responsabile del procedimento

Dr. ssa Angelina Rizzuti

Il Direttore Sanitario FF
Dr. Giuseppe Fratta

Il Direttore Amministrativo
Dr. Palmiro Vulcano

Il Direttore Generale
Dr. Vincenzo Domenico Scuteri

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge il 03 MAR. 2010 e vi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Crotone lì, 03 MAR. 2010

IL DIRETTORE
Ufficio Affari Generali
(Sig. Giorgio Vincenzo FLOCCARI)

Il Responsabile

F.to Giuseppe Mancuso

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
N° _____ DEL _____

ALLEGATO 1)

PIANO ANNUALE PREVENTIVO 2010
ACQUISTO PRESTAZIONI DI RICOVERO DA PRIVATO ACCREDITATO

Strutture Erogatrici	Valore finanziario contratti 2009	Tetto di spesa aziendale DGR 89/2010	Valore finanziario contratti 2010 tenuto conto dei criteri di cui alla DGR 89/2010
Villa Giose (*)	250.000	27.639.000	500.000
Santa Rita	3.712.539		1.165.000
Cl. Oliveti	2.783.320		2.633.500
Romolo Hospital	7.247.499		6.062.500
Ist. S. Anna	14.800.463		14.675.500
Calabrodental	2.727.111		2.602.500
Totale	31.520.932		27.639.000

Delibera-N° **032**
del **03 MAR. 2010**

ORIGINALE

Oggetto:

Piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale dagli erogatori privati accreditati; volumi massimi di prestazioni erogabili, tipologia delle prestazioni e tetti di spesa.

L'anno duemiladieci il giorno tre del mese di marzo nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO

che con nota n. 4746 del 17 febbraio 2010 recante "acquisizione prestazioni da privato accreditato anno 2010" il Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie della Regione ha provveduto a trasmettere a questa Azienda la deliberazione di Giunta Regionale n. 114 del 12.2.2010, con la quale sono stati fissati i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dalle strutture private accreditate per il triennio 2010/2012 in attuazione della DGR n. 845/2009 (Piano di rientro).

che con la medesima nota 4746 del 17 febbraio 2010 il dipartimento regionale tutela della salute in esecuzione della DGR n. 114/2010 ha comunicato il tetto di spesa aziendale per l'acquisto di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale da privato per l'anno 2010 definito in complessivi **€ 22.105.798** al fine di consentire la sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati nei termini prescritti dalla stessa DGR 114/2010.

DATO ATTO

Che questa Direzione Generale in esecuzione dei su detti provvedimenti regionali deve procedere, in sede contrattuale, a definire nell'ambito del complessivo tetto di spesa aziendale, i tetti di spesa per ciascuna struttura privata accreditata insistente nel proprio territorio, tenendo presente quanto indicato al punto 5 del dispositivo della citata DGR 114/2010 e qui di seguito riportato:

- possibilità di acquisizione di prestazioni da privato in relazione all'effettivo fabbisogno di prestazioni.
- obbligo dell'insormontabilità del tetto di spesa aziendale nel suo complesso per ogni tipo di prestazione da acquistare da privato.

che per come espressamente stabilito al punto 6 del dispositivo della DGR 114 del 12.2.2010 il termine per la sottoscrizione dei contratti per l'anno 2010 da parte dei privati accreditati è fissato entro la data del 28 febbraio 2010.

che con la citata DGR 114/2010 la Giunta Regionale ha approvato il modello contrattuale per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nonché lo schema tipo di contratto per la regolamentazione dei rapporti giuridici ed economici tra ASP e soggetti erogatori per come riportato nell'allegato 5 della stessa DGR.

che con la citata DGR 114/2010 la Giunta Regionale ha stabilito, inoltre, di sospendere per l'anno corrente la possibilità di erogare prestazioni agli erogatori privati che non sottoscrivessero i contratti definiti entro il termine sopra indicato.

CONSIDERATO

che così per come stabilito dalla vigente normativa in materia, questa azienda, nel rispetto del tetto di spesa sopra stabilito, deve procedere all'adozione di un piano annuale preventivo 2010 relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale da ciascuna delle strutture private ed alla conseguente stipula dei relativi contratti di cui all'art. 8-quinquies del Dlgs 502/92 e s.m.i..

DATO ATTO

che ai sensi del comma 1, dell'articolo 8-bis, del Dlgs 502/92 e s.m.i, i livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale nonché definiti dal DPCM 29.11.2001 e confermati dall'art. 54 della Legge Finanziaria 2003, sono assicurati, in ciascuna Regione, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nonché dei soggetti accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92.

che ai sensi del comma 2, dell'articolo 8-bis, del Dlgs 502/92, i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali e che l'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio Sanitario Nazionale.

che ai sensi del comma 3, dell'articolo 8-bis, del Dlgs 502/92, l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN e l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN sono, rispettivamente, subordinate:

- all'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater del Dlgs 502/92 e in via temporanea all'accreditamento provvisorio di cui al comma 6 del citato art. 8-quater.
- alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 e s.m.i.

che ai sensi dell'articolo 32, comma 8, della legge 27.12.1997, n.449, vanno individuati, per ciascuna struttura erogatrice, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con la quota parte del fondo sanitario.

che ai sensi dell'articolo 32, comma 9, della legge 27.12.1997, n. 449 le regioni e le aziende devono assicurare l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse assegnate.

che ai sensi dell'articolo 8-sexies del Dlgs 502/92, le strutture che erogano prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale a carico del SSN sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento.

RITENUTO

che ai sensi del comma 2, dell'articolo 8-quinquies del Dlgs 502/92 nonché delle disposizioni regionali in materia, questa Direzione Generale deve procedere, previa specifica contrattazione con le strutture interessate, alla stipula di specifici contratti con le strutture private accreditate che indicano:

- Gli obiettivi di salute ed i programmi di integrazione dei servizi.
- Il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale dell'azienda si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- I requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- Il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari tempo per tempo vigenti;
- Il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti in aderenza alle scadenze già definite dall'apposita normativa regionale;
- le procedure di controllo sul rispetto degli accordi contrattuali pattuiti;

DATO ATTO

che ai sensi del comma 2, dell'articolo 8-quater, del DLgs n.502 /92, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende del SSN a corrispondere la remunerazione

delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del citato DLgs 502.

VALUTATO

Il fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale necessarie per garantire ai cittadini il relativo livello essenziale di assistenza correlato ai volumi massimi di prestazioni erogabili nonché ai tetti di spesa sostenibile.

CONSIDERATO

che nella formulazione del piano annuale preventivo 2010 per l'acquisizione di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale dalle strutture private accreditate, questa ASP, in attuazione dei criteri di cui al punto 5 del dispositivo della DGR 114/2010, ha tenuto conto: 1) dell'effettivo fabbisogno di prestazioni anche in relazione che non esistono nell'ASP strutture a gestione diretta che erogano prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale; 2) l'obbligo di insormontabilità del tetto di spesa aziendale.

DATO ATTO

che con note n. 5888, 5889, 5890 e 5891 del 19.2.2010, questa direzione generale, al fine di svolgere la contrattazione per la stipula dei contratti 2010, ha provveduto a convocare, rispettivamente, i rappresentanti legali delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale.

che per come risulta dai relativi verbali in atti la specifica contrattazione con i rappresentanti delle strutture private accreditate di che trattasi si è svolta nei giorni 24 e 25 febbraio 2010;

VISTE

Le risultanze degli incontri relativi alla contrattazione svoltasi con i rappresentanti delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale.

PRESO ATTO

che con tutti gli erogatori privati accreditati si è pervenuti alla stipula del contratto 2010 entro i termini stabiliti al punto 6 della DGR n. 114/2010.

VISTE

La nota n. 4746 del 17.2.2010 del Dipartimento regionale tutela della salute.

La deliberazione di Giunta Regionale n. 114 del 12.2.2010.

Le disposizioni normative nazionali e regionali in materia.

ACQUISITO

Il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:

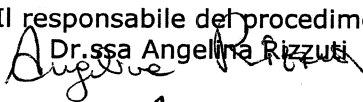
1. **Prendere atto** della deliberazione n. 114 adottata dalla Giunta Regionale in data 12 febbraio 2010 recante "Adempimenti di cui al punto 7 del Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale - DGR del 16 dicembre 2009 n. 845 - Prestazioni da privato: ambulatoriale, riabilitazione extraospedaliera, protesica e altre prestazioni. Riproposizione a seguito della verifica da parte dei Ministeri competenti".
2. **Stabilire** che per l'anno 2010, il limite massimo di spesa sostenibile per l'acquisizione di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale dagli erogatori privati accreditati operanti nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone è definito in **€ 22.105.798**.
3. **Adottare** il piano annuale preventivo 2010, relativo alle prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale da acquisire dalle strutture private accreditate, che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale (**ALLEGATO 1**).

4. **Prendere atto** che gli erogatori privati accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di riabilitazione territoriale operanti nell'ASP hanno sottoscritto entro i termini di cui al punto 6 della DGR 114/2010 i contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra l'ASP e gli stessi soggetti erogatori per l'anno 2010.

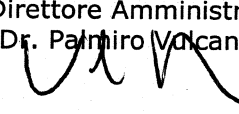
Trasmettere copia della presente deliberazione, per gli ulteriori adempimenti di competenza, alle strutture aziendali, U.O. Accordi e Contratti, Dip. Assistenza Distrettuale, U.O. Ragioneria e Programmazione Finanziaria.

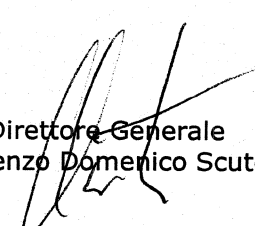
Trasmettere copia della presente deliberazione alla Regione Calabria Dipartimento Sanità.

Il responsabile del procedimento

Dr. ssa Angelina Rizzuti


Il Direttore Sanitario FF
Dr. Giuseppe Fratto


Il Direttore Amministrativo
Dr. Palmiro Vucano


Il Direttore Generale
Dr. Vincenzo Domenico Scuteri


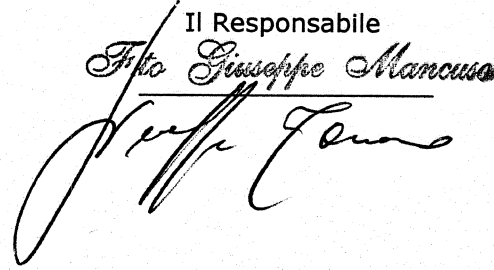
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge il 03 MAR. 2010 e vi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Crotone li, 03 MAR. 2010


IL DIRETTORE
Ufficio Affari Generali
Sig. Giorgio Vincenzo FLECCARI

Il Responsabile


Sig. Giuseppe Mancuso

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURE EROGATRICI PRIVATE ACCREDIT.	posti letto e attività accreditati	tariffa giornaliera vigente	quota a carico		limite massimo di attività	limite massimo di spesa
				FSR			
Attività sanitaria riabilitativa ambulatoriale e domiciliare ex DGR 3137/99 e ex L. 833/78	ANMIC Crotone Ambulator.	80 giornalieri	47,64	100%		23.300	1.110.012
	ANMIC Crotone Domiciliare	60 giornalieri	60,11	100%		17.500	1.051.925
	Villa S. Giuseppe ambul.	36 giornalieri	51,93	100%		10.800	560.844
	Starbene ambulator.	36 giornalieri	50,02	100%		10.800	540.216
	Totale					62.400	3.262.997
Attività sanitarie di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo	Centro San Giuseppe	56	171,84	100%		20.194	3.470.137
	Totale					20.194	3.470.137
Attività sanitaria riabilitativa ambulatoriale e domiciliare ex DGR 3137/99 ed ex art. 26 legge 833/78	Sasà Martino ambul.	24	47,64	100%		5.688	270.976
	Sasà Martino domic.	48	60,11	100%		11.376	683.811
	Totale					17.064	954.788
	Studio Turano ambulator.	36	50,02	100%		8.750	437.675
Studio Turano domicil.	12	63,11	100%		3.004	189.582	
	Totale					11.754	627.257
TOTALE GENERALE							22.105.763
TETTO DI SPESA DGR 114/2010 : 22.105.798							

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE SEMIRESIDENZIALE E DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURE EROGATRICI PRIVATE ACCREDIT.	posti letto e attività accreditati	tariffa giornaliera vigente	quota a carico FSR	limite massimo di attività	limite massimo di spesa
Attività sanitarie e socio sanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani non autosufficienti	RSA Villa S. Giuseppe	46	144,23	70%	16.286	1.644.281
	RSA Centro S. Giuseppe	46	144,23	70%	16.286	1.644.281
	RSA S. Rita	58	132,32	70%	20.323	1.882.416
	CP Giardino (Fascia B)	47	109,98	50%	15.440	849.018
	CP Savelli Hospital (Fascia C)	56	124,48	50%	19.214	1.195.854
	CP S. Teodoro (Fascia C)	40	119,91	50%	13.724	822.822
	CP Villa del Rosario (Fascia C)	30	119,91	50%	10.293	619.843
Totale		60	119,91	50%	21.024	1.260.494
Attività sanitarie e socio sanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	CP Carusa (Fascia B)	60	101,79	40%	21.024	855.988
	C.P. Spirito Santo (Fascia B)	55	101,79	40%	18.971	772.395
	RSA Santino Covelli	42	143,36	70%	14.487	1.453.749
	RSA Verzino Solidale	10	126,85	100%	2.738	347.252
	Totale		15	49,10	100%	54.482
Attività sanitarie e socio sanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone dipendenti da sostanze stupefacenti	Agorà Croton residenziale	15	49,10	100%	3.256	159.870
	C.A.S.T. Cirò M.	15	49,10	100%	3.061	150.295
	CO.RI.SS. Crotone semires.	10	29,12	100%	1.891	55.066
	Fond. Exodus Caccuri	20	38,25	100%	2.012	76.959
Totale		20	38,25	100%	10.220	442.190