

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
DIREZIONE GENERALE

DELIBERA N° 028

ORIGINALE

OGGETTO: Adozione Piano della Performance 2014-2016. Documento direttive obiettivi e budget 2014.

L'anno duemilaquattordici, il giorno 27 del mese di gennaio, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, via M. Nicoletta angolo via G. Di Vittorio;

Su conforme proposta del responsabile del procedimento dr. Giuseppe Fratto, direttore della U.O. Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica, nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal medesimo direttore;

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso

che il presente Piano delle Performance è adottato ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera b), del Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

che il Piano della Performance, secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, lettera a) dello stesso Decreto:

- è un documento programmatico triennale, da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno;
- è adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio dell'ASP;
- individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;

che il Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009 costituisce specifica disciplina in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, prevedendo una specifica disposizione all'art. 31 per quanto concerne il Servizio Sanitario Nazionale;

che il Decreto Legislativo n. 150/09 ha previsto principi cui le Aziende del S.S.N. devono adeguare i propri ordinamenti ed in particolare i titoli II e III che disciplinano in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della Performance ed in materia di merito e premi;

Dato atto

che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale in attuazione delle disposizioni di cui alla legge regionale 3 febbraio 2012, n. 3, nonché delle specifiche linee guida regionali di cui al decreto dirigenziale del Direttore Generale Dipartimento Sanità n. 3957 del 27 marzo 2012 debbono provvedere a porre in essere tutti gli adempimenti obbligatori in materia di misurazione e valutazione della performance, tra cui la disposizione relativa alla redazione entro il 31

gennaio di ogni anno del documento programmatico triennale Piano della performance;

che il Piano di cui trattasi è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (articolo 4 del Decreto) e che esso, in coerenza con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi annuali che costituiscono gli elementi fondamentali su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Ritenuto

che gli obiettivi esplicitati nel Piano sono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- riferibili ad un arco temporale determinato corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e regionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento almeno ai dati relativi al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

che il Piano ha, quindi, il compito fondamentale di costituire:

- una visione comune tra il vertice aziendale ed il personale sulle finalità e sulla collocazione nel futuro a breve e a medio termine dell'Azienda ed è quindi, sia rispetto il personale dirigente che a quello del comparto, uno strumento per orientare anche le azioni ed i comportamenti individuali;
- specifica linea guida nell'implementazione del processo annuale di budget, quale strumento e modalità per trasferire obiettivi e responsabilità a livello di singola macrostruttura e unità operativa.

Dato atto

che il presente Piano delle Performance comprende e costituisce anche direttiva annuale del Direttore Generale – o Piano Annuale delle Attività – per l'anno 2014, in linea con il citato decreto legislativo n. 150/2009 e con le disposizioni di cui alla legge regionale 3 febbraio 2012, n. 3, nonché con le specifiche linee guida regionali di cui al decreto dirigenziale del Direttore Generale Dipartimento Sanità n. 3957 del 27 marzo 2012.

Ritenuto

di dover procedere all'adozione del Piano della Performance 2014–2016 redatto da questa Azienda Sanitaria Provinciale, allegato quale parte integrante della presente deliberazione, precisando sin d'ora che trattasi di un documento programmatico dinamico che per sua stessa natura necessita di successive azioni di revisione e completamento annuali successive per il 2015 e 2016.

Acquisito

il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate e confermate:

1. Adottare, ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/09 e delle specifiche disposizioni attuative regionali, il Piano della Performance 2014- 2016 che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale.
2. Dare la massima divulgazione del Piano della performance allegato al presente atto attraverso la pubblicazione del documento nella sezione "Trasparenza" del sito istituzionale dell'Azienda.
3. Notificare il Piano allegato alla presente deliberazione a tutti i direttori delle macrostrutture-dipartimenti aziendali destinatari di budget di primo livello, demandando agli stessi direttori di procedere a loro volta, a notificare il medesimo Piano ai direttori di ciascuna delle unità operative afferenti alla propria macrostruttura-dipartimento e destinatari di budget di secondo livello.
4. Trasmettere copia del presente atto al Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda per gli adempimenti di propria competenza.
5. Trasmettere copia del presente atto al Dipartimento Sanità della Regione Calabria.
6. Dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo.

Il Direttore U.O. Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica
Dr. Giuseppe Fratto

Il Direttore Amministrativo
Dr. Giovanni Cozza

Il Direttore Sanitario
Dr. Francesco Paravati

Il Direttore Generale
Prof. Rocco Antonio Nostro.....

UFFICIO AFFARI GENERALI
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'ASP di Crotona il 05 FEB.2014 con protocollo della Segreteria Generale n. 013 ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

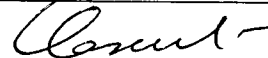
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Valter COSENTINO



~~Il Responsabile AA. GG.~~

Valter Cosentino



PIANO DELLA PERFORMANCE

2014-2016

DOCUMENTO

DIRETTIVE OBIETTIVI E BUDGET 2014

(Documento allegato alla deliberazione del Direttore Generale n. 028 del 27 gennaio 2014)

INDICE

Presentazione e introduzione	3
Quadro di riferimento	4
Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder	5
Analisi del contesto esterno e interno (Analisi SWOT)	15
Obiettivi strategici istituzionali/Obiettivi strategici aziendali/ Obiettivi operativi di struttura; Programmazione e pianificazione strategica aziendale	21
Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e il bilancio e collegamento al sistema di budgeting	23
Comunicazione del piano delle performance	25
Allegati	
• Allegato A) : Macrostrutture aziendali destinatarie obiettivi e budget anno 2014	26
• Allegato B) : Indirizzi e obiettivi prioritarie e strategici generali	28
• Allegato C) : Obiettivi operativi specifici di macrostruttura e correlati budget 2014	36
- Allegato C1) Dipartimento di Prevenzione	38
- Allegato C2) Dipartimento Assistenza Distrettuale e Distretti Sanitari	49
- Allegato C3) Dipartimenti Ospedalieri e Dipartimenti Misti Ospedale/Territorio	67
o Dipartimento emergenza urgenza e accettazione (allegato C3.1)	74
o Dipartimento AFO Medica (allegato C3.2)	82
o Dipartimento AFO Chirurgica (allegato C3.3)	90
o Dipartimento AFO Servizi Diagnostici (allegato C3.4)	96
o Dipartimento AFO Materno – Infantile (allegato C3.5)	104
o Funzioni di direzione medica di P.O. e di farmacia ospedaliera (a C3.6)	108
- Allegato C4) Area Servizi Amministrativi e Area Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica Aziendale	113
• Allegato D) : Dati di attività e principali indicatori unità operative ospedaliere	117

1. Presentazione e introduzione

Migliorare la performance delle Amministrazioni Pubbliche è l'obiettivo comune e centrale delle numerose iniziative di cambiamento in atto nel settore pubblico del nostro Paese.

La necessità di rispondere adeguatamente alle esigenze crescenti dei cittadini, in termini di qualità delle politiche e dei servizi erogati, anzitutto in tempi di forti ristrettezze economiche che stanno minacciando la sostenibilità del Servizio Sanitario nel suo complesso, obbliga le pubbliche amministrazioni a munirsi di informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività per migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione stessa, nonché per rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder e ai cittadini.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, vista la complessità concettuale che si è andata a creare intorno al tema della valutazione della performance, anzitutto nel settore dei servizi sanitari, fa propria la definizione così come declinata dal Decreto Legislativo 150/2009 - la cosiddetta "Riforma Brunetta".

Per "performance si intende "il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita".

Il Piano della Performance (in seguito "Piano") è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione.

Il Piano sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASP. Il documento, di valenza triennale (2014-2016), per quanto attiene le scelte strategiche aziendali, nonché declinato annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali, definisce, in coerenza con le risorse assegnate, obiettivi congrui alla missione dell'ASP e alle sue articolazioni organizzative e indicatori capaci di misurare nel tempo l'andamento dell'attività o processo soggetti a misurazione, valutazione nonché rendicontazione.

Attraverso l'adozione del presente documento, che rappresenta la prosecuzione, dopo un primo sforzo già avviato in azienda con il piano delle attività e di performance dell'anno 2013, verso la creazione di una cultura della performance legata all'espletamento della missione organizzativa e al raggiungimento dei suoi obiettivi, l'ASP si propone di accrescere le conoscenze circa l'operato dell'azienda per migliorare i processi decisionali e per orientare e responsabilizzare tutti i componenti dell'organizzazione, producendo quell'ambizione che da slancio e vigore all'azione amministrativa.

Il Piano è stato strutturato in modo tale da rendere noti al cittadino gli obiettivi, le azioni e i risultati che l'Azienda intende perseguire. La prima parte del documento illustra l'Azienda ("chi siamo", "cosa facciamo" e "come operiamo") e le sue attività di programmazione, mentre la seconda parte è focalizzata sul sistema di misurazione della performance con la sintesi degli obiettivi.

Il Piano triennale, a valenza annuale, verrà aggiornato annualmente, in coerenza con gli indirizzi di programmazione strategica regionale e con le modifiche non solo del contesto di riferimento, ma anche delle modalità interne di funzionamento dell'Azienda.

Infine è opportuno evidenziare che il presente Piano è pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda: www.asp.crotone.it

Il Piano delle performance per gli anni 2014-2016 è quindi il documento programmatico dove sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati organizzativi e dei risultati raggiunti dai dipendenti in rapporto agli obiettivi assegnati.

Con riferimento all'anno 2014 gli obiettivi che l'ASP di Crotone si pone e su cui si basa la definizione, misurazione e valutazione dei risultati di budget in coerenza con le risorse assegnate costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di ciascuna delle strutture organizzative dell'azienda. Coerentemente con quanto previsto dall'articolo 10 comma 1 del D.Lgs 150/2009, all'interno del Piano sono stati riportati e messi in relazione missione e mandato istituzionale, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali con relativi indicatori e target di riferimento. Nella definizione della programmazione triennale ASP Crotone ha inteso elaborare il proprio Piano delle Performance integrando gli indirizzi di programmazione sanitaria regionale con gli obiettivi aziendali e di struttura, con specifico riferimento ai provvedimenti regionali attuativi del piano di rientro ovvero di razionalizzazione e riqualificazione del SSR e integrandone i contenuti secondo le peculiari finalità del Piano.

In riferimento all'impianto metodologico finalizzato all'attuazione del processo di gestione della performance, secondo il quadro normativo del D.Lgs. 150/2009, ed in linea con le disposizioni

regionali di cui alla L. R. 3 febbraio 2012, n. 3, nonché alle specifiche linee guida regionali di cui al decreto dirigenziale del Direttore Generale Dipartimento Sanità n. 3957 del 27 marzo 2012, l'Azienda arriva all'elaborazione del piano delle performance avendo già avviato i lavori di definizione del nuovo regolamento aziendale sul sistema di misurazione e valutazione della performance che definisce metodologia e soggetti interessati, oltre che l'individuazione delle fasi e dei tempi, del processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.

2. Quadro di riferimento

La programmazione aziendale è strettamente inserita nel quadro normativo e finanziario di riferimento e prende come punto di partenza il piano di razionalizzazione e riqualificazione del SSR (piano di rientro e suoi provvedimenti attuativi) che hanno indicato obiettivi di salute e funzionamento miranti sia a garantire un elevato livello di qualità dei servizi e di ottimizzazione del governo clinico, sia a produrre una razionalizzazione dei costi di produzione.

Qui di seguito si riportano le principali disposizioni nazionali e regionali che delineano in modo puntuale il quadro di riferimento per l'adozione del presente piano delle performance 2014 che ricomprende anche le direttive aziendali, gli obiettivi e i budget dell'anno 2014:

- *Piano di razionalizzazione e riqualificazione del SSR (Piano di rientro)* di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16.12.2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla Regione Calabria con Delibera di Giunta Regionale n.585 del 10.09.2009 e Delibera di Giunta Regionale n.752 del 18.11.2009.
- *DPGR n. 18/2010 e s.m.i.* Provvedimento attuativo del piano di rientro adottato dal Presidente della Giunta Regionale nella sua qualità di Commissario ad Acta finalizzati alla riqualificazione e il miglioramento dell'intero sistema sanitario regionale ed al riordino delle tre reti assistenziali ospedaliera, territoriale e emergenza. Tra le novità principali, la nuova impostazione dei servizi di assistenza e di cura, che punta a ridurre il numero degli ospedali e dei posti letto e a potenziare la rete territoriale, facendo perno sui distretti, sui medici di base associati in gruppo e su nuove strutture territoriali e residenziali (case della salute, hospice, Rsa, centri diurni, comunità...). Anche la rete degli ospedali viene riorganizzata sulla base dei diversi livelli di specializzazione e di intensità di cura sul modello anglosassone "hub & spoke". L'attuazione dello stato di attuazione del piano di rientro è affidato, a numerosi e successivi decreti del Commissario ad acta relativi alla programmazione ospedaliera e territoriale che indicano, azienda per azienda, numero e organizzazione dei presidi, specialità, reparti, posti letto, day-hospital, strutture intermedie e servizi ambulatoriali.
- *Decreto Lgs n. 118 del 23.06.2011*, che al titolo II detta disposizioni sui "principi contabili generali e applicati per il settore sanitario", introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;
- *D.L. n. 95 del 6.7.2012 ("spending review")* convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012 n. 135 che, con la L. 24 dicembre 2012 n. 228 (Legge di stabilità 2013), definisce il quadro di finanza pubblica per il prossimo triennio con una sostanziale riduzione dei costi del sistema;
- *I provvedimenti regionali attuativi della spending review*, che definiscono i limiti di costo per alcune specifiche aree: personale, privati accreditati, medicina convenzionata, specialistica ambulatoriale interna, farmaceutica e dispositivi medici, assistenze integrativa e protesica, tariffe e quote di rilievo sanitario per la residenzialità extraospedaliera;
- *I provvedimenti regionali di approvazione di ulteriori iniziative* da porre in essere in vari ambiti della sanità regionale al fine di assicurare gli obiettivi di risparmio previsti dal D.L. 95/2012. In particolare sono emanate disposizioni per la revisione della spesa nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), tra cui sono e saranno di forte impatto quelle in materia di ammontare, assunzioni ed utilizzo del personale del SSR;

Inoltre, sono da ricordare, per la rilevanza che a tutt'oggi rivestono:

- *Il Patto per la Salute 2010-2012 tra Stato e Regioni* (Intesa sottoscritta il 3.12.2009, rep. n. 243/CSR e recepita nelle L. finanziarie);

- *I provvedimenti regionali sulla riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale al fine della maggiore tempestività nell'erogazione delle prestazioni e quelli rispetto ai ricoveri ad alto rischio di inappropriata;*

Oltre a tali atti normativi, programmatori e d'indirizzo nazionali e regionali, sono tenuti presenti i seguenti documenti aziendali:

- *il Piano di riordino e riorganizzazione del P.O. di Crotona adottato con deliberazione del D.G. n. 386 del 12 luglio 2012, approvato dalla regione con DPGR n. 138/2012.*
- *il "Nuovo atto aziendale" adottato con deliberazione del D.G. n. 437/2012 in corso di convalida da parte della Regione e allo stato in corso di aggiornamento in esecuzione dell'intervento DPGR n. 97/2013 con il quale sono state aggiornate le linee guida regionali in materia di adozione degli atti aziendali.*

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

3.1 Chi siamo

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona è stata costituita nel maggio 2007 con legge regionale 11 maggio 2007 n. 9 e ricomprende nel proprio ambito territoriale tutti i Comuni della Provincia di Crotona. La ragione sociale dell'Azienda è quella di assicurare la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento attraverso l'erogazione e la produzione dei servizi e delle prestazioni comprese nei LEA definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'Azienda gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato (Atto Aziendale). Il suo patrimonio è costituito dai beni mobili e immobili di proprietà, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali (fanno parte del patrimonio aziendale anche i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità).

La sede dell'Azienda è in Crotona, provvisoriamente alla via M. Nicoletta, presso il Centro Direzionale il "Granaio".

Il sito internet istituzionale è www.asp.crotone.it. Il logo aziendale, inserito negli atti ufficiali, è quello qui di seguito raffigurato.



L'Azienda ha come contesto di riferimento il territorio della Provincia di Crotona, suddiviso in 27 Comuni, per come indicato nelle tabelle che seguono, caratterizzato da zone collinari, di pianura e montane, da una densità di popolazione particolarmente elevata in pianura con la presenza del capoluogo, da una popolazione ultra sessantacinquenne e da una scolarizzazione nella media regionale, con un alto tasso di disoccupazione.

La relazione con il contesto territoriale e sociale di riferimento rappresenta per l'Azienda un principio guida della propria azione quale espressione della responsabilità pubblica della tutela della salute.



Nella tabella che segue è indicata la popolazione dei 27 Comuni appartenenti all'ASP di Crotona distinta per sesso e fasce di età.

Comune		0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75 e più	Totale
BELVEDERE DI SPINELLO	m	48	109	155	295	290	104	125	1.126
	f	62	96	149	307	310	121	160	1.205
	m+f	110	205	304	602	600	225	285	2.331
CACCURI	m	46	74	103	236	221	77	85	842
	f	42	84	98	235	228	96	106	889
	m+f	88	158	201	471	449	173	191	1.731
CARFIZZI	m	10	31	46	91	86	53	65	382
	f	14	31	24	89	99	81	76	414
	m+f	24	62	70	180	185	134	141	796
CASABONA	m	58	123	170	351	336	150	189	1.377
	f	53	141	164	363	386	179	241	1.527
	m+f	111	264	334	714	722	329	430	2.904
CASTELSILANO	m	58	123	170	351	336	150	189	1.377
	f	53	141	164	363	386	179	241	1.527
	m+f	111	264	334	714	722	329	430	2.904
CERENZA	m	20	56	84	151	192	59	66	628
	f	14	43	85	151	188	67	79	627
	m+f	34	99	169	302	380	126	145	1.255
CIRO'	m	64	149	211	447	364	168	139	1.542
	f	70	178	206	456	420	172	200	1.702
	m+f	134	327	417	903	784	340	339	3.244
CIRO' MARINA	m	389	847	1.006	2.353	1.746	548	403	7.292
	f	393	791	1.004	2.478	1.789	579	559	7.593
	m+f	782	1.638	2.010	4.831	3.535	1.127	962	14.885

COTRONEI	m	121	264	331	773	714	224	197	2.624
	f	115	266	313	831	705	277	341	2.848
	m+f	236	530	644	1.604	1.419	501	538	5.472
CROTONE	m	1.670	3.616	4.166	8.790	7.745	2.256	1.598	29.841
	f	1.592	3.395	4.163	9.234	8.051	2.690	2.426	31.551
	m+f	3.262	7.011	8.329	18.024	15.796	4.946	4.024	61.392
CRUCOLI	m	76	142	192	473	399	180	163	1.625
	f	68	152	189	458	472	208	178	1.725
	m+f	144	294	381	931	871	388	341	3.350
CUTRO	m	243	571	659	1.392	1.294	532	353	5.044
	f	202	542	644	1.413	1.337	611	457	5.206
	m+f	445	1.113	1.303	2.805	2.631	1.143	810	10.250
ISOLA DI CAPO RIZZUTO	m	522	1.063	1.130	2.551	1.765	508	302	7.841
	f	471	1.003	1.141	2.484	1.694	524	398	7.715
	m+f	993	2.066	2.271	5.035	3.459	1.032	700	15.556
MELISSA	m	95	204	241	474	392	174	162	1.742
	f	93	169	230	521	427	189	184	1.813
	m+f	188	373	471	995	819	363	346	3.555
MESORACA	m	240	342	501	877	803	261	291	3.315
	f	178	368	521	928	807	310	382	3.489
	m+f	413	710	1.022	1.805	1.610	571	673	6.804
PALLAGORIO	m	29	56	71	166	177	88	104	691
	f	21	39	77	150	200	104	118	709
	m+f	50	95	148	316	377	192	222	1.400
PETILIA POLICASTRO	m	265	551	683	1.357	1.118	351	313	4.638
	f	249	510	620	1.259	1.116	428	498	4.680
	m+f	514	1.061	1.303	2.616	2.234	779	811	9.318
ROCCA DI NETO	m	156	336	397	844	661	233	170	2.797
	f	122	318	392	867	682	273	192	2.846
	m+f	278	654	789	1.711	1.343	506	362	5.643
ROCCABERNARDA	m	83	200	240	451	404	145	157	1.680
	f	87	174	247	462	423	172	159	1.724
	m+f	170	374	487	913	827	317	316	3.404
SAN MAURO MARCHESATO	m	45	133	155	265	266	109	115	1.088
	f	50	114	168	290	274	136	131	1.163
	m+f	95	247	323	555	540	245	246	2.251
SAN NICOLA DELL'ALTO	m	6	30	53	87	122	57	88	443
	f	7	23	42	86	128	75	135	496
	m+f	13	53	95	173	250	132	223	939
SANTA SEVERINA	m	41	112	148	305	273	114	92	1.085
	f	65	91	152	286	295	129	123	1.141
	m+f	106	203	300	591	568	243	215	2.226
SAVELLI	m	24	52	67	176	173	75	100	667
	f	17	54	62	154	167	94	178	726
	m+f	41	106	129	330	340	169	278	1.393
SCANDALE	m	89	200	249	454	369	160	115	1.636
	f	96	181	217	481	390	158	151	1.674
	m+f	185	381	466	935	759	318	266	3.310
STRONGOLI	m	171	349	418	914	752	263	216	3.083
	f	160	319	424	971	747	310	281	3.212
	m+f	331	668	842	1.885	1.499	573	497	6.295
UMBRIATICO	m	21	50	58	114	131	50	58	482
	f	14	38	65	113	114	61	71	476
	m+f	35	88	123	227	245	111	129	958
VERZINO	m	43	100	132	250	260	111	101	997
	f	32	103	133	251	275	122	123	1.039
	m+f	75	203	265	501	535	233	224	2.036
TOTALE PROVINCIA	m	4.595	9.789	11.734	24.775	21.212	7.120	5.830	85.055
	f	4.294	9.252	11.609	25.440	21.895	8.235	8.032	88.757
	m+f	8.889	19.041	23.343	50.215	43.107	15.355	13.862	173.812

3.2 Cosa facciamo

L'ASP di Crotona persegue finalità di promozione e tutela della salute, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, in attuazione degli obiettivi previsti dagli atti della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Garantire il diritto alla salute significa concretamente offrire servizi, attività e prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità, assicurando che tali attività, servizi e prestazioni siano di qualità intrinsecamente elevata e siano fornite nei modi, nei luoghi e nei tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

L'ASP di Crotona eroga prestazioni:

- di assistenza ospedaliera di emergenza, per pazienti acuti e post-acuti;
- di assistenza specialistica;
- sanitarie per pazienti con bisogni non acuti o a bassa intensità assistenziale;
- sanitarie extraospedaliere, territoriali e socio-sanitarie;
- per le patologie delle dipendenze e per la tutela della salute mentale;
- riabilitative;
- di prevenzione (profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinamenti ambientali, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria, tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, valutazioni, accertamenti e certificazioni in ambito medico-legale e medico-sportivo, screening per la prevenzione secondaria dei tumori, sorveglianza epidemiologica e promozione della salute con corretti stili di vita).

Inoltre l'Azienda garantisce:

- l'assistenza sanitaria di base erogata da MMG e PLS;
- l'emergenza sanitaria territoriale tramite il servizio 118;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'assistenza farmaceutica;
- l'assistenza integrativa e protesica;
- l'assistenza territoriale domiciliare, residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili;
- l'assistenza di continuità assistenziale;
- l'assistenza penitenziaria;
- l'assistenza psicologica e consultoriale;
- l'assistenza sanitaria all'estero, per gli italiani non residenti e per i cittadini stranieri;
- le prestazioni per il pubblico (iscrizione al SSN, scelta e revoca del MMG/PLS, rilascio dei certificati di esenzione, prenotazione delle prestazioni).

Le attività istituzionali sono eseguite principalmente presso le seguenti strutture:

- Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio di Crotona;
- Distretto di Crotona;
- Distretto di Cirò Marina;
- Distretto di Mesoraca;
- Dipartimento di Prevenzione;

3.3 Come operiamo

L'esigenza di coniugare costantemente la domanda crescente di salute con l'esiguità delle risorse disponibili porta necessariamente a un nuovo modo di pianificare gli interventi di assistenza sanitaria.

Non più, infatti, solo organizzazione di servizi preposti all'erogazione di prestazioni, ma anche "produzione di salute" con la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento e l'impegno di tutti e con l'assunzione di responsabilità ai diversi livelli (istituzionali, personali e comportamentali).

Per l'attuazione di tale strategia, da realizzare con un adeguato coordinamento delle politiche sanitarie, si dovrà promuovere il rafforzamento della capacità programmatica e dell'autonomia organizzativa, mediante un'azione sinergica tesa al miglioramento degli indicatori di appropriatezza, di efficacia e di efficienza nell'erogazione dei servizi.

L'azione di controllo della spesa sanitaria dovrà fare costante riferimento al governo dei costi, al miglioramento del controllo della qualità, al rispetto dell'appropriatezza in tutte le sue accezioni e ad interventi qualificati volti ad assicurare adeguati strumenti di prevenzione e di assistenza sanitaria.

Dovranno in particolare incentivarsi azioni volte a garantire da un lato l'attuazione di un'efficiente gestione delle risorse, attraverso un loro uso trasparente ed integrato e, dall'altro, ad ampliare l'eccellenza e la capacità di innovazione.

È perciò necessario individuare linee di indirizzo, contraddistinte da una prospettiva culturale innovativa, invece di limitarsi a politiche prevalentemente assistenziali.

3.4 Valori di riferimento, missione e visione

I valori fondamentali dell'organizzazione sono:

- la centralità del cittadino;
- lo sviluppo di una cultura della salute orientata verso corretti stili di vita;

- la promozione di attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, in relazione alla domanda sanitaria e socio-sanitaria;
- la valorizzazione professionale delle risorse umane, per garantire una migliore qualità delle prestazioni;
- il miglioramento delle prestazioni erogate e dei processi organizzativi.

La *mission* si fonda inoltre sui seguenti capisaldi:

- operare nel rispetto delle norme legislative nazionali e regionali;
- generare e alimentare costantemente una cultura della qualità centrata sulle persone, sia pazienti che dipendenti, lavorando per la tutela di entrambi attraverso l'implementazione di sistemi di controllo del rischio e attraverso strumenti di garanzia della qualità dei servizi erogati;
- garantire coerenza tra risorse assegnate dal livello regionale e risorse impegnate, attività progettate e attività svolte, obiettivi prefissati e obiettivi raggiunti;
- coinvolgere, motivare e valorizzare il personale, con interventi di informazione, formazione ed aggiornamento professionale, quali strumenti di crescita professionale e di supporto tecnico professionale finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni, perseguendo così il miglioramento continuo delle attività;
- realizzare una effettiva e fattiva collaborazione con le altre aziende nella logica di appartenenza ad un unico contesto funzionale.

La *visione* strategica della Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo capace di garantire:

- appropriatezza, tempestività ed efficacia delle prestazioni erogate;
- qualità dei servizi offerti ai cittadini;
- orientato al miglioramento continuo della qualità dell'offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini;
- ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili.

L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto del proprio territorio in una logica di fiducia e di cooperazione e attraverso un percorso di ascolto e di trasparenza con la società civile per concretizzare la qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni. L'Azienda promuove la formazione e la crescita professionale del proprio personale per mantenere elevati livelli qualitativi dei servizi offerti.

3.5 Struttura e organizzazione dei servizi

3.5.1 Il riordino della rete ospedaliera aziendale

L'azienda opera mediante un unico presidio ospedaliero a gestione diretta costituito dal Presidio Ospedaliero di Crotona e cinque case di cura convenzionate operanti sul territorio dell'azienda. Sia il presidio ospedaliero unico aziendale a gestione diretta che le case di cura convenzionate, nel corso dell'anno 2012, in attuazione degli interventi regionali di riordino della rete ospedaliera, sono stati interessati da specifici interventi di riassetto organizzativo e funzionale con particolare riguardo al numero di posti letto che alle discipline.

Più in particolare il riordino della struttura sia a gestione diretta che quello relativo alle case di cura private accreditate ha visto, nel corso dell'anno 2012, la correlata pianificazione strategica aziendale nonché l'attuazione di una significativa riduzione dei posti letto per acuzie ed un incremento dei posti letto per post acuzie, in attuazione delle specifiche disposizioni regionali di cui al DPGR n. 106, del 20 ottobre 2011 ed al successivo DPGR n. 106, del 5 luglio 2012.

Con specifica deliberazione del D.G. n. 386 del 12 luglio 2012 l'azienda provvedeva a pianificare il riassetto della rete ospedaliera dell'ASP rideterminando i posti letto del Presidio Ospedaliero di Crotona per come stabiliti nella tabella che segue disponendo, peraltro, le prime indicazioni circa gli interventi di riorganizzazione interna del presidio ospedaliero aziendale in relazione alle discipline ad ai posti letto rideterminati e tenuto conto delle specifiche indicazioni sulla logistica dell'accorpamento di posti letto e dei servizi di supporto.

Tabella Posti Letto P.O. di Crotona

Aree Funzionali Omogenee/Dipartimenti Ospedalieri	Denominazione Strutture Organizzative	posti letto unità operative	posti letto
Dipartimento AFO Medica	SOC Cardiologia	30	20
	- SOS Unità Coronarica/emodinamica		10
	SOC Medicina generale	40	30
	- SOS Malattie infettive		10
	- SOS Day Service - attività APA e PAC		0
	- SOS Microcitemia		0
	SOC Geriatria	20	20
	- SOS Day Service - attività APA e PAC		0
	SOC Nefrologia e Dialisi	p. l. tecnici dialisi	
	- SOS Dialisi Mesoraca		
	SOC Oncologia	10	10
	- SOS Day Service - attività APA e PAC		0
	SOC Neurologia	10	10
	- SOS Day Service - attività APA e PAC		0
SOSD DH multidisciplinare AFO medica (2 cardiologia - 2 geriatria - 4 medicina gen. - 1 malattie infettive - 2 neurologia - 4 oncologia)	15	15	
Dipartimento AFO Chirurgica	SOC Chirurgia generale	30	30
	- SOS Day Service - attività APA e PAC		0
	SOSD Oculistica	0	0
	SOC Otorinolaringoiatria	0	0
	- SOS Day Service - attività APA e PAC		0
	SOC Ortopedia e traumatologia	30	30
	- SOS Day Service - attività APA e PAC		0
	SOC Urologia (*)	10	10
SOSD DH multidisciplinare AFO chirurgica (4 chirurgia gen. - 4 ortopedia e traum. - 4 ostetricia e gin - 1 urologia - 1 oculistica - 1 ORL)	15	15	
Dipartimento AFO Materno-Infantile	SOC Ostetricia e Ginecologia	30	26
	- SOS Day Hospital		4
	SOC Pediatria+Neonatologia +TIN	20	18
	- SOS DH e Attività Ambulatoriale		2
- SOS Neonatologia / TIN		0	
DEA (componente ospedaliera)	SOC Terapia Intensiva	10	10
	- SOS Anestesiologia e terapia del dolore		0
	SOC Medicina e chirurgia di accettazione ed emergenza	p. l. tecnici OBI	
DSM	- SOS Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva (OBI)		
	SOC Psichiatria	16	14
- SOS Day Hospital			2
Totale complessivo posti letto		286	
Dipartimento AFO Servizi Sanitari di supporto	SOC Laboratorio Analisi		
	- SOS Attività per esterni		
	SOC Radiologia		
	- SOS TAC e RMN		
	SOC Anatomia Patologica		
	SOC Medicina Nucleare		
	SOC Servizio Immunotrasfusionale		
	SOSD Dermatologia		
	SOSD Angiologia		
SOSD Servizio di medicina fisica e riabilitazione			
SOC Direzione Medica di Presidio			
SOC Farmacia Ospedaliera			

Allo stato nel panorama della nuova rete ospedaliera regionale basata sul modello Hub e Spoke il presidio ospedaliero di Crotona si caratterizza quale presidio Spoke dotato di dipartimento di emergenza urgenza di primo livello (DEA), con presenza delle discipline di alta e altissima diffusione dell'area medica, dell'area chirurgica, dell'area materno infantile, dell'area psichiatrica e dell'area dei servizi di supporto.

Il quanto centro spoke il presidio ospedaliero di Crotona è oggi dotato:

- Del *dipartimento di emergenza urgenza* di primo livello, in grado di compiere 24 ore su 24, interventi diagnostico terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro Hub di riferimento secondo protocolli definiti per le patologie di maggiore complessità. Il presidio ospedaliero di Crotona, in quanto sede di DEA assicura una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio alta. Il personale medico del DEA è costituito da medici d'urgenza inquadrati nella struttura complessa di medicina e chirurgia d'urgenze e accettazione operante 24 ore su 24 e dotata di letti tecnici di osservazione breve (OBI) e di sviluppate tecniche di triage infermieristico. L'ospedale di Crotona in quanto sede di DEA è dotato di specifiche strutture organizzative obbligatorie per

legge quali: Medicina generale, Chirurgia generale, Anestesia e rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria con Neonatologia e TIN, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in urgenza, tutti dotati guardia attiva 24 ore su 24 o pronta disponibilità per Oculistica e ORL. Sono, inoltre, disponibili 24 ore su 24 i servizi di Radiologia con TAC ed ecografia e con RMN, Laboratorio analisi e Servizio immunotrasfusionale. La rete dell'emergenza urgenza dell'ASP, oltre al DEA del P.O. di Crotone che rappresenta la componente ospedaliera, è dotata di una componente territoriale assicurata dal SUEM 118, coordinata dalla sua Centrale Operativa e composta da punti di emergenza territoriale (PET) oltre che dal servizio di continuità assistenziale (guardia medica) notturna, prefestiva e festiva.

- Delle *discipline e unità operative di media, alta e altissima diffusione* con posti letto dell'area medica (medicina generale, geriatria, malattie infettive, oncologia, cardiologia con Utic e neurologia) dell'area chirurgica (Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Urologia (non ancora attiva) e con attività non di degenza per le discipline di Oculistica e ORL) dell'area materno infantile (Pediatria con neonatologia e TIN, Ostetricia e ginecologia) dell'area psichiatrica (SPDC).
- Delle *unità operative di supporto* quali: Laboratorio, Radiologia, SIT, Anatomia patologica, Medicina nucleare, Direzione medica di presidio e Servizio farmaceutico ospedaliero.

In sostanza dall'1 gennaio 2013, il nostro presidio ospedaliero aziendale, riconvertito e razionalizzato per come previsto dal piano di riordino della rete ospedaliera regionale, non solo migliora l'erogazione quali-quantitativa delle prestazioni appropriate rese ai cittadini ma consentirà all'azienda, a seguito della razionalizzazione e dell'accorpamento di strutture e di personale, di realizzare l'equilibrio economico tra costi e ricavi dello stesso presidio che prima degli interventi di riordino ha registrato annualmente costanti perdite d'esercizio.

Il processo di riordino della rete ospedaliera ha, inoltre, riguardato le cinque Case di Cura private accreditate che operano nel comprensorio dell'azienda. Allo stato a seguito dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera i posti letto delle strutture private accreditate sono complessivamente pari a 297 a fronte dei preesistenti 352 con una significativa riduzione dei posti letto per acuti ed un significativo incremento dei posti letto post acuti. Nelle tabelle che seguono sono riportate le variazioni dei posti letto a seguito del riordino della rete ospedaliera aziendale pubblica e privata accreditata.

Variazioni aumento/diminuzione posti letto Presidio Ospedaliero a gestione diretta

	Denominazione Strutture Organizzative	post	post	variazioni
		letto 31.12.2011	letto 31.12.2012	
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE	Cardiologia	30	20	-10
	<i>Unità Coronarica</i>	8	10	+2
	Medicina generale	58	30	-28
	<i>Malattie infettive</i>	20	10	-10
	<i>Microcitemia</i>	8	0	-8
	Geriatria	24	20	-4
	Nefrologia e Dialisi	10	0	-10
	Oncologia	10	10	0
	Neurologia	3	10	+7
	Chirurgia generale	57	30	-27
	Oculistica	15	0	-15
	Otorinolaringoiatria	14	0	-14
	Ortopedia e traumatologia	32	30	-2
	Urologia	0	10	+10
	Ostetricia e Ginecologia	38	30	-8
	Pediatria	14	20	-2
	Neonatologia	8		
	Terapia Intensiva	8	10	+2
	Psichiatria	16	16	0
	DH multidisciplinare AFO medica	19	15	+11
DH multidisciplinare AFO chirurgica	15			
	Totale Struttura	392	286	-106

Variazioni aumento/diminuzione posti letto Casa di Cura private accreditate

Case di Cura	Disciplina	posti letto 31.12.2011	posti letto 31.12.2012	Variazioni posti letto acuzie	Variazione posti letto post acuzie	Variazione totale posti letto
Istituto S. Anna	riabilitazione intensiva	66	68	-	+2	-12
	Lungodegenza	46	50	-	+4	
	unità di risveglio	10	10	-	0	
	unità gravi cerebrolesioni	20	20	-	0	
	riabil. psichiatrica	18	0	-	-18	
	Totale struttura	160	148	-	-12	
Oliveti	reumatologia	58	33	-25	-	-11
	riabil. muscoloschele / reumatologico	0	14	-	+14	
	Totale struttura	58	47	-25	+14	
Romolo Hospital	Urologia	30	33	+3	-	-16
	riabil. urologico - respiratorio	0	14	-	+14	
	broncopneumologia	18	0	-18	-	
	Oncologia medica	10	0	-10	-	
	oculistica	5	0	-5	-	
	Totale struttura	63	47	-30	+14	
S. Rita	chirurgia generale	30	33	+3	-	-18
	lungodegenza	0	14	-	+14	
	Medicina generale	23	0	-23	-	
	Ostetricia ginecologia	9	0	-9	-	
	oculistica	3	0	-3	-	
	Totale struttura	65	47	-32	+14	
Calabrodental	chirurgia maxillo facciale	6	6	0	-	+2
	odontostomatologia	0	2	+2	-	
	Totale struttura	6	8	+2	-	
TOTALE GENERALE		352	297	-85	+30	-55

3.5.2 L'assistenza territoriale

In attesa degli specifici provvedimenti di riordino della rete territoriale da parte della regione e dei conseguenti provvedimenti dell'ASP, l'azienda allo stato opera mediante 21 presidi a gestione diretta e 58 strutture convenzionate.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle tabelle che seguono.

Per le strutture a gestione diretta:

Tipo struttura	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consulenza familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipen- denti	Assistenza AIDS	Assistenza integrata	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Assistenza Laboratorio	14	4	3									
Struttura residenziale												
Struttura semi residenziale												
Altro tipo di struttura												

Per le strutture convenzionate:

Tipo struttura	Tipo assistenza											
	Affiliazione clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Affiliazione di laboratorio	Affiliazione di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio	2	5	15									
Struttura residenziale					1	3			8	1	3	
Struttura semi residenziale						1				6		
Altro tipo di struttura	13											
Medico Singolo												

Tutte le strutture convenzionate sopra indicate risultano regolarmente accreditate per le tipologie indicate come risultante dallo specifico provvedimento regionale (DPGR n.1 del 5 gennaio 2011).

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 145 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 142.828 unità, e 23 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 19.439 unità.

3.5.3 La prevenzione

Relativamente ai Servizi di Igiene e sanità pubblica, Igiene degli alimenti e della nutrizione, Prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro, Sanità pubblica veterinaria, nonché agli altri servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione sono a disposizione in azienda n. 5 strutture con articolazioni territoriali in ciascuno dei tre distretti in cui si articola il territorio aziendale.

In merito agli obiettivi dell'anno relativi a variazioni su strutture/organizzazione concordate con la regione, occorre precisare che gli specifici interventi previsti nei servizi di prevenzione relative a aumento/diminuzione offerta sono quelli indicati dall'azienda nell'atto aziendale già adottato ed allo stato in corso di validazione da parte della regione.

3.6 Principali dati di attività (vedi allegato D)

I principali dati di attività relativi agli esercizi 2011, 2012 e 2013 delle principali strutture organizzative ospedaliere e territoriali sono riportati nelle tabelle di cui all'allegato D) del presente piano.

Nello stesso allegato D) sono, inoltre, riportate le tabelle riferite agli scostamenti annuali dell'attività delle stesse strutture organizzative.

3.7 Le Risorse umane e professionali

L'azienda si avvale della collaborazione di 1.472 dipendenti, la cui suddivisione di ruoli e profili è riportata nella tabella che segue, dalla quale si evince che, nel corso dell'ultimo triennio, la dotazione organica ha subito una contrazione generale (-3,6%) quale conseguenza sia dei provvedimenti nazionali e regionali di blocco del turnover che delle azioni di razionalizzazione e di efficientamento delle attività.

La diminuzione delle unità di personale è pressoché sovrapponibile sia per la dirigenza che per il comparto (-3,38% per la dirigenza e 3,66% per il comparto).

Distribuzione per macroclassi di profili ed aree contrattuali

Profili Professionali	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013
	numero	numero	numero
Medici	276	267	269
Veterinari	18	18	17
Farmacisti	9	9	9
Biologi	3	3	3
Chimici	-	-	-
Fisici	-	-	-
Psicologi	26	25	25
Dirigenti Professioni Sanitarie	-	-	-
Totale Dirigenza Sanitaria	332	322	323
Ingegneri	2	2	2
Architetti	1	1	1
Sociologi	3	3	3
Avvocati	3	3	3
Dirigenti Amministrativi	13	11	10
Totale Dirigenza PTA	22	20	19
TOTALE DIRIGENZA	354	342	342
Personale Infermieristico	535	513	508
Personale tecnico sanitario	92	91	90
Personale di vigilanza e ispezione	32	32	32
Personale riabilitazione	34	34	34
Totale comparto ruolo sanitario	693	670	664
Assistente religioso	1	1	1
Totale comparto ruolo professionale	1	1	1
Assistenti sociali	15	15	15
Personale tecnico	143	162	161
Operatore socio-sanitario	5	5	5
Operatore tecnico addetto all'assistenza	-	-	-
Ausiliario specializzato	53	37	36
Totale comparto ruolo tecnico	216	219	217
Totale comparto ruolo amministrativo	263	253	248
TOTALE COMPARTO	1173	1143	1130
TOTALE COMPLESSIVO	1527	1485	1472

3.8 Risultati d'esercizio degli ultimi anni

Negli anni di seguito indicati l'azienda ha registrato i seguenti risultati da conto economico:

Anno 2010

Totale ricavi da assegnazione FSR ed entrate proprie € 282.304.280

Totale costi compreso imposte e tasse € 302.010.871

Risultato d'esercizio € -19.706.591

Anno 2011

Totale ricavi da assegnazione FSR ed entrate proprie € 273.187.000

Totale costi compreso imposte e tasse € 268.155.000

Risultato d'esercizio € -5.032.189

Anno 2012

Totale ricavi da assegnazione FSR ed entrate proprie € 277.170.671

Totale costi compreso imposte e tasse € 280.687.168

Risultato d'esercizio € - 3.516.497

Preconsuntivo 2013

Totale ricavi da assegnazione FSR ed entrate proprie (assegnazione provvisoriamente determinata in misura pari al 2012) € 277.170.671

Totale costi compreso imposte e tasse (da preconsuntivo 4° trimestre) € 277.170.671

Risultato d'esercizio (da preconsuntivo 4° trimestre) pareggio.

Per l'anno 2014, allo stato, nel bilancio economico preventivo sono previsti ricavi da assegnazione FSR ed entrate proprie per complessivi € 274.574.000 e costi della produzione per complessivi € 274.574.000 con un sostanziale equilibrio di bilancio per l'esercizio.

4. Analisi del contesto esterno e interno (Analisi SWOT)

L'analisi SWOT ha costituito una parte rilevante del presente Piano in quanto ha consentito di sintetizzare e rappresentare le dimensioni in cui si trova ad operare l'azienda. Le considerazioni elaborate attraverso questo strumento sono frutto delle sensibilità raccolte all'interno delle strutture aziendali in fase di elaborazione del Piano.

La valutazione dei contesti di riferimento è stata effettuata in relazione ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il continuo processo di analisi e conoscenza dell'azienda e degli stakeholders esterni capaci di influenzare le decisioni, rappresentano i presupposti obbligatori per assumere delle decisioni valide in chiave strategica. A tal proposito, l'analisi SWOT è stato lo strumento di pianificazione strategica ordinariamente utilizzato dall'ASP di Crotone per la valutazione dei contesti di riferimento e, pertanto, rappresenta oggetto di riferimento e passaggio fondamentale per la stesura del presente Piano della performance.

In pratica, si tratta di un procedimento, che con specifico riferimento ai livelli essenziali di assistenza che l'azienda deve assicurare all'utenza, consente di rendere sistematiche e fruibili le informazioni raccolte in forma idonea per la "decisione".

Infatti, attraverso l'analisi SWOT è possibile palesare i punti di forza e i punti di debolezza del sistema interno aziendale al fine di far emergere quelli capaci di favorire, o ostacolare, il perseguimento degli obiettivi e, le opportunità e/o minacce del contesto esterno.

Più specificamente nell'analisi SWOT si distinguono fattori endogeni e fattori esogeni. I fattori endogeni si distinguono in punti di forza e punti di debolezza; i fattori esogeni in opportunità e minacce.

Tra i primi si considerano tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema, sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi. Tra i secondi, invece, figurano variabili esterne al sistema che però possono condizionarlo sia positivamente sia negativamente. In quest'ultimo caso non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e mettere a profitto quelli positivi.

In sintesi, è quindi necessario, appoggiarsi sui punti di forza e smussare i difetti per massimizzare le opportunità e ridurre i rischi.

Quindi:

- i punti di forza e di debolezza sono propri del sistema in analisi e sono modificabili grazie alle politiche o agli interventi proposti dal decisore.
- le opportunità e i rischi derivano dal contesto esterno e non sono quindi modificabili dal decisore (sono fuori delle sue possibilità di controllo).

In conclusione, l'Azienda ha ritenuto di implementare un'analisi SWOT evidenziando i principali fattori, interni ed esterni al contesto d'analisi, in grado di influenzare il successo di un programma, nella prospettiva di supportare coerentemente l'impostazione della strategia rispetto al contesto e, soprattutto, con l'intento di identificare e tracciare le principali linee guida strategiche in relazione ai diversi obiettivi strategici ed operativi che con l'adozione del presente piano delle performance sono annualmente assegnati alle principali macrostrutture dell'azienda ed alle strutture organizzative complesse in esse aggregate.

SWOT ANALYSIS
(Sintesi per Livelli Essenziali di Assistenza - LEA)

LEA PREVENZIONE

Analisi Contesto Interno	
Punti di forza (Strength)	Punti di debolezza (Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> • Strutturazione e organizzazione delle unità operative del dipartimento di prevenzione. • Collaborazione e integrazione interdisciplinare dei professionisti operanti nel dipartimento di prevenzione. • Implementazione e realizzazione locale del Piano Regionale di Prevenzione. • Adeguato sviluppo e attuazione dei programmi nazionali e regionali per gli screening oncologici: Mammella, Colon Retto, Utero. • Adeguata qualità e quantità di personale necessario per garantire le prestazioni e attività previste dal LEA Prevenzione. • Significativi margini di recupero dell'efficienza nelle unità operative del dipartimento. • Potenziamento della rete informatizzata delle attività e dei servizi della prevenzione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non completa e definitiva riorganizzazione del dipartimento di prevenzione. • Scarsa consapevolezza dei processi specifici connessi alla riorganizzazione da parte del personale del dipartimento. • Insufficiente sviluppo e realizzazione locale di quanto previsto nel piano regionale della prevenzione. • Ritardi nello sviluppo e nell'attuazione dello screening per il tumore del colon retto. • Eventuali resistenze degli operatori aziendali nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento organizzativo e culturale che la riorganizzazione del dipartimento di prevenzione richiede. • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. • Inappropriatezza e vetustà di alcune tipologie di prestazioni rese dalle strutture operative del dipartimento. • Presenza di taluni indicatori di salute negativi. • Insufficiente sviluppo delle attività e azioni per la promozione di stili di vita adeguati al mantenimento dello stato di salute della popolazione.
Analisi Contesto Esterno	
Opportunità (Opportunities)	Minacce (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> • Linee guida e provvedimenti regionali in materia di riorganizzazione del dipartimento. • Indirizzi nazionali e regionale specifici - Piano regionale della prevenzione. • Programmi e finanziamenti per l'attuazione degli obiettivi specifici di piano sanitario nazionale per la prevenzione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vincoli economico-finanziari • Contenimento della spesa del personale entro valori predefiniti e blocco del tour over. • Dissonanza e incoerenza tra indirizzi legislativi innovativi e di riordino e razionalizzazione del sistema sanitario regionale e capacità delle aziende a far fronte ai cambiamenti culturali, organizzativi e operativo-progettuali richiesti. • Resistenze delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'azienda. • Resistenze delle OO.SS. per gli interventi di revisione delle dotazioni organiche e gli interventi complessivi di riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane.

LEA ASSISTENZA DISTRETTUALE

Analisi Contesto Interno	
Punti di forza (Strength)	Punti di debolezza (Weakness)
<ul style="list-style-type: none"> • Significativa potenzialità di sviluppo della rete assistenziale territoriale. • Programmazione e organizzazione del distretto e riorganizzazione dei servizi territoriali per le cure primarie. • Programmazione e attuazione del (PAT) Pieno delle Attività Territoriali. • Significativi margini di recupero dell'efficienza dei servizi territoriali. • Attivazione e presenza di punti di eccellenza nella rete dei servizi territoriali. • Collaborazione tra distretto e ospedale e prevenzione. • Sviluppo di specifici accordi integrativi aziendali con i medici di medicina generale, i pediatri di base e gli specialisti ambulatoriali interni per un maggiore governo dell'assistenza sanitaria di base. • Governo dell'assistenza farmaceutica in convenzione e verifica appropriatezza assistenza farmaceutica. • Governo delle strutture di offerta di prestazioni distrettuali a gestione diretta • Programmazione annuale dei piani di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica da privato accreditato e governo dei correlati tetti di spesa. • Programmazione annuale dei piani di acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale e di riabilitazione territoriale extraospedaliera da privato accreditato e governo dei correlati tetti di spesa. • Consapevolezza da parte dei principali attori aziendali interessati della necessità della riorganizzazione delle attività e servizi distrettuali • Potenziamento della cultura della programmazione e ricorso all'utilizzo di strumenti efficaci per lo sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione del distretto in base ai risultati. • Sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici con miglioramento delle procedure e dei protocolli. • Organizzazione delle cure domiciliari e dell'assistenza ai soggetti deboli: anziani, donne e bambini, disabili, tossicodipendenti, ecc. • Organizzazione e sviluppo del Dipartimento di Salute Mentale. • Adeguamento della qualità e quantità di personale necessario per garantire l'assistenza distrettuale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insufficiente sviluppo organizzativo del distretto e dei servizi territoriali. • Scarsa consapevolezza dei processi specifici connessi alla riorganizzazione da parte del personale operante nell'assistenza distrettuale. • Scarsa presenza di punti di eccellenza nella rete dei servizi territoriali. • Carente integrazione tra ospedale e territorio. • Eventuali resistenze degli operatori aziendali nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento organizzativo e culturale che lo sviluppo dei servizi distrettuali attuale richiede. • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. • Scarsa produttività dei servizi territoriali di specialistica ambulatoriale interna. • Inappropriatezza in talune tipologie di prestazioni territoriali con particolare riferimento alle attività nelle strutture residenziali rispetto all'assistenza domiciliare. • Scarso sviluppo di accordi integrativi aziendali con i rappresentanti dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, finalizzati alla razionalizzazione e al miglioramento delle cure primarie, con particolare riferimento all'associazionismo medico per l'ampliamento orario degli ambulatori. • Scarso sviluppo della cultura della programmazione delle attività territoriali e del ricorso all'utilizzo di strumenti efficaci per lo sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione del distretto in base ai risultati. • Insufficiente sviluppo e organizzazione delle cure domiciliari con basse percentuali di casi presi in carico. • Non adeguata qualità e quantità di personale sanitario necessario per garantire tutte le attività e i servizi previsti dal LEA assistenza distrettuale. • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio.
Analisi Contesto Esterno	
Opportunità (Opportunities)	Minacce (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> • Legislazione nazionale e regionale innovativa e centrata sul riordino della rete assistenziale territoriale e indicazioni e linee guida di riferimento. • Legislazione nazionale e regionale innovativa e centrata sulla organizzazione e il funzionamento dei distretti con specifiche indicazioni e linee guida di riferimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dissonanza e incoerenza tra indirizzi legislativi innovativi e di riordino e razionalizzazione del sistema sanitario regionale e capacità delle aziende a far fronte ai cambiamenti culturali, organizzativi e operativo-progettuali richiesti. • Rispetto dei tetti di spesa annualmente stabiliti dalla regione per l'acquisto di prestazioni di assistenza sanitaria da privato (specialistica, riabilitazione residenziale e territoriale, ospedaliera) e per la farmaceutica convenzionata.

<ul style="list-style-type: none"> • Specifici indirizzi e linee guida nazionali e regionali per la riduzione delle liste di attesa con particolare riferimento al piano nazionale e regionale per il governo e la riduzione delle liste di attesa. • Forte impulso a livello nazionale e regionale per lo sviluppo di nuove tecnologie informative per la corretta e puntuale trasmissione dei flussi informativi sulle attività sanitarie e gestionali delle aziende del SSN, con particolare riferimento al nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). • Programmi ministeriali e regionali per lo sviluppo dei processi di <i>governance</i> dei sistemi operativi organizzativo-gestionali e per il monitoraggio, il controllo dell'efficienza ed efficacia dei servizi sanitari (accreditamento, piano regionale dei controlli, ecc.). • Fondi e opportunità finanziarie per l'attuazione di progetti specifici (Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale) per lo sviluppo delle cure primarie. • Disponibilità di partecipazione del personale ai programmi formativi ECM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistenza dei medici prescrittori per l'introduzione di restrizioni dei budget sulle prescrizioni dei farmaci e di prestazioni specialistiche. • Sempre più stringenti provvedimenti ed indirizzi regionali in materia di verifica e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. • Aumento progressivo della popolazione anziana con conseguente aumento delle patologie cronico degenerative ed a più elevato costo. • Riduzione, nell'ultimo quinquennio, e carente integrazione degli interventi socio assistenziali da parte degli enti locali e degli attori del terzo settore operanti nel territorio. • Resistenze delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'assistenza distrettuale. • Resistenze delle OO.SS. per gli interventi di revisione delle dotazioni organiche e gli interventi complessivi di riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane. • Rapporti con le associazioni dei cittadini e del volontariato. • Aumento di condizioni di forte disagio sociale ed economico di parti significative della popolazione (deprivazione).
---	--

LEA ASSISTENZA OSPEDALIERA

Analisi Contesto Interno

Punti di forza (Strenghts)	Punti di debolezza (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> • Articolazione interna del presidio ospedaliero unico aziendale su base dipartimentale per come specificatamente definito dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia. • Corretto funzionamento degli organi/organismi dipartimentali. • Presenza nell'ambito del presidio ospedaliero aziendale di tutte le UU.OO. e le attività e specialità ad alta diffusione atte a garantire una adeguata assistenza ospedaliera all'utenza di riferimento. • Elevata competenza tecnico professionale da porre in relazione alla mission stessa dell'azienda sanitaria in materia di assistenza ospedaliera. • Capacità di garantire l'emergenza urgenza attraverso le strutture ospedaliere di Pronto Soccorso e la guardia attiva 24 ore su 24 delle UU.OO. afferenti al dipartimento emergenza urgenza e accettazione (DEA) ivi compreso la U.O. di cardiologia con UTIC per le emergenze cardiologiche. • Dotazioni tecnologiche complete sia nell'ambito diagnostico che terapeutico operanti continuamente nell'arco delle 24 ore. • Garanzia dell'espletamento di prestazioni di particolare complessità sia in ambito chirurgico che medico grazie alla possibilità di un approccio multi specialistico determinato dalla presenza nel presidio di tutte le specialità a media ed elevata diffusione. • Governo del processo di produzione delle prestazioni ospedaliere mediante gli strumenti di controllo di gestione e la definizione annuale di obiettivi e budget. • Adeguata qualità e quantità del personale ospedaliero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insufficiente sviluppo del modello organizzativo dipartimentale delle attività ospedaliere, con conseguente mancato superamento della logica dei reparti e mancata gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali assegnate al dipartimento. • Mancato raggiungimento dei livelli di integrazione previsti attraverso il modello dipartimentale quali: <ul style="list-style-type: none"> - Integrazione organizzativa, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione. - Integrazione clinica in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali. - Integrazione professionale, in termini di scambio di competenze ed esperienze tecnico-scientifiche, nonché della valenza economica, considerata in relazione alla congruità ed alla coerenza rispetto al volume di attività programmata. • Insufficiente perseguimento dei seguenti obiettivi previsti dall'organizzazione dipartimentale: <ul style="list-style-type: none"> - razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto (organizzati e articolati per AFO), dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi. - miglioramento dell'efficienza gestionale, dei processi di coordinamento e di controllo della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo dipartimento, del rapporto tra Direzione

<ul style="list-style-type: none"> • Adeguato sviluppo di azioni e attività di governo clinico: <ul style="list-style-type: none"> - Migliorare il peso medio DRG nei casi di ricovero ordinario e diurno. - Migliorare l'indice operativo con conseguente qualificazione delle attività chirurgiche nelle unità operative chirurgiche. - Ridurre la degenza media pre-operatoria, anche grazie all'implementazione delle attività di pre-ospedalizzazione per le unità operative chirurgiche. - Ridurre i ricoveri impropri ordinari e diurni. - Trasferire ad altri regimi assistenziali (specialistica) i DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con particolare riferimento alle soglie di ammissibilità dell'allegato A e dell'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 e dei relativi provvedimenti attuativi regionali. - Ridurre gli esami strumentali ad alto rischio di inappropriatezza, con particolare riguardo all'utilizzo improprio di TAC e RMN. - Rafforzare e consolidare le attività di day hospital e, in particolare, quelle di day surgery, anche al fine di trasferire le attività di ricovero ai regimi più appropriati. - Ridurre la degenza media per i ricoveri ordinari. - Migliorare gli indici di occupazione dei posti letto in misura non inferiore al 75% per il regime ordinario e a 150% per il regime diurno. - Adottare specifiche azioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa per tutte le prestazioni ospedaliere di ricovero e di specialistica ambulatoriale. - Rafforzare e rendere più incisive le azioni di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere. - Ridurre il rapporto parti cesarei/parti naturali entro lo standard medio fissato dagli specifici provvedimenti nazionale e regionale. - Definire ed adottare procedure diagnostiche condivise per le prestazioni di maggiore frequenza finalizzate anche alla riduzione dei tempi di risposta dei Servizi ai minimi tecnici. • Adeguato sviluppo di azioni e attività di governo economico, delle risorse umane e delle tecnologie: <ul style="list-style-type: none"> - Rispettare i vincoli economici indicati dall'Azienda e in ogni caso adottare per quanto di competenza ogni utile iniziativa finalizzata al rispetto dei tetti settoriali di spesa fissati dalla regione. - Promuovere la formazione presso tutti gli operatori quale indispensabile strumento di miglioramento della qualità delle attività. - Razionalizzare le risorse umane assegnate con particolare riferimento ai turni di guardia e di pronta disponibilità dell'AFO di rispettiva competenza. - Consolidare e migliorare i livelli di produttività. - In accordo con le UU.OO. di degenza, ridurre significativamente il ricorso agli esami strumentali ad alto rischio di inappropriatezza. - Adottare specifiche azioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa per tutte le prestazioni. - Migliorare, in termini di tempestività, affidabilità e standardizzazione, le procedure relative ai flussi informativi, soprattutto per quel che riguarda le prestazioni ambulatoriali. 	<p>generale e direzione delle singole strutture.</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione del mantenimento e dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali, attraverso il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione/aggiornamento e ricerca. - gestione globale del caso clinico e degli aspetti socio-sanitari a questo correlati, mediante la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali (PDTA) e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti ospedalieri. • Difficoltà della realizzazione completa della rete informatica di collegamento all'interno del presidio ospedaliero ed all'esterno. • Insufficiente adozione di un approccio sistemico che valorizzi la collaborazione e l'integrazione tra le diverse professionalità integrando le competenze tra dipartimenti ospedalieri e servizi territoriali valorizzando il lavoro di gruppo e facilitando il collegamenti e l'integrazione fra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri. • Significativo numero di prestazioni ancora erogate in setting assistenziali non appropriati (regime di ricovero ordinario o day hospital invece che ambulatoriale) condizione spesso determinata da oggettive difficoltà del territorio di farsi carico dei casi di bassa o media complessità. • Significativa difficoltà a garantire la continuità assistenziale fra ospedale e territorio. • Mancato completamento del processo di unificazione logistico-strutturale dei posti letto articolati per AFO chirurgica, medica e dei servizi diagnostici di supporto, con evidenti vantaggi in termini di gestione delle guardie e delle emergenze intraospedaliere. • Eventuali resistenze degli operatori ospedalieri nel rispondere attivamente alle richieste di cambiamento organizzativo e culturale che lo sviluppo dei servizi ospedalieri e il riordino della rete ospedaliera attuale richiede. • Esigui margini di manovra finanziaria legati ai vincoli di bilancio. • Elevata spesa per assistenza farmaceutica ospedaliera e insufficiente sviluppo della distribuzione diretta alla dimissione dopo ricovero e dopo visita specialistica in ambulatori ospedalieri. • Insufficiente sviluppo della cultura della programmazione delle attività ospedaliere e del ricorso all'utilizzo di strumenti efficaci per lo sviluppo di una cultura orientata alla valutazione della gestione dell'assistenza ospedaliera in base ai risultati. • Elevata mobilità passiva. • Carenza nell'offerta di talune specialità. • Elevato tasso di ospedalizzazione.
--	---

Analisi Contesto Esterno

Opportunità (Opportunities)

- Opportunità data dai provvedimenti regionali di riordino della rete ospedaliera nel quadro degli interventi di razionalizzazione e miglioramento del SSR con adozione di indirizzi e linee guida di riferimento.
- Specifici indirizzi e linee guida nazionali e regionali per la riduzione delle liste di attesa con particolare riferimento al piano nazionale e regionale per il governo e la riduzione delle liste di attesa.
- Forte impulso a livello nazionale e regionale per lo sviluppo di nuove tecnologie informative per la corretta e puntuale trasmissione dei flussi informativi sulle attività sanitarie e gestionali delle aziende del SSN, con particolare riferimento al nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).
- Definizione su scala nazionale e regionale di specifici indicatori di riferimento per l'attività ospedaliera quali:
 - % di ricoveri attribuiti a DRG medici di cui all'elenco dell'Allegato B del Patto per la Salute con degenza > 2 gg. in rapporto al totale dei medesimi DRG ordinari e diurni. (Valore atteso < 42,4% del totale DRGm).
 - % di interventi per fratture di femore effettuati entro 2 gg. (Valore atteso > 59,4%).
 - % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici. (Valore atteso < 26,6%).
 - % di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico. (Valore atteso < 52,4%).
 - % di ricoveri ordinari medici brevi < 2 gg. sul totale dei ricoveri medici. (Valore atteso < 19,4%).
 - % di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età > 65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 anni. (Valore atteso < 4,84%).
 - % parti cesarei sul totale dei parti. (Valore atteso < 33,7%).

Minacce (Threats)

- Mancanza di filtro territoriale che determina un riversamento verso la struttura ospedaliera di domanda inappropriata (eccesso di codici bianche nei pronto soccorsi) ed incremento improprio dei tempi di attesa.
- Dissonanza e incoerenza tra indirizzi legislativi innovativi e di riordino e razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera regionale e capacità delle aziende sanitarie a far fronte ai cambiamenti culturali, organizzativi e operativo-progettuali richiesti.
- Vincoli economico finanziari correlati ai piani di contenimento della spesa pubblica ed ai rapporti Stato-Regioni.
- Contenimento della spesa del personale entro valori predefiniti e blocco del tour over.
- Resistenza al cambiamento.
- Insufficienza delle risorse destinate ai farmaci innovativi con particolare riferimento a quelli oncologici.
- Sempre più stringenti provvedimenti ed indirizzi regionali in materia di verifica e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.
- Resistenze delle categorie portatrici di interessi agli interventi di riordino e di razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera.
- Resistenze delle OO.SS. per gli interventi di revisione delle dotazioni organiche e gli interventi complessivi di riorganizzazione e riallocazione delle risorse umane.
- Rapporti con le associazioni dei cittadini e del volontariato.
- Ritardi negli interventi di ammodernamento edilizio e tecnologico degli ospedali.
- Contenimento spesa per personale entro valori predefiniti.

5. Obiettivi strategici istituzionali/Obiettivi strategici aziendali/Obiettivi operativi di struttura; programmazione e pianificazione strategica aziendale

Il presente paragrafo si propone di illustrare dal punto di vista metodologico l'impostazione generale del presente piano della performance aziendale, che, partendo dalla programmazione strategica regionale e dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale, declina gli obiettivi strategici istituzionali, gli obiettivi strategici delle macrostrutture aziendali e gli obiettivi operativi di struttura, che l'Azienda si propone di conseguire nell'anno 2014 e nel medio-lungo periodo (2014-2016).

5.1 Gli obiettivi strategici istituzionali

declinano gli indirizzi strategici regionali per l'esercizio 2014 che rappresentano obiettivo prioritario dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali nel loro complesso. Nell'ambito della definizione degli obiettivi strategici istituzionali il quadro normativo di riferimento si fonda sui seguenti documenti:

- Piano di riqualificazione e razionalizzazione dei Servizi Sanitario Regionale (piano di rientro);
- Provvedimenti e misure attuative del piano di rientro adottati con gli specifici Decreti del Presidente della Giunta Regionale (DPGR) nella sua qualità di Commissario ad acta;
- Contratto dei Direttori Generali delle ASP nei quali sono definiti gli obiettivi aziendali di interesse regionale nonché delle modalità di valutazione del loro raggiungimento;
- Specifiche disposizioni di legge di carattere nazionale o regionale;

5.2 Gli obiettivi strategici aziendali

declinano le scelte rilevanti per il futuro aziendale e della sanità a livello provinciale. Il baricentro del Sistema Sanitario si va spostando sempre più dall'ospedale al territorio, per offrire una risposta adeguata a un bisogno di salute in fase di profonda trasformazione. Il quadro epidemiologico sta, infatti, cambiando in modo decisivo, dato il crescente aumento delle patologie cronicostabilizzate, di quelle cronicodegenerative (soprattutto legate all'invecchiamento della popolazione) e delle patologie di origine sociale dovute all'aumento delle differenze sociali. Alla luce di ciò, risulta evidente la centralità del ruolo dell'ASP.

I bisogni socio-sanitari, infatti, diventano sempre più territoriali, perché l'ospedale entra in gioco fondamentalmente per i trattamenti acuti, mentre sul territorio e su strutture adeguate, che andranno potenziate, ricade l'assistenza quotidiana dei malati cronici.

Diviene necessario, pertanto, favorire l'integrazione tra la medicina territoriale e quella specialistica ospedaliera in un'ottica di continuità ospedale/territorio che presenta ancora un ampio margine di miglioramento.

La "territorializzazione" dei bisogni socio-sanitari, inoltre, necessita di un'accurata programmazione, per evitare di lasciar eccessivo spazio al mercato e/o all'insediamento preminente solo di alcune branche specialistiche. Gli imperativi sono dunque: il prendersi cura, le cure intermedie e l'assistenza a pazienti subacuti.

Occorre, cioè, fin d'ora assicurare la continuità dei trattamenti sui malati, evitando vuoti assistenziali e favorendo i contatti e le forme di collaborazione tra ospedale e territorio. Gli interventi da privilegiare sono da un lato il miglioramento dell'accesso ai servizi con prestazioni efficaci e appropriate, dall'altro il miglioramento dell'organizzazione e integrazione delle Aziende attraverso procedure tecniche, professionali e amministrative condivise tali da assicurare la continuità delle cure.

5.3 Gli obiettivi operativi di struttura

declinano gli obiettivi strategici nei singoli esercizi e individuano i risultati specifici dell'attività istituzionale ordinaria dei diversi Centri di Responsabilità aziendali, ovvero di quella parte di attività di carattere continuativo, che risulta coerente con l'obiettivo più generale dell'ASP di esprimere la propria capacità di programmare e gestire le proprie funzioni sulla base di un costante monitoraggio di alcune variabili chiave.

Per quanto concerne gli obiettivi operativi di struttura, la fonte, oltre ai documenti di riferimento sopra citati, sono gli specifici DPGR riferiti alle specifiche attività dei Dipartimenti dell'ASP e delle Unità Operative ad essi afferenti.

All'interno della logica dell'albero della performance così come definita dal D.Lgs 150/2009, ogni macro-obiettivo è articolato in obiettivi operativi.

Ciascun macro-obiettivo è assegnato ai Direttori di Dipartimento, secondo competenze e attribuzioni, in termini di Responsabilità Strategica e, sempre secondo competenza, ai Titolari dell'azione operativa ovvero Responsabili di Direzione di Struttura Complessa.

Per ciascuno obiettivo è individuato uno o più indicatori che danno informazioni sul grado di realizzazione dell'obiettivo stesso, condizione per la controllabilità e la misurabilità degli obiettivi.

L'ASP di Crotona conseguentemente ha scelto di attivarsi affinché le azioni da intraprendere siano allineate ai documenti citati ed inducano il perseguimento degli Obiettivi Strategici Aziendali e gli Obiettivi Operativi di Struttura.

5.4 La programmazione e pianificazione aziendale

Con il Piano della Performance 2014/2016 si è inteso quindi sviluppare una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, assicurando l'erogazione dei LEA e prevedendo non solo un forte controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di inadeguatezza e inappropriata, attraverso il completamento degli adempimenti organizzativi e gestionali già avviati con il piano delle attività e di performance 2013. Il processo di redazione del Piano si inserisce, quindi, nell'ambito del più complesso processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

L'ASP ha elaborato e definito le linee strategiche per il governo dei servizi sanitari nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione nazionale e regionale. La sua visione strategica è orientata ad offrire, secondo criteri di efficacia ed efficienza delle prestazioni, appropriatezza, economicità della gestione e trasparenza delle procedure, servizi sanitari di qualità eccellente ai suoi utenti, al passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche. Qui di seguito si riporta una sintesi dei principali obiettivi strategici ed operativi analiticamente declinati nelle tabelle in appresso indicate e di cui agli allegati parte integrante e sostanziale del presente piano.

Gli obiettivi strategici

Prospettiva economico-finanziaria:

- Rispettare la compatibilità economica nazionale e regionale
- Mantenere l'equilibrio economico aziendale

Prospettiva dei processi interni aziendali:

- Riorganizzare l'Azienda in conformità con quanto stabilito dal Piano Ospedaliero regionale di riordino della rete ospedaliera
- Migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni
- Riqualificare le prestazioni di alta specialità al fine di ridurre la migrazione sanitaria
- Riqualificare il circuito emergenza-urgenza

Prospettiva del cliente/utente:

- Migliorare i processi di comunicazione e di partecipazione dei clienti esterni ed interni
- Garantire la trasparenza delle procedure

Prospettiva dell'apprendimento e della crescita

- Garantire i processi di formazione ed aggiornamento
- Garantire l'aggiornamento scientifico
- Garantire l'aggiornamento tecnologico

Gli obiettivi operativi

Prospettiva economico-finanziaria:

- Equilibrio economico aziendale
- Equilibrio Patrimoniale-finanziario
- Rispetto del budget economico aziendale

Prospettiva dei processi interni aziendali:

- Riorganizzazione del P.O. aziendale secondo il piano regionale
- Complessità della casistica trattata
- Occupazione dei posti letto
- Appropriatezza dei ricoveri
- Appropriatezza chirurgica
- Attività di preospedalizzazione
- Efficienza pre-operatoria
- Implementazione Day Service
- Qualità clinica
- Strategie attività chirurgica
- Appropriatezza prescrittiva farmaceutica
- Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali

Prospettiva del cliente:

- Comunicazione e partecipazione del cittadino
- Abbandoni dal Pronto Soccorso

- Strategie per il controllo del dolore
- Soddisfazione dei dipendenti
- Soddisfazione dei fornitori

5.5 Le Tabelle analitiche degli obiettivi allegate al piano della performance 2014

Nella tabella di cui all'**Allegato A)** a cui si rimanda sono indicate le macrostrutture dell'ASP assegnatarie degli obiettivi strategici aziendali.

Nelle tabelle di cui all'**Allegato B)** a cui si rimanda sono individuati per ciascuna area strategica il focus dell'obiettivo prioritario generale strategico corrispondente ed il dipartimento macroarea coinvolto.

Nelle tabelle di cui all'**Allegato C)** a cui si rimanda vengono individuati per ciascuna macroarea aziendale gli obiettivi operativi specifici assegnati alle strutture organizzative afferenti a ciascun dipartimento.

6. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e il bilancio e collegamento al sistema di budgeting

Il presente Piano non costituisce solo la mera individuazione di obiettivi generali e specifici da realizzare, ma prevede una stretta relazione con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio così per come, peraltro, previsto dall'art. 5 e art. 10 D.Lgs 150/2009.

Si tratta di un principio di fondamentale importanza perché un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Inoltre il presente Piano sarà aggiornato qualora, in un'ottica di miglioramento continuo delle prestazioni, si manifesti la necessità di adeguati correttivi anche in relazione all'assegnazione definitiva delle risorse finanziarie per il 2014 stabilite dalla regione ovvero in relazione a nuovi e successivi provvedimenti regionali attuativi del piano di rientro ovvero all'assegnazione di nuovi obiettivi regionali per le ASP.

Al fine di garantire la massima coerenza tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, il presente Piano della performance è stato strutturato in modo tale che la definizione degli obiettivi da assegnare sia direttamente correlata all'emanazione degli indirizzi e delle priorità discendenti dai documenti di programmazione economica-finanziaria e di bilancio.

Le azioni strategiche, gli obiettivi ed i correlati budget definiti con il presente Piano rispecchiano quindi la connessione tra la pianificazione della performance e la programmazione economica-finanziaria e di bilancio di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 491 del 29 ottobre 2013 recante "*Adozione Bilancio Economico Preventivo 2014 – Bilancio Pluriennale 2014-2016*" a cui si rimanda.

Il piano è inoltre collegato al sistema di Budgeting con il quale l'ASP intende il processo formale con cui periodicamente si definiscono gli obiettivi che le articolazioni organizzative devono perseguire e si analizzano le differenze tra obiettivi e risultati.

Il Budget, oltre ad essere uno strumento di programmazione, è anche strumento di controllo in quanto consente, attraverso un processo di responsabilizzazione, di guidare i comportamenti delle persone verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Il controllo attraverso il Budget è possibile perché gli obiettivi sono prestabiliti costituendo, così, punti di riferimento nel caso in cui si rilevino scostamenti. La pianificazione degli obiettivi, prima fase del Ciclo di gestione della performance, rappresenterà, perciò, il punto di riferimento per l'assegnazione degli obiettivi di tipo qualitativo al personale dirigenziale, questi ultimi, unitamente agli obiettivi di tipo economico (budget), concorreranno ai fini della valutazione del personale, secondo quanto previsto dal sistema aziendale di valutazione del personale.

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del ciclo generale di gestione della performance che, con riferimento ad un periodo definito è così articolato:

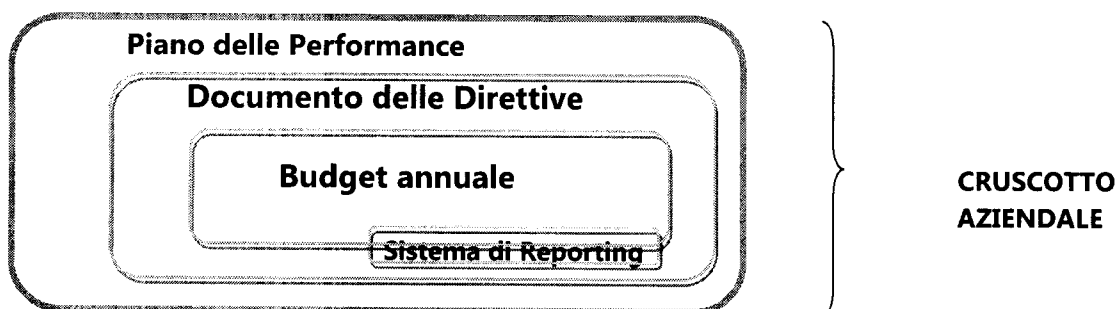
1. definizione ed assegnazione alle macrostrutture aziendali degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi;
2. ribaltamento degli obiettivi operativi ai responsabili di struttura complessa afferente a ciascun dipartimento;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale, al termine del periodo considerato;

5. utilizzo dei sistemi premianti, in ossequio ai criteri di valorizzazione del merito e del contributo dato alla performance organizzativa ed individuale;
6. rendicontazione dei risultati alla Direzione Strategica, ai competenti organismi esterni, ai cittadini interessati, agli utenti, agli stakeholder.

Nel rilevare che trattasi del classico "processo di budget" da anni in uso nell'ASP di Crotone, in relazione al quale si sono resi necessari solo alcuni adattamenti coerenti con le linee guida fornite dalla Regione, si dà atto che per il miglioramento del Ciclo della gestione della performance diventa di rilevanza strategica l'approvazione da parte della regione e l'attuazione da parte dell'ASP del nuovo Atto Aziendale e dei correlati regolamenti di organizzazione, nonché delle deleghe di funzioni. In attesa della validazione da parte della Regione del nuovo Atto Aziendale adottato da questa ASP e tenuto conto degli specifici provvedimenti attuativi aziendali e regionali di riordino del presidio ospedaliero di Crotone, la stesura del presente Piano della Performance individua ed assegna gli obiettivi strategici ed operativi delle macroarticolazioni aziendali (dipartimenti) ribaltando gli obiettivi operativi ai responsabili delle strutture complesse.

Risulta, inoltre, necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione e controllo per supportare gli interventi rivolti al perseguimento degli obiettivi di cui al presente piano delle performance. Tali attività sono realizzate anche con l'utilizzo di definiti documenti, strumenti e metodi, che costituiscono elementi essenziali e che sono qui di seguito riportati:

- il presente *Piano delle Performance* con possibilità di sviluppo su arco triennale e aggiornamenti annuali dei principali obiettivi strategici ed operativi.
- il *Documento delle Direttive*, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale.
- il *Budget annuale*, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei costi e delle attività delle strutture organizzative.
- il *Sistema di Reporting* con indicatori puntuali per la Direzione Strategica, le macrostrutture aziendali e per le singole strutture organizzative.
- il *Cruscotto direzionale* alimentato attraverso il sistema informativo.



Per un monitoraggio puntuale del sistema, è stato definito un modello di rappresentazione multidimensionale delle *strategie aziendali* che si svilupperanno nel triennio 2014 – 2016 con indicatori specifici sullo stato di realizzazione.

Cruscotto aziendale

Il collegamento tra l'elaborazione e l'attuazione delle strategie aziendali e i sistemi di misurazione e valutazione delle performance viene attuata attraverso il *cruscotto aziendale* che costituisce lo strumento in grado di fornire una rappresentazione completa delle performance aziendali rispetto a quattro macro-aree di intervento:

- 1) *Contesto esterno*: monitora le dinamiche che caratterizzano l'ambiente in cui opera l'ASP distinti nei seguenti ambiti:
 - Profilo di salute della popolazione: relativo alle informazioni sullo stato di salute degli assistiti del territorio, anche attraverso indicatori sull'incidenza di alcune malattie e sui principali responsabili di mortalità (c.d. "big killers");
 - Specificità di contesto territoriale relativo alle informazioni sulle peculiarità sociali, economiche e territoriali della popolazione su cui opera l'azienda.
- 2) *Area Strategica*: identifica le aree di performance che l'azienda intende presidiare nel medio/lungo periodo misurate rispetto a quattro dimensioni:

- Performance di copertura del bisogno: misura la quota di copertura e la tempestività con cui l'azienda risponde ai bisogni (potenziali ed effettivi) del singolo e della comunità;
- Performance economica: misura la capacità dell'azienda di sopravvivere e svilupparsi nel lungo periodo attraverso un flusso di risorse sostenibile;
- performance clinica: misura i risultati dell'azienda che possono essere considerati una proxy della qualità delle cure;
- progetti chiave: misura lo stato di avanzamento di alcuni obiettivi ritenuti strategici dalla Direzione Generale.

3) *Area della Produzione*: approfondisce tutti gli aspetti che riguardano i processi produttivi che vengono attuati all'interno dell'azienda per ciascuna articolazione organizzativa (ospedale e territorio), sia in termini di volumi delle attività svolte che di efficacia ed efficienza dei processi e dei servizi erogati.

4) *Area del Potenziale Organizzativo*: valuta le risorse interne all'azienda in termini di sviluppo individuale che di sviluppo organizzativo.

Si riporta di seguito la struttura del Cruscotto Direzionale, pensata, come sopra detto, per monitorare costantemente oltre alle già collaudate dinamiche economiche anche la performance assistenziale e realizzata integrando i sistemi gestionali in essere coerentemente con l'approccio adottato.



7 Comunicazione del piano delle performance

L'Azienda ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del piano in coerenza con la specifica disciplina in materia di trasparenza delle amministrazioni pubbliche, pertanto il presente Piano delle performance viene pubblicato sul sito internet istituzionale www.asp.crotone.it in apposita sezione di facile accesso e consultazione denominata: "Trasparenza".

8 Allegati

- Allegato A): Macrostrutture aziendali
- Allegato B): Obiettivi strategici aziendali
- Allegato C): Obiettivi operativi specifici di struttura
- Allegato D): Principali dati di attività e relativi indicatori

**MACROSTRUTTURE AZIENALI
DESTINATARIE OBIETTIVI E BUDGET
ANNO 2014**

ALLEGATO A

PIANO DELLA PERFORMANCE 2014

ALLEGATO A)

Macrostrutture Aziendali destinatarie obiettivi e budget 2014

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E SERVIZIO FARMACEUTICO	Dipartimento ospedaliero AFO medica
	Dipartimento ospedaliero AFO chirurgica
	Dipartimento ospedaliero AFO servizi diagnostici
	Direzione Medica di Presidio e Servizio Farmaceutico Ospedaliero
DIPARTIMENTI MISTI OSPEDALE / TERRITORIO	Dipartimento emergenza urgenza e accettazione
	Dipartimento materno infantile
	Dipartimento di salute mentale
DIPARTIMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI	
AREA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA AZIENDALE	

**INDIRIZZI E OBIETTIVI
PRIORITARI E STRATEGICI GENERALI
(Comuni a tutte le Macrostrutture)**

ALLEGATO B)

OBIETTIVI PRIORITARI E STRATEGICI ANNO 2014

<p>AREA STRATEGICA AZIENDALE</p>	<p>OBIETTIVI STRATEGICI</p>	<p>MACROSTRUTTURE AZIENDALI ASSEGNATARIE</p>
<p>GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA</p>	<p>1 GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA</p> <p>1.1 Puntuale attuazione locale delle disposizioni regionali in materia di governo dei tempi di attesa In ottemperanza del DPGR n.126 del 2.12.2011 recante -Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2010/2012" - Approvazione Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA). Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Sistema CUP-Linee Guida nazionali". Obiettivo G2-S7.11 □ Allegato - Piano regionale di governo delle liste d'attesa - ed al fine di garantire al cittadino l'accesso alle prestazioni di cui necessita in condizioni di qualità adeguata e rispettando i tempi di attesa standard, l'ASP ha adottato con deliberazione n. 61/2012 il Programma aziendale per il contenimento dei tempi di attesa" che definisce il piano di interventi coordinati orientato a migliorare le modalità di gestione delle liste di attesa, prevedendo a tal proposito azioni sull'appropriatezza prescrittiva e del consumo, azioni sull'efficienza del sistema di produzione e sulla produttività delle risorse, azioni sulle modalità di gestione delle agende di prenotazione. Nell'ambito di tale provvedimento, è stato predisposto anche l'adeguamento della produzione per le prestazioni che presentano maggiori criticità, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'aumento della produzione pubblica con ricorso anche ad attività aggiuntiva in regime di ALPI e con integrazione delle attrezzature necessarie. - L'aumento della committenza al privato accreditato nell'ambito dei tetti di spesa fissati dalla regione per l'anno in corso. - L'ulteriore implementazione della rete dei produttori aziendali volto a semplificare l'accesso anche nelle zone più periferiche della provincia; <p>1.2 Corretta gestione delle agende</p> <ul style="list-style-type: none"> - redistribuzione tempestiva dell'offerta fra ordinarie e prioritarie per salvaguardare comunque il rispetto dei tempi di attesa almeno per le prioritarie a fronte di eventuali temporanei aumenti della domanda; - recupero tempestivo dei posti resi liberi a fronte di eventuale rinunce; - apertura continua delle liste di attesa e pulizia periodica delle stesse, e/o ricorso all'overbooking. <p>1.3 Suddivisione delle agende fra primo esame e controllo anche per le prestazioni strumentali a maggior criticità</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oltre ad un costante monitoraggio della percentuale di prestazioni offerte nonché dell'adeguata separazione tra prime visite e controlli, l'ulteriore qualificazione e il miglioramento del sistema di prenotazione vede l'apertura di agende distinte per i controlli successivi anche nel caso di prestazioni di diagnostica strumentale, che hanno tempi di attesa critici (mammografia ed alcune tipologie di ecografia, legate soprattutto a percorsi di follow-up), con l'obiettivo di estendere progressivamente questa separazione alle altre prestazioni diagnostiche. 	<p>TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A" (Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)</p> <p>* In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari qui indicati è correlato il 60% della valutazione di performance e di risultato dei direttori di tutte le macrostrutture e dei dirigenti e personale di ciascuna U.O. ad esse afferenti."</p>

1.4 Promozione dell'attività di Day Service Ambulatoriale

Potenziare l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento del Day Service Ambulatoriale, allo scopo di favorire lo sviluppo di una modalità organizzativa di accesso ed erogazione delle prestazioni specialistiche diagnostico-terapeutiche che garantisca l'appropriatezza dell'accesso, la certezza dei tempi di attesa, nonché un miglioramento nel percorso di presa in carico del paziente; una modalità organizzativa quindi maggiormente capace di contrastare il ricorso improprio al Pronto Soccorso.

1.5 Andamento dei tempi di attesa

Le azioni volte alla revisione del sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di gestione delle liste di attesa dovranno determinare un miglioramento generale dell'indice di performance effettivo (percentuale di prestazioni erogata entro i tempi standard regionali). A partire dal mese di aprile, i tempi di attesa per le prestazioni critiche, oggetto di monitoraggio nazionale e regionale, vengono rilevati in base ai nuovi criteri definiti a livello regionale, che prevedono di escludere dal calcolo i casi oltre i tempi standard qualora siano il risultato di una libera scelta del cittadino e non dell'impossibilità del sistema a garantire la prestazione entro i tempi previsti. Gli indici di performance calcolati tenendo conto di questi nuovi criteri presentano valori significativamente più alti per tutte le prestazioni.

2 FLUSSI INFORMATIVI E SISTEMI INFORMATICI

2.1 Gli adempimenti e lo sviluppo dei flussi informativi istituzionali

Il rispetto degli adempimenti, a tutti i livelli istituzionali, costituisce un obiettivo fondamentale sia della Regione verso il livello centrale nazionale, sia delle Aziende del SSR verso la Regione. Il mancato rispetto degli adempimenti verso il livello centrale nazionale comporterebbe, infatti, una decurtazione della quota di riparto del FSN fino al 3% dell'importo spettante alla Regione, con la conseguente minore disponibilità di risorse verso le Aziende. A tal proposito, obiettivo prioritario di tutte le strutture aziendali e quindi dell'ASP è di mettere in grado la Regione di disporre di tutte le informazioni necessarie a rispondere al debito informativo richiesto dal livello centrale.

Gli adempimenti riguardano quanto previsto dall'articolo 1 dall'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2005, dal punto 1.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006 e dall'articolo 4 del Patto della Salute 2010/2012.

In riferimento a tali indicazioni la Regione ha provveduto ad adottare con il DPGR n.101 del 22.9.2011 recante Direttiva sui Flussi Informativi Sanitari denominata: "Sistema Informativo Sanitario - Mappa dei Flussi Informativi". Obiettivo G.10 - S.23. □ Allegato, uno specifico provvedimento finalizzato ad assicurare la puntuale e corretta trasmissione alla regione e quindi ai ministeri competenti di tutti i flussi informativi previsti dalle vigenti disposizioni in materia. A seguito della notifica del DPGR sopra richiamato sono stati individuati a livello aziendale nei direttori delle macrostrutture aziendali i referenti per gli adempimenti previsti a carico dell'ASP.

In ragione dell'impegno richiesto ai direttori di macrostruttura per collaborare attivamente all'assolvimento di tali adempimenti, gli stessi hanno il compito di predisporre un analogo elenco di referenti sugli specifici adempimenti di competenza.

2.2 Piano di sviluppo ICT per flussi informativi istituzionali

Unitamente a quanto sopra indicato occorre l'impegno di tutti i direttori, i dirigenti e il personale del comparto per la implementazione e realizzazione di un piano di sviluppo di Information and Communication Technology (ICT) già avviato dall'ASP e che consentirà di potenziare ulteriormente lo scambio informativo a tutti i livelli nell'ambito aziendale e di raccordo regionale. Tale adeguamento infrastrutturale costituisce un ulteriore impegno richiesto ai direttori delle macrostrutture aziendali tale da consentire un passo in avanti verso un sistema integrato che favorisca la circolazione della conoscenza, dei dati e delle informazioni e che faciliti l'assolvimento del debito informativo; il contributo e l'impegno alla realizzazione di questo piano attraverso il supporto alle fasi progettuali, costituisce per le Direzioni delle macrostrutture un obiettivo di primaria importanza per l'anno in corso.

**FLUSSI
INFORMATIVI
E SISTEMI
INFORMATICI**

TUTTE LE MACROSTRUTTURE

AZIENDALI DI CUI

ALL'ALLEGATO "A"

(Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)

*** In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari qui indicati è correlato il 60% della valutazione di performance e di risultato dei direttori di tutte le macrostrutture e dei dirigenti e personale di ciascuna U.O. ad esse afferenti."**

Per quanto riguarda, nello specifico, il debito informativo, obiettivo prioritario dei direttori delle macrostrutture aziendali è quello di soddisfare le richieste inerenti i flussi informativi specificatamente indicati nel richiamato DPGR n. 101/2011 al quale si rimanda in relazione alle specifiche competenze e responsabilità.

2.3 Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi

La correttezza e la completezza dei dati nonché il rispetto della tempistica nell'invio sarà valutata ai sensi del DPGR 101/2011 in cui si stabilisce che costituisce grave inadempienza ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato al personale ovvero ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi.

3 RISCHIO CLINICO

3.1 Puntuale e concreta collaborazione da parte di tutte le strutture aziendali, con particolare riferimento a quelle ospedaliere, per gli adempimenti e gli obiettivi definiti dai seguenti provvedimenti regionali:

- DPGR n.11 del 31.1.2011 - Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G.1.8.4.10
- DPGR n.8 del 28.1.2011 - Approvazione procedure di gestione del rischio clinico. Obiettivo G.01. S04.06- Allegato1- Allegato 2- Allegato3
- DPGR n.16 del 22.10.2010 "Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G.1 S.4.8
- Decreto n.158 del 03.09.2012- Integrazione e modifica al DPGR 96 del 28 giugno 2012. Recepimento Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list elaborate dal Ministero della Salute. Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G01.S04.08.

RISCHIO CLINICO

3.2 Sicurezza dei pazienti e gestione rischio clinico

In osservanza di quanto previsto dai provvedimenti di programmazione regionale sopra richiamati e in conformità con le attività e gli indirizzi nazionali in materia vengono individuati i seguenti tre obiettivi:

- l'alimentazione del flusso di dati SIMES sugli eventi sentinella e sui sinistri;
- la risposta ai questionari sul grado di implementazione delle raccomandazioni ministeriali in ambito di sicurezza;
- l'elaborazione di un piano strategico aziendale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti.

3.3 Alimentazione del flusso dati SIMES

Il DM del 11/12/2009 ha istituito il SIMES come sistema di monitoraggio degli errori in sanità finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella ed ai sinistri. Tale flusso rientra nel debito informativo come previsto al precedente punto 2 del presente allegato. Per soddisfare l'adempimento ministeriale di invio dei dati, la competente struttura aziendale devono garantire l'invio semestrale dei dati sui sinistri tramite file .xml e l'inserimento nel software SIMES online degli eventi sentinella tramite compilazione delle schede ministeriali A e B nei tempi stabiliti dalla procedura regionale: compilazione della scheda A entro 48 ore dall'evento sentinella e compilazione della scheda B entro 35 giorni dall'evento.

3.4 Risposta ai questionari sul grado di implementazione delle raccomandazioni ministeriali

Nell'ambito delle attività e della Sicurezza dei Pazienti è stato intrapreso il monitoraggio del grado di implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza del Ministero nella Regione Calabria. Per l'anno 2012 e seguenti le Aziende devono garantire la compilazione dei questionari relativi alle seguenti raccomandazioni:

- Raccomandazione 1: corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio;

TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A"

(Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)

*** In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari qui indicati è correlato il 60% della valutazione di performance e di risultato dei direttori di tutte le macrostrutture e dei dirigenti e personale di ciascuna U.O. ad esse afferenti."**

<p style="text-align: center;">RISCHIO CLINICO</p>	<p>- Raccomandazione 7: per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</p> <p>- Raccomandazione 9: per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;</p> <p>- Raccomandazioni per la sicurezza in Sala Operatoria con verifica dell'adozione del Manuale e della checklist per la sicurezza e delle seguenti raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Raccomandazioni 2: per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico. o Raccomandazione 3: per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura. <p>3.5 Elaborazione di un piano strategico aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico</p> <p>I direttori delle macro strutture aziendali con il supporto del dirigente responsabile aziendale del risk management devono garantire, entro il 31.7.2014 l'elaborazione di una proposta di piano aziendale, per il biennio 2014-2015, da sottoporre alla Regione, per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico che comprenda almeno quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'individuazione e formalizzazione di una rete di referenti di Dipartimento/Unità Operativa e della modalità organizzativa che viene adottata per la gestione della sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico in azienda; - gli obiettivi aziendali 2014-2015 in ambito di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio; - le azioni da compiere per il raggiungimento degli obiettivi e gli indicatori per il monitoraggio dei risultati. <p>In sintesi gli obiettivi fissati, impegnano le singole strutture aziendali con il supporto del dirigente referente aziendale per il risk management, ad una sistematica attività di analisi del contesto organizzativo, alla rilevazione e segnalazione puntuale di tutti gli eventi o quasi eventi, e alla ricerca e messa in atto degli interventi correttivi, laddove necessario per la prevenzione delle situazioni di rischio. Inoltre, durante l'anno dovrà proseguire l'attività di vigilanza effettuata dalla direzione medica di presidio e finalizzata al miglioramento delle modalità di tenuta della documentazione clinica.</p> <p>Dovrà essere sviluppato un percorso formativo finalizzato alla prevenzione della violenza diretta contro gli operatori, percorso che dovrà riguardare in particolar modo gli operatori delle aree più a rischio (Pronto Soccorso e U.O. del Dipartimento di medicina e di chirurgia).</p> <p>3.6 D.P.G.R. n.78 del 17.06.2013 -Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G01.S04.08. Recepimento Raccomandazione n. 12 del Ministero della Salute per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA) e approvazione indirizzi sulla modalità della loro gestione.</p> <p>3.7 D.P.G.R. n.94 del 2 luglio 2013-Recepimento raccomandazione ministeriale n. 14 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici" e centralizzazione della loro preparazione.</p>	<p>TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A" (Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)</p> <p>* In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari qui indicati è correlato il 60% della valutazione di performance e di risultato dei direttori di tutte le macrostrutture e dei dirigenti e personale di ciascuna U.O. ad esse afferenti."</p>
---	---	---

**OBIETTIVI DI
PIANO SANITARIO
NAZIONALE**

4 OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

Realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse finanziarie assegnate all'ASP.

Con specifica DGR n. 255/2011. a cui si rimanda per una puntuale e analitica indicazione degli obiettivi, sono stati assegnati all'ASP gli obiettivi di piano sanitario nazionale che in relazione alle specifiche competenze e responsabilità per le linee progettuali stabilite dovranno essere realizzati e rendicontati da ciascuna delle macrostrutture aziendali interessate.

Nella Tabella che segue vengono riportati gli Obiettivi di PSN da realizzare con particolare riferimento alle Linee Progettuali ivi indicate.

Linee Progettuali	Macrostruttura Aziendale
Sviluppo Cure Primarie	Dipartimento Assistenza Distrettuale
La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità	ASP della Regione Calabria con ASP Crotona capofila e Istituto S. Anna di Crotona
Le cure palliative e la terapia del dolore	Dip. Emergenza Urgenza - U.O. Rianimazione
Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita	Dipartimento Materno Infantile
Piano Regionale della Prevenzione	Dipartimento di Prevenzione

La mancata realizzazione e la conseguente rendicontazione alla Regione comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero, a valere sulle somme da erogare a qualsiasi titolo nell'anno successivo, da parte della Regione dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

5 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO E DELL'EFFICIENZA

5.1 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. (DPGR 47/2011)
- 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.

5.2 Aumentare la produttività delle strutture aziendali di specialistica ambulatoriale in regime istituzionale con particolare riferimento ai presidi territoriali.

**MIGLIORAMENTO
DELLA QUALITÀ
DEL SERVIZIO E
DELL'EFFICIENZA**

TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A"
(Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)

*** In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari qui indicati è correlato il 60% della valutazione di performance e di risultato dei direttori di tutte le macrostrutture e dei dirigenti e personale di ciascuna U.O. ad esse afferenti."**

<p>MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO E DELL'EFFICIENZA</p>	<p>5.3 Potenziare i livelli essenziali di assistenza distrettuale e di prevenzione con particolare riferimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle attività sanitarie e socio-sanitarie rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza; - all'assistenza domiciliare così per 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 <p>5.4 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.</p> <p>5.5 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.</p> <p>5.6 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'150% per il regime diurno.</p> <p>5.7 Assicurare le disposizioni di cui al DPGR n.47 del 21.6.2011 recante -Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione e tariffazione di accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e di prestazioni semplici.</p> <p>5.8 Concorrere al completamento degli interventi logistici di riorganizzazione del P.O. aziendale per come programmato dall'azienda con deliberazione n. 386 del 12 luglio 2012.</p>	<p>GOVERNO DELLA SPESA</p>	<p>TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A" (Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari qui indicati è correlato il 60% della valutazione di performance e di risultato dei direttori di tutte le macrostrutture e dei dirigenti e personale di ciascuna U.O. ad esse afferenti."</i>
<p>6</p>	<p>6.1 Osservare il vincolo alla struttura dei costi e ai tetti di spesa fissati dalla Regione per l'anno 2014 in attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario, tenuto conto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera).</p> <p>6.2 Consolidare ulteriormente il sistema operativo di contabilità economico patrimoniale.</p> <p>6.3 Consolidare ulteriormente la implementazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo e di controllo di gestione.</p> <p>6.4 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.</p> <p>6.5 Razionalizzare la spesa per acquisto di beni e servizi nel rispetto dei tetti di spesa fissati dalla regione per l'anno 2014 e comunque nel limite massimo di spesa già stabilito dalla regione per l'anno 2013.</p> <p>6.6 Razionalizzare e contenere la spesa del personale entro i limiti di spesa fissati dalla Regione nell'ambito delle risorse previste dai fondi contrattuali aziendali e riqualificare la stessa in termini di maggiore produttività.</p>	<p>GOVERNO DELLA SPESA</p>	

<p>GOVERNO DELLA SPESA</p>	<p>6.7 Razionalizzare e contenere la spesa per competenze accessorie nei limiti massimi dei fondi contrattuali con particolare riferimento al lavoro straordinario, pronta disponibilità, missioni ecc.</p> <p>6.8 Rispettare il tetto di spesa stabilito dalla Regione per l'acquisto di prestazioni da privato nel limite massimo di spesa stabilito dalla regione per l'anno 2014.</p> <p>6.9 Potenziare e sviluppare la procedura ordini informatizzata.</p> <p>6.10 Completare il processo di fatturazione elettronica delle prestazioni erogate sia in regime istituzionale che in ALPI.</p> <p>6.11 Concorrere ha contenere la spesa energetica.</p> <p>6.12 Mantenere sempre aggiornato l'inventario dei beni mobili e immobili.</p> <p>6.13 Migliorare ed aggiornare continuamente l'inventario di magazzino.</p> <p>6.14 Predisposizione e monitoraggio di Piani di approvvigionamento e relativi budget sia per fattore produttivo che per macrostruttura.</p> <p>6.15 Attuazione D.P.G.R. n.141 del 16.10.2013 -Adempimenti urgenti per l'attuazione del Piano di Governo delle liste d'attesa e i relativi monitoraggi.</p>	<p>TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A" (Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)</p> <p><i>* In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari qui indicati è correlato il 60% della valutazione di performance e di risultato dei direttori di tutte le macrostrutture e dei dirigenti e personale di ciascuna U.O. ad esse afferenti."</i></p>
<p>TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE</p>	<p>1. Anticorruzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provvedere ad ogni utile iniziativa ed azione tesa all'osservanza delle disposizioni di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione" nonché degli specifici provvedimenti attuativi adottati da organismi nazionali, regionali e aziendali. - Attuare le specifiche disposizioni aziendali al riguardo adottate con deliberazione del Direttore Generale n. 553 del 11.12.2013. <p>2 Trasparenza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provvedere ad ogni utile iniziativa ed azione tesa all'osservanza delle disposizioni di cui alla D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" nonché agli specifici provvedimenti attuativi adottati da organismi nazionali, regionali e aziendali. - Attuare le specifiche disposizioni aziendali al riguardo adottate con deliberazione del Direttore Generale n. 451 del 30.09.2013. 	

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
DI MACROSTRUTTURA E
CORRELATI BUDGET 2014**

ALLEGATO C)

OBIETTIVI OPERATIVI GENERALI E SPECIFICI ASSEGNATI A CIASCUNA DELLE MACROSTRUTTURE DELL'ASP E RELATIVI BUDGET 2014

Gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna delle macrostrutture dell'ASP e che l'azienda ha individuato per l'anno 2014 sono correlati alla garanzia dei LEA anche attraverso la razionalizzazione e riqualificazione delle strutture organizzative afferenti alle singole macrostrutture aziendali ovvero alla efficace ed efficiente produzione ed erogazione delle prestazioni. Gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna macrostruttura di cui all'allegato A, in relazione alle rispettive competenze e responsabilità ad esse attribuite, sono fundamentalmente correlate all'attuazione a livello locale delle specifiche disposizioni regionali in attuazione del piano di rientro adottati con appositi decreti del Presidente della Giunta regionale nella sua qualità di Commissario ad acta e ritenuti essenziali ed indispensabili per la realizzazione dell'obiettivo di riqualificazione e razionalizzazione del SSR.

I suddetti obiettivi, in relazione alle specifiche competenze e responsabilità delle macrostrutture ASP, sono assegnati ed articolati in relazione alle attività assistenziali e gestionali corrispondenti ai livelli essenziali di assistenza (LEA) ovvero: Prevenzione, Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera e anche, in attesa dell'approvazione del nuovo atto aziendale, nel rispetto dell'attuale strutturazione dipartimentale dell'azienda. Negli allegati C) di seguito riportati sono analiticamente indicati la macrostruttura aziendale di riferimento, i correlati obiettivi generali in riferimento al piano di rientro nonché gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna delle macrostrutture aziendali. Negli allegati C, si ritrovano, quindi, riportati gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna macrostruttura aziendale per come segue:

- **Allegato C1** dipartimento di prevenzione
- **Allegato C2** dipartimento assistenza distrettuale e distretti sanitari di base
- **Allegato C3** dipartimenti ospedalieri e dipartimenti misti ospedale-territorio
- **Allegato C4** dipartimento servizi amministrativi e dipartimento programmazione sanitaria e pianificazione strategica aziendali

Per ciascuna delle macrostrutture, inoltre, è assegnato il relativo budget 2014 articolato per macrovoci di fattori produttivi necessari alla produzione ed erogazione di prestazioni, servizi e attività e correlato al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

In merito si precisa che gli obiettivi specifici individuati ed assegnati a ciascuna macrostruttura per come sopra stabilito attengono sia alla valutazione professionale e gestionale annuale dei dirigenti responsabili che alla valutazione correlata alla retribuzione di risultato di tutti i dirigenti e di tutto il personale del comparto delle strutture organizzative afferenti alla macrostruttura aziendale di riferimento.

All'attività di valutazione professionale e a quella di risultato provvederanno i competenti organismi aziendali ovvero i Collegi Tecnici e il NAVS/OIDV.

Fermo restando quanto stabilito con specifico riferimento agli obiettivi prioritari e strategici riportati nel precedente allegato B) occorre specificare che in relazione al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici definiti nella presente parte del piano delle performance 2014, la valutazione avrà peso ed importanza pari al 40% nel giudizio di valutazione di performance e di risultato sia per quanto riguarda l'attività dei direttori di tutte le macrostrutture aziendali, che dei dirigenti subordinati e, quindi, del personale del comparto in servizio presso ciascuna U.O. ad esse afferenti.

DIPARTIMENTO PREVENZIONE
OBIETTIVI E BUDGET 2014
ALLEGATO C 1)

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

- Obiettivi Generali e Specifici 2014 -

<p>MACROSTRUTTURA AZIENDALE</p>	<p>OBIETTIVO GENERALE E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO</p>	<p>OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (indice di peso ed importanza del 40%)</p>
<p>DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione</p> <p>Piano regionale prevenzione</p>	<p>1. Assicurare la puntuale attuazione locale di quanto disposto da tutti i Decreti adottati in materia dal Presidente della Giunta regionale di cui ai riferimenti del piano di rientro indicati nella colonna che precede.</p> <p>2. Gli obiettivi generali assegnati alla macrostruttura Dipartimento prevenzione sono definiti per come di seguito indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizzare e dare attuazione a livello locale le azioni, gli interventi e gli obiettivi previsti del Piano regionale prevenzione 2010-2012 di cui alla DGR n.851 del 29.12.2011, che qui si intende integralmente riportata. • Migliorare l'efficacia dei sistemi di sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmissibili e sviluppare e consolidare programmi di controllo per le malattie infettive rilevanti all'interno delle collettività, per le malattie di importazione nei viaggiatori e nei migranti e per le zoonosi. • Garantire adeguati livelli di copertura per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale e nazionale e sviluppare strategie per incrementare le coperture vaccinali dei soggetti a maggiore rischio di complicanze. • Garantire la prosecuzione dei programmi di screening oncologici attivi e la continuità dei percorsi diagnostico terapeutici conseguenti alla positività dei test di screening. • Sviluppare azioni e programmi finalizzati ad integrare le competenze necessarie per affrontare le problematiche connesse alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro. • Garantire le attività di vigilanza e assistenza finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro. • Assicurare i controlli sulla sicurezza alimentare e il benessere animale e la qualificazione del personale con funzioni ispettive. • Implementazione del Piano della Prevenzione Regionale e mantenimento delle attività riguardanti i sistemi di sorveglianza di popolazione e di supporto ai programmi di promozione di stili di vita sani. <p>3. Azioni e obiettivi specifici Area Sanità Pubblica</p> <p>3.1 Medicina Preventiva</p> <ul style="list-style-type: none"> o Assicurare la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali. o Applicare le indicazioni del manuale della qualità delle attività vaccinali. o Intensificare le attività di profilassi delle malattie infettive e diffuse: <ul style="list-style-type: none"> - Controllo malattie infettive e bonifica focolai.

<p align="center">DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	<p align="center">Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell' area della Prevenzione</p> <p align="center">Piano regionale prevenzione</p> <p align="center">Riferimenti PdR</p> <p>D.P.G.R. n.13 del 01 febbraio 2013 - n. 13 del febbraio 2013 - Adempimenti L.E.A. Percorsi di screening dei tumori femminili e del colon retto.</p> <p>D.P.G.R. n.70 del 29.05.2013 - Approvazione "Linee guida regionali per lo screening spontaneo del carcinoma prostatico" - Progetto 3.1.4. Piano Regionale Prevenzione 2010-2012. (pubblicato il 05 giugno 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi di profilassi per prevenire il diffondersi delle malattie infettive. - Medicina del viaggiatore o Assicurare le vaccinazioni obbligatorie e quelle raccomandate. o Assicurare la vaccinazione contro l'HPV nelle dodicenni. o Migliorare l'utilizzo dei sistemi di notifica delle malattie infettive tramite un maggior coinvolgimento dei MMG e PLS. o 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. o Per l'Influenza vaccinare almeno il 75% degli ultra 65 enni oltre tutti i soggetti a rischio. o Assicurare il controllo della malattia tubercolare, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b, del DLgs 31 marzo 1998, n. 112. o Avviare il percorso riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi vaccinali anche ai fini dell'accreditamento istituzionale. o Attivare percorsi di formazione dei professionisti coinvolti. o 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. o Attivazione del Sistema di Sorveglianza Sanitaria, nel rispetto dei criteri definiti a livello Regionale. o Attivare l'anagrafe vaccinale informatizzata, ai sensi e nei tempi previsti nel piano regionale vaccinazioni (S.I.M.I.). o Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta. <p>3.2 Screening oncologici</p> <table border="1" data-bbox="794 89 1077 1265"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">OBIETTIVO</td> <td style="text-align: center;">Prevenzione Tumore del collo dell'utero</td> <td style="text-align: center;">Prevenzione Tumore della mammella</td> <td style="text-align: center;">Prevenzione Tumore del colon retto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Offerta attiva del pap-test ogni 3 aa. alle donne nella Fascia di età 25-64 aa.</td> <td style="text-align: center;">Offerta attiva di mammografia ogni 2 anni alle donne nella fascia di età 50-69 aa.</td> <td style="text-align: center;">Ulteriore sviluppo dello screening per la fascia di popolazione 50-69 aa.</td> </tr> </table> <p><i>Azioni e gli obiettivi specifici</i></p> <p><i>Per lo screening del collo dell'utero e della mammella:</i></p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	OBIETTIVO	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.	Ulteriore sviluppo dello screening per la fascia di popolazione 50-69 aa.
OBIETTIVO	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.	Ulteriore sviluppo dello screening per la fascia di popolazione 50-69 aa.						

<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piano regionale prevenzione - D.P.G.R. n.115 del 31.07.2013- Termine massimo di sospensione volontaria delle attività produttive soggette a Registrazione, Riconoscimento, Autorizzazione Sanitaria, in materia di Sicurezza Alimentare, produzione di mangimi per animali, e altre attività di pertinenza dei servizi SVET e SIAN. Obiettivo SVET. <i>(pubblicato il 1 agosto 2013)</i> - D.P.G.R. n.116 del 31.07.2013- Indirizzi attuativi riguardanti il procedimento e l'applicazione delle sanzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria, igiene degli alimenti, malattie infettive e diffuse, vaccinazioni obbligatorie, prodotti dietetici, cosmetici e prima infanzia - affidamento delega alle Aziende Sanitarie Provinciali delle relative funzioni. Obiettivo SVET. <i>(pubblicato il 1 agosto 2013)</i> Allegato - D.P.G.R. n.127 del 24.09.2013 - Attribuzione obiettivi strategici per i Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle Aziende Sanitarie Provinciali Regionali. Obiettivo SVET. <i>(pubblicato il 26 Settembre 2013)</i> - D.P.G.R. n.126 del 24.09.2013 - Modalità operative per l'esecuzione di audit regionali sui Servizi Veterinari e di Igiene degli Alimenti e Nutrizione afferenti i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali, ai sensi dell'art. 4 par. 6 del Regolamento 	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Per lo screening del colon-retto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o Completamento e definizione del programma aziendale di realizzazione e acquisizione delle risorse necessarie. o 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. o Attivazione dello screening tramite offerta attiva. <p><i>Ulteriori azioni che coinvolgono l'attività di screening complessivamente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> o 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). o Migliorare le relazioni con il Gruppo di Coordinamento regionale e le altre istituzioni coinvolte. o Messa a punto del sistema informativo, con modalità informatizzata, a supporto del punto di raccordo aziendale in grado di garantire: <ul style="list-style-type: none"> - Messa in rete dei diversi punti di attività. - Aggiornamento periodico dell'anagrafe per il reclutamento delle donne appartenenti alla popolazione bersaglio. - Inserimento dati relativi ai vari livelli (screening, approfondimento, trattamento) per la costruzione degli indicatori. - Elaborazione di indicatori di processo ed esito. - 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. 	<p>3.3 Igiene e sanità pubblica</p> <ul style="list-style-type: none"> o 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 o Verifica degli effetti sulla salute da inquinamento ambientale. o Verifica degli effetti sulla salute della qualità delle acque destinate al consumo umano. o Verifica degli effetti sulla salute della qualità delle piscine pubbliche o di uso pubblico, facendo riferimento all'accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003. o 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. o Vigilanza su strutture per attività sanitaria e socio-sanitaria o Vigilanza igienico-sanitaria sulle palestre, i centri e le strutture sportive o Vigilanza sui prodotti cosmetici o 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.
---	---	---

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	<p>(CE) 882/2004. Obiettivo SVET10. (pubblicato il 26 Settembre 2013)</p> <p>- D.P.G.R. n.125 del 24.09.2013 - DPGR n.165 del 18 settembre 2012: "Procedure per la registrazione delle attività e per il riconoscimento degli stabilimenti del settore alimentare: modifiche ed integrazioni alla Deliberazione di Giunta Regionale n.668 del 19 ottobre 2010"-Integrazioni. Obiettivo SVET10. (pubblicato il 26 Settembre 2013)</p> <p>- D.P.G.R. n.124 del 24.09.2013 - Piano Regionale di campionamento degli alimenti di origine animale e vegetale biennio 2013-2014. Obiettivo SVET9/SVET10. (pubblicato il 26 Settembre 2013)</p> <p>- D.P.G.R. n.98 del 9.07.2013 - Approvazione protocollo d'intesa tra Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno per le attività analitiche regionali di Sicurezza Alimentare di parte SIAN. Obiettivo SVET 9/SVET 10. (pubblicato il 11 luglio 2013).</p> <p>- Tutti gli altri DPGR pubblicati in materia anni 2010, 2011 e 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Vigilanza igienico sanitaria sugli edifici ad uso scolastico, ricreativo e di svago. o Vigilanza igienico-sanitaria sugli stabilimenti balneari, strutture alberghiere, turistico-ricettive e campeggi. o Attuazione dei progetti regionali per la prevenzione o Attivazione interventi di tutela della collettività dal rischio amianto o 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. o Verifica, in collaborazione con l'ARPAACAL, degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico. o Verifica degli effetti sulla salute da detenzione e smaltimento di rifiuti solidi, speciali, tossici e nocivi. o Verifica degli effetti sulla salute della qualità delle acque di balneazione: tale azione dovrà interfacciarsi con le competenze demandate all'ARPAACAL. o Verifica degli effetti sulla salute da scarichi civili, produttivi e sanitari. o 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. o Vigilanza e controllo sull'utilizzo di gas tossici, sostanze e preparati pericolosi. o Gestione e sistemi di risposta ad emergenze da fenomeni naturali o provocati. o Attivazione di programmi di formazione focalizzati su contenuti tecnici specifici e sull'importanza di approccio globale alla prevenzione in ambiente di vita; o Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta. <p>3.4 Igiene degli alimenti e nutrizione</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gestione del sistema di allerta alimentare di cui alla DGR 189/06 e s.m.i.. o 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. o Attuazione della sorveglianza su tutta la filiera alimentare in attuazione alla DGR 33 del 19.01.2007. o Attuazione del piano regionale per la sicurezza alimentare. o 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. o 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. o Monitoraggio su etichettatura nutrizionale di cui al regolamento CE 1924/06. o Verifica e monitoraggio del personale addetto alla produzione alimentare. o 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; o Intensificazione dell'attività di campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande; o Intensificazione dell'attività di controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro; o Intensificazione dell'attività di controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia; o Intensificazione dell'attività di controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande; o Intensificazione dell'attività di prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare;
--	--	--

<p>DIPARTIMENTO DPREVENZIONE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione</p> <p>Piano regionale prevenzione</p> <p>Decreto n.13 del 31.1.2011- Accertamenti medico - legali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia effettuati dalle aziende sanitarie locali su richiesta delle Amministrazioni pubbliche - Determinazione tariffe.</p> <p>Tutti gli altri DPGR pubblicati in materia anni 2010, 2011 e 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> o 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; o Intensificazione dell'attività di prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi. o Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta. <p>3.5 Medicina dello sport</p> <ul style="list-style-type: none"> o 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". o Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico; o Attività di consulenza specialistica per strutture e manifestazioni di interesse pubblico inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale; o 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; o Valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico; o 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; o Protocolli per la valutazione medico sportiva o Informazione e valutazione degli effetti dei farmaci e altre sostanze usate dagli sportivi e controllo antidoping; o Vigilanza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico; o Vigilanza sugli ambulatori e strutture che operano nel campo della medicina dello sport; o Raccolta e verifica dei flussi informativi relativi alle prestazioni erogate dalle strutture di Medicina dello sport o 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. o Corretta e puntuale erogazione delle prestazioni o servizi di competenza. o Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta. <p>4. <u>Medicina legale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalità civile, l'handicap, la legge n. 68 del 1999 con conseguente riorganizzazione quali-quantitativa delle competenti commissioni all'interno dell'azienda; o Sviluppo di nuove competenze professionali legate all'incremento dei flussi di popolazione extracomunitaria e con particolare riferimenti alle richieste di asilo. o Adozione di procedure e tariffe uniformi per il rilascio delle certificazioni; o Partecipazione ai Collegi per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte; o Partecipazione al Comitato Etico dell'azienda; o Attività di consulenza in materia di responsabilità professionale e di prevenzione di eventuali conflitti;
---	--	---

**DIPARTIMENTO
PREVENZIONE**

**Miglioramento
dell'efficienza e dell'efficacia
nell'erogazione dei
LEA nell'area della
Prevenzione**

Piano regionale prevenzione

- 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.
- 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;
- medicina necroscopica;
- Consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico e bioetico;
- Realizzazione di sistemi di valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni;
- 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.
- 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;
- Utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche;
- Corretta e puntuale erogazione delle prestazioni o servizi di competenza.
- Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta.

5 Azioni e obiettivi specifici Area tutela della salute nei luoghi di lavoro

Medicina del lavoro

- Completa attuazione di quanto stabilito dalla DGR 318/2006
- Formazione degli operatori in relazione ai nuovi compiti;
- Definizione dei rapporti operativi con l'ARPACAL in merito alle verifiche impiantistiche periodiche;
- 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.;
- 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;
- 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;
- Intensificazione dell'attività di controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro;
- Sviluppo della sorveglianza epidemiologica e costruzione di un sistema informativo su rischi e danni di lavoro;
- Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro;
- Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori;
- Intensificazione degli interventi di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti;
- Realizzazione compiuta dell'attività di valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge;
- Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute, di igiene e sicurezza del lavoro;
- Predisposizione e conduzione di specifiche indagini per infortuni e malattie professionali;

<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell' area della Prevenzione</p> <p>Piano regionale prevenzione</p>	<p>Riferimenti PdR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decreto n.10 del 10.02.2012 - Piano Nazionale di Controllo Ufficiale sull'alimentazione degli Animali per il triennio 2012-2014. - Decreto n.114 del 18.11.2011 - Regolamento di vigilanza sanitaria sulle macellazioni dei suini destinati al consumo familiare. Anno 2011-2012. - Decreto n.118 del 25.11.2011 - Eradicazione della brucellosi bovina e ovi-caprina, della leucosi e della tubercolosi bovina nella Regione Calabria. - D.P.G.R. n.6 del 29 gennaio 2013 - Linee guida per l'abbattimento e la cattura selettiva e utilizzo delle carni di fauna selvatica - abbattimento selettivo del cinghiale. - D.P.G.R. n.3 del 18 gennaio 2013 - Progetto regionale di monitoraggio in materia di controlli sulla contaminazione da diossine e altre sostanze xenobiotiche in alimenti di origine animale prodotti nei Siti d'Interesse Nazionale di cui all'Accordo n. 226/CSR del 22/11/2012 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. - D.P.G.R. n.28 del 27.02 2013 - Recepimento Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 25 luglio 2012 avente ad oggetto "Linee guida sui criteri per l'individuazione delle non conformità negli stabilimenti di carne e latte e verifica della completezza ed efficacia delle azioni correttive adottate dall'operatore del settore alimentare". Allegato: Linee guida. 	<p>DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>
<ul style="list-style-type: none"> o Intensificazione dei controlli sull'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in ambiente di lavoro finalizzato alla tutela della salute dei lavoratori; o Intensificazione dell'attività di informazione e formazione dell'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro; o Realizzazione compiuta degli interventi delle attività di tutela della salute della lavoratrici madri. o Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta. 	<p>Assicurare la puntuale attuazione locale di quanto disposto da tutti i Decreti adottati in materia dal Presidente della Giunta regionale di cui ai riferimenti del piano di rientro indicati nella colonna che precede.</p> <p>6. Azioni e obiettivi specifici Area sanità pubblica veterinaria</p> <p>6.1 Azioni e obiettivi prioritari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuale attuazione di tutte le disposizioni di cui ai DPGR indicati nella colonna precedente. • 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; • 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; • attivazione strumenti indispensabili per la corretta gestione dei programmi di profilassi sopra menzionati; • indirizzo per l'aggiornamento delle anagrafi canine, per conseguire l'obiettivo di ridurre il rischio di trasmissione zoonotica della leishmaniosi; • razionalizzazione delle risorse dei servizi veterinari. <p>6.2 Azioni e obiettivi specifici per l'area della sanità animale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assicurare e intensificare le attività di sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione della malattie infettive e diffuse degli animali; • Assicurare e intensificare le attività di prevenzione e controllo delle zoonosi; • Assicurare e intensificare le attività relativa agli interventi di polizia veterinaria; • Assicurare e intensificare le attività di vigilanza sui concentrati e spostamenti animali, compresa l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate; 	

<p align="center">DIPARTIMENTO PREVENZIONE</p>	<p>- D.P.G.R. n.64 del 23.05.2013 - Recepimento procedure operative straordinarie per la prevenzione e la gestione del rischio contaminazione da aflatoxine nella filiera lattiero casearia e nella produzione destinato all'alimentazione umana e animale, a seguito di condizioni climatiche estreme. D.P.G.R. n.63 del 23.05.2013 -Attribuzione obiettivi strategici Servizi di Medicina Veterinaria del territorio della Regione Calabria.</p> <p>- Allegato A - Allegato B - Allegato C</p> <p>D.P.G.R. n.62 del 23.05.2013 - Recepimento accordo Stato Regioni e Provincie autonome su "Linee guida per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e Provincie autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" - rep. Atti n. 46/CSR del 07/02/2013. - Allegato</p> <p>- D.P.G.R. n.72 del 29.05.2013 - Modifiche ed integrazioni al DPGR n. 6 del 29.01.2013. Linee Guida per l'abbattimento e la cattura selettiva e utilizzo delle carni di fauna selvatica - abbattimento selettivo del cinghiale.</p> <p>- D.P.G.R. n.98 del 9.07.2013 - Approvazione protocollo d'intesa tra Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno per le attività analitiche regionali di Sicurezza Alimentare di parte SIAN.</p> <p>- D.P.G.R. n.102 del 29-07.2013- Piano di Selezione Genetica della popolazione ovina del territorio della Regione Calabria finalizzato alla prevenzione della Scrapie.</p> <p>- D.P.G.R. n.101 del 29.07.2013 - DPGR n.118 del 25 novembre 2011-Eradicazione della brucellosi bovina e ovi-caprina, della leucosi e della tubercolosi bovina nella Regione Calabria. Piano di intervento straordinario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assicurare e intensificare le attività di sorveglianza urbana e veterinaria; • Assicurare e intensificare le attività di lotta al randagismo e controllo della popolazione canina. • 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. • Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta. <p>6.3 Azioni e obiettivi specifici per l'area dell'igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • Assicurare e intensificare le attività di controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi; • Assicurare e intensificare le attività di controllo e vigilanza sulla riproduzione animale; • Assicurare e intensificare le attività di controllo sul latte e sulle produzioni lattiero-casearie; • Assicurare e intensificare le attività di sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione; • Assicurare e intensificare le attività di protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica. • Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta. <p>6.4 Azioni e obiettivi specifici per l'area della tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assicurare e intensificare le attività di ispezione negli impianti di macellazione; • 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; • Assicurare e intensificare le attività di vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede il veterinario ufficiale; • Assicurare e intensificare le attività di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti;
---	---	--

	<p>- D.P.G.R. n.104 del 29.07.2013- Linee guida operative per la costituzione di una rete minima d'intervento tesa alla gestione degli spiagge menti di fauna acquatica sulle coste della Regione Calabria.</p> <p>- D.P.G.R n. 103 del 29 Luglio 2013- Attivazione della rete d'emergenza per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi della Regione Calabria, in attuazione dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 28/2/2008, concernente il Piano di Emergenza Nazionale per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi.</p> <p>Tutti gli altri DPGR pubblicati in materia anni 2010, 2011 e 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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; • Assicurare e intensificare le attività di certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari; • Assicurare e intensificare le attività di monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale. • Comunicare trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i flussi informativi di competenza oltre che i volumi e la tipologia di attività svolta.
--	--	--

Budget 2014

Dipartimento di Prevenzione

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento di prevenzione per l'anno 2014, 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 il presente provvedimento sono stabilite in complessivi € **13.620.167** così come specificato nella tabella che segue, esse sono assegnate quale budget complessivo del dipartimento di prevenzione per l'anno in corso.

Il responsabile del budget complessivo assegnato al dipartimento è il direttore del dipartimento di prevenzione.

MACROSTRUTTURA - DIPARTIMENTO PREVENZIONE

BUDGET COMPLESSIVO ANNO 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	1.614.757	9.008	1.623.765
<i>a) sanitari</i>	1.263.105	679	1.263.784
<i>b) non sanitari</i>	351.653	8.328	359.981
2 Acquisti di servizi	1.670.728	54.455	1.725.183
<i>c) Farmaceutica</i>	0	0	0
<i>d) Medicina di base</i>	249.215	2.377	251.592
<i>e) Altre convenzioni</i>	1.218.166	0	1.218.166
<i>f) Servizi appaltati</i>	9.971	1.047	11.019
<i>g) Manutenzioni</i>	23.467	1.156	24.623
<i>h) Utenze</i>	40.904	9.469	50.373
<i>i) Rimborsi, assegni, contributi e altri servizi</i>	129.004	40.405	169.410
3 Godimento di beni di terzi	284.502	80.548	365.050
4 Costi del personale	8.378.304	219.732	8.598.035
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	11.346	23.634	34.980
6 Ammortamenti e svalutazioni	203.802	28.685	232.487
7 Accantonamenti	305.815	43.043	348.859
8 Imposte e tasse	559.056	85.818	644.874
B) Oneri finanziari	34.488	12.445	46.934
Totale	13.062.798	557.369	13.620.167

**DIPARTIMENTO ASSISTENZA
DISTRETTUALE E DISTRETTI SANITARI**

OBIETTIVI E BUDGET 2014

ALLEGATO C 2)

**DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE
E DISTRETTI SANITARI**

- Obiettivi Generali e Specifici 2014 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO GENERALE E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (indice di peso ed importanza del 40%)
<p>DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell' area dell'assistenza distrettuale</p>	<p>1 Obiettivi strategici generali e azioni specifiche dell'area territoriale</p> <p>Nel corso del triennio 2014-2016 un forte impatto organizzativo si avrà con l'implementazione progressiva del nuovo atto aziendale con la conseguente riarticolazione organizzativa dell'intera area territoriale</p> <p>Per il 2014 si riconfermano gli obiettivi individuati che caratterizzano lo scenario strategico per il triennio in questione e che riflettono le priorità e le politiche rilevanti in termini di bisogni della popolazione, di impiego delle risorse, di sviluppo del sistema sono :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centralità della persona e del sistema familiare, attenzione ai suoi bisogni e flessibilità del sistema di offerta per rispondere alle esigenze dell'individuo e della sua famiglia, promuovendo la corresponsabilità e la sussidiarietà nella comunità; • Promozione dei livelli qualitativi ottimali dell'offerta di rete, nei limiti di bilancio presenti, secondo i principi di appropriatezza, trasparenza ed equità; • Centralità del territorio ed in particolare del Distretto con un approccio integrato sia nella fase di valutazione di bisogni, sia in quella di programmazione e gestione degli interventi, con accesso unitario ed appropriato ai servizi; • Cura dell'informazione per far conoscere i servizi e le modalità di accesso; • Cultura della valutazione dei risultati e dei riflessi che le azioni hanno sulla qualità di vita dei cittadini. <p>1.1 Le azioni specifiche da implementare nel 2014 sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puntare sulla domiciliarità - Favorire interventi a valenza temporanea e di sollievo per dare risposte, seppur temporanee, a più persone e/o famiglie; - Incrementare la cultura della valutazione dei risultati e dell'efficacia degli interventi sulla qualità di vita dei cittadini; - Verifica degli outcome attraverso anche l'utilizzo degli indicatori di esito; - Prioritarizzazione e reingegnerizzazione degli interventi - Integrazione delle risorse a livello interistituzionale; - Incrementare la flessibilità erogativa modulando l'utilizzo delle risorse e rilevando i bisogni senza risposta - Azione formazione/prevenzione integrata tra servizi aziendali

<p>DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area dell'assistenza distrettuale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Azioni di interazione tra il Dipartimento di Prevenzione i Distretti e le Unità Operative Ospedaliere in particolare nella formulazione di percorsi diagnostico terapeutici - Informatizzazione del territorio: integrazione e sviluppo del sistema informativo territoriale - Ulteriore sviluppo dei percorsi diagnostico assistenziali (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, percorso parto, bpc, neoplastico...) <p>2 Obiettivi generali distrettuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione dei punti di erogazione delle attività a livello distrettuale alla luce anche delle indicazioni regionali (PSSR) e delle nuove linee regionali per la definizione dell'atto aziendale; • Definizione ed implementazione di una metodologia condivisa per la determinazione ed il monitoraggio dei carichi di lavoro per area; (Salute mentale, Dipendenze, Disabilità, IAF, Cure primarie, Distretti) ; • Analisi ed eventuale snellimento delle procedure di accesso ai servizi da parte del cittadino, favorendo il corretto orientamento nella logica di una presa in carico immediata (sportello integrato funzionale dell'area socio-sanitaria). Sviluppo di protocolli operativi intra ed interistituzionali (distretto, ospedale, comuni, medici di medicina generale) per sviluppare lo sportello integrato funzionale. • Mappatura quali-quantitativa delle attività svolte nei diversi distretti, individuazione ed applicazione di proposte di riorganizzazione in termini di appropriatezza degli interventi, semplicità ed efficienza. Azioni di flessibilità organizzativa e di ottimizzazione dell'utilizzo del personale. • Riorganizzazione dei punti di erogazione delle attività a livello distrettuale alla luce anche delle indicazioni regionali (PSSR) e delle nuove linee regionali per la definizione dell'atto aziendale • Sviluppo di azioni finalizzate a misurare la customer satisfaction nelle varie aree. <p>2.1 Area adulti anziani:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo progressivo della programmazione prevista dal PdR in merito alle strutture intermedie territoriali; - Governo della temporaneità residenziale in termini anche di appropriatezza, tempestività dell'intervento, equità, trasparenza ed omogeneità; - Dimissioni difficili (comprese le emergenze sociali): governo della presa in carico delle persone dimissibili dall'ospedale; - Alzheimer: implementazione del pdta specifico con particolare riferimento al coinvolgimento della medicina generale; - Necessità di favorire la continuità assistenziale domiciliare anche con l'offerta di servizi privati per utenti non autosufficienti; - Necessità di sviluppare nuove forme di accoglimento diurno; - Definizione degli accordi con la Medicina Convenzionata alla luce del piano cure primarie e del PdR; - Sviluppo e consolidamento del piano cure primarie e caratterizzazione del nuovo ruolo degli operatori sanitari distrettuali rispetto all'ospedale e alle aggregazioni funzionali: ridefinizione del mandato del medico e dell'IP distrettuale alla luce dei recenti cambiamenti; - Ridefinizione della riabilitazione territoriale da un punto di vista organizzativo (offerta) e di declinazione delle competenze; - Coinvolgimento delle cure primarie (medicina d'iniziativa) nella programmazione / effettuazione degli screening oncologici; - Verifica dell'attività erogativa della specialistica e della continuità assistenziale con azioni di riorganizzazione complessiva del servizio;
--	---	--

**DIPARTIMENTO
ASSISTENZA
DISTRETTUALE**

**Miglioramento dell'efficienza e
dell'efficacia nell'erogazione dei
LEA nell'area dell'assistenza
distrettuale**

2.2 Famiglia, infanzia, adolescenza minori in difficoltà:

- Riorganizzazione complessiva alla luce delle indicazioni regionali in particolare con il PdR;
- Implementare e collegare tra loro i diversi sistemi di rilevazione dei dati al fine di stabilizzare la banca dati costantemente aggiornata a servizio delle istituzioni interagenti nel contesto programmatico e gestionale degli interventi;
- Azione di inclusione organizzativa della parte clinica e preventiva: ruoli e relazioni con l'ospedale (ginecologia, pronto soccorso, pediatria, ...) e il dipartimento di prevenzione in particolare per quanto riguarda gli screening;
- Identificazione e sviluppo di alcuni PDTA specifici (es dimissioni difficili a valenza sociosanitaria);

2.3 Dipendenze:

- Riorganizzazione / riarticolazione dei servizi alla luce di quanto indicato nelle linee guida nazionali in termini di dipendenza (non solo da sostanze);
- Prosecuzione del trattamento integrato con l'ambulatorio protetto di alcolologia.
- Continuazione e Sperimentazione di nuove modalità di intervento per soggetti cronici e / o marginali, famiglie, giovani consumatori.
- Mantenimento di un livello adeguato di Interventi preventivi con il Servizio Educazione e Promozione della Salute.
- Interventi e progetti per il trattamento delle patologie correlate.
- Assistenza e trattamento dei detenuti alcol/tossicodipendenti.

2.4 Salute mentale:

- Definizione sperimentale di profili di assistenza per pazienti psichiatrici (livelli di complessità di presa in carico);
- Applicazione puntuale dei LEA e consolidamento della rete socio sanitaria dell'offerta;
- Sviluppo ed implementazione di sistemi di valutazione degli esiti di percorsi terapeutico riabilitativi;
- Individuazione e declinazione di PDTA;
- Favorire e diffondere la cultura della valutazione dei risultati e dell'appropriatezza degli interventi;

2.5 Disabilità:

- Analisi ed implementazione nell'ambito della domiciliarità dei progetti personalizzati standardizzati e gestiti a budget dalle U.V.M.D.
- Reingegnerizzazione organizzativa del territorio (piano delle attività) come da obiettivi generali del coordinamento.
- Consolidamento dei sistemi di valutazione della priorità di accesso ai servizi di rete
- Aggiornamento della programmazione dei posti letto e dei centri diurni
- Sviluppo del sistema informativo e corretta e puntuale trasmissione dei flussi informativi

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p>Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata</p> <p>Riferimenti PdR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decreto n.38 del 11.04.2012 - Definizione dell'organizzazione del Settore Farmaceutico Regionale e di Linee Guida vincolanti per l'uniformità dei processi e delle procedure adottate nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in ambito aziendale. Allegato 1 - Processo di acquisto per le Farmacie. - Decreto n.37 del 11.04.2012 - Rafforzamento della Farmacovigilanza attiva. Accordo Stato-Regioni 28 ottobre 2010 - Fondi di Farmacovigilanza anni 2008-2009 - Approvazione Progetti Regionali di Farmacovigilanza e Convenzione Agenzia Italiana del Farmaco Allegato 1 - Convenzione tra l'AIFA e la Regione Calabria in materia di Farmacovigilanza. Allegato 2 - Lettera d'intenti per Progetti di Farmacovigilanza Attiva finanziabili attraverso i Fondi FV 2008/092 - Decreto n.36 del 11.04.2012 - Approvazione Aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) - Decreto n.30 del 21.03.2012 - Appropriata prescrizione nella Profilassi e nella Terapia della Malattia Trombo-Embolica Venosa (MTEV): Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM); Inibitori Selettivi del Fattore Xa; Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO). Emissione di linee guida vincolanti per categorie di farmaci che hanno provocato incremento di spesa o criticità d'impiego- Allegato A - Appropriata prescrizione nella Profilassi e nella Terapia della Malattia Trombo-Embolica Venosa (MTEV)- Allegato B - Tabella riassuntiva indicazioni delle EBPM e inibitori selettivi del fattore Xa riportate nelle schede tecniche. - Decreto n.29 del 21.03.2012 - Definizione di linee guida vincolanti per l'appropriatezza prescrittiva di farmaci 	<p>3. Assicurare, inoltre, la puntuale attuazione locale di quanto disposto da tutti i Decreti adottati in materia dal Presidente della Giunta regionale di cui ai riferimenti del piano di rientro indicati nella colonna che precede.</p> <p>3.1 Spesa Farmaceutica</p> <p>Obiettivo prioritario permane anche per il 2014 quello di contenere ulteriormente la spesa farmaceutica rispetto al consuntivo 2013 anche attraverso l'incremento della distribuzione diretta (PHT e 1° ciclo terapeutico alla dimissione e dopo visita specialistica ospedaliera e territoriale) ed in attuazione di tutti i provvedimenti regionali a fianco riportati.</p> <p><i>Gli obiettivi le azioni e gli interventi specifici per il contenimento della spesa farmaceutica</i></p> <p>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 riportate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
--	--	--

<p>che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - Sistema cardiovascolare: C09 Farmaci attivi sul sistema Renina Angiotensina. Allegato "Ipertensione - Linee Guida Appropriata prescrittiva"</p> <p>- Decreto n.1 del 10.1.2012-Piano triennale di Farmacosorveglianza 2011/2013 e farmacovigilanza. Sostituzione allegato al DGR 82/2011.</p> <p>- Decreto n.4 del 10.01.2012-Accordo per l'erogazione di presidi per diabetici tramite le Farmacie private convenzionate.</p> <p>- Decreto n.33 del 15.4.2011- Definizione di linee guida vincolanti per l'appropriatezza prescrittiva di farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica.</p> <p>- Cardiovascolare: C10AA Inibitori Hmg CoA riduttasi (Statine). □Allegato.</p> <p>- Decreto n.33 del 03.12.2010 -Servizio ossigeno terapia domiciliare in regime di distribuzione diretta-Accordo quadro.</p> <p>- Decreto n.17 del 22.10.2010 "Definizioni delle soglie di appropriatezza prescrittiva -Art.11 - lett.b -Decreto legge 31 maggio 2010, n.78. Integrazione DGR n.377 del 13 maggio 2010 a seguito di verifica dei Ministeri competenti.</p> <p>- Delibera n.377 del 12.5.2010 -D.G.R. n.80 del 28 gennaio 2010 - Adempimenti di cui al punto 8 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale - D.G.R. del 16 dicembre 2009 n.845 - Farmaceutica Territoriale - lett. c) Azioni di controllo sulla appropriatezza e Iperprescrittori.</p> <p>- Delibera n.82 del 28.1.2010 - Adempimenti di cui al punto 8 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale - DGR del 16 dicembre 2009 n. 845. Farmaceutica territoriale - Accordo con i medici prescrittori.</p> <p>- Delibera n.81 del 28.1.2010 - Adempimenti di cui al punto 8 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale -DGR del 16 dicembre 2009 n. 845. Farmaceutica territoriale - Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci del PHT e</p>	<p>DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>
<p><i>Ulteriori azioni specifiche</i></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensificazione delle azioni di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica. • Interventi sull'uso dei generici, anche attraverso direttive agli specialisti dipendenti e accordi con i medici di base; • Maggiore coinvolgimento dei prescrittori ad ogni livello; • Intensificazione da parte dell'apposita Commissione Farmaceutica aziendale, delle prescrizioni incongrue di ossigeno terapeutico da parte dei MMG e degli specialisti ambulatoriali. • Ulteriore utilizzo o sviluppo del software unico di monitoraggio della spesa con controlli di qualità dei dati e reportistica uniforme. • 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. • Adozione di Linee-guida per la qualificazione e il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale. • Aggiornamento e formazione del personale dei servizi di farmaceutica territoriali ed ospedalieri. • Coinvolgimento in ogni fase delle azioni dei direttori di distretto e dei direttori dei dipartimenti. <p><i>Obiettivi correlati all'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica</i></p> <p>Il perseguimento dell'appropriatezza nell'uso del farmaco si realizza con la pianificazione di attività che permettano di raggiungere i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; 	

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p>dell'ossigeno terapeutico. Decreto n.41 del 26.5.2011- Approvazione linee guida regionali per la prescrizione dell'ossigeno terapia domiciliare a lungo termine. D.P.G.R. n.32 del 07.03.2013 -DPGR n. 30 del 21 marzo 2012: "Appropriatezza prescrittiva nella Profilassi e nella Terapia della Malattia Trombo-Embolica Venosa (MTEV); Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM); Inibitori Selettivi del Fattore Xa; Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO). Parziale Rettifica.Emissione di linee guida vincolanti per categorie di farmaci che hanno provocato incremento di spesa o criticità d'impiego. DPGR n. 35 del 11 aprile 2012 "Misure di promozione dell'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci e relativo monitoraggio, a modifica e integrazione della DGR 377/2010 e del DPGR 17/2010 e DPGR 33/2011. - Parziale rettifica. D.P.G.R. n.43 del 28.03.2013 -Errata Corrige del DPGR n. 32 del 07 marzo 2013 recante: "DPGR n. 30 del 21 marzo 2012: "Appropriatezza prescrittiva nella Profilassi e nella Terapia della Malattia Trombo- Embolica Venosa (MTEV); Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM); Inibitori Selettivi del Fattore Xa; Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO). Parziale Rettifica. Emissione di linee guida vincolanti per categorie di farmaci che hanno provocato incremento di spesa o criticità d'impiego, DPGR n. 35 del 11 aprile 2012 "Misure di promozione dell'appropriatezza e razionalizzazione d'uso dei farmaci e relativo monitoraggio, a modifica e integrazione della DGR 377/2010 e del DPGR 17/2010 e DPGR 33/2011. D.P.G.R. n.69 del 29.05.2013 - Recepimento Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, rep. Atti n. 255/CSR recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province autonome".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • formare con aggiornamento permanente gli operatori sanitari coinvolti nella prescrizione e/o nell'utilizzo dei materiali sanitari, per sviluppare abilità/capacità professionali e attitudini; • 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; • 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; • 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.
--	---	--

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p>Assistenza Specialistica Territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riferimenti PdR Decreto n.84 del 4.8.2011 Approvazione del nuovo nomenclatore tariffario provvisorio regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. "Revisione del nomenclatore tariffario anche in attuazione della normativa nazionale". - Decreto n.117 del 25.11.2011 Approvazione linee guida relative al nuovo nomenclatore tariffario provvisorio regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. □Allegato -Linee Guida per le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Laboratorio. - Decreto n.40 del 23.12.2010 Programma di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza odontoiatrica nella Regione Calabria. Modifiche alla DGR n.141/2010 e successive modificazioni e integrazioni. - Decreto n.26 del 24.3.2011-Linee guida per la compilazione ed il controllo del flusso C. □Allegato - Decreto n.37 del 6.5.2011- Compartecipazione alla spesa sanitaria -Ticket. Modifica ed integrazione alla delibera di Giunta Regionale del 5 maggio 2009, n. 247. - Decreto n. 45 del 08.6.201-Parziale modifica DPGR n.37 del 6.5.2011 avente per oggetto "Compartecipazione alla spesa sanitaria -Ticket. Modifica ed integrazione alla delibera di Giunta Regionale del 5 maggio 2009, n. 247. 	<p>3.2 Assistenza specialistica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica ed attuazione di ogni utile iniziativa per la riduzione dei tempi di attesa nella fruizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; - Concorso all'attivazione del Centro Unico di Prenotazione; - Razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro potenziamento quali-quantitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti; - 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; - Sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale; - Intensificazione delle attività di controllo anche per scoraggiare artificiose induzioni di domanda; - 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. - Individuazione, utilizzo o Sviluppo di un sistema informativo in grado di monitorare le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza; - La riduzione delle liste di attesa dovrà essere localmente programmata in coerenza e per dare attuazione all'intesa Stato-Regioni del 28.3.2006. - Razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro eventuale potenziamento qualitativo 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. - 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. <p>A tal fine occorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>In linea con le indicazioni del PRS e ferme restando le limitazioni e la derogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stabilite nel 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
--	---	---

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p style="text-align: center;">Assistenza Domiciliare</p> <p>Riferimenti PdR</p> <p>- Decreto n.12 del 31.1.2011 - Approvazione linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali. Obiettivo specifico (B6).</p>	<p>3.3 Assistenza domiciliare</p> <p>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.</p> <p>La riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari adottata dall'ASP con deliberazione n. 13 del 2 febbraio 2010 e coerente con le linee guida di cui al Decreto n.12/2011 a fianco riportato è finalizzata a portare ad unità 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.</p> <p>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.</p> <p>Le cure domiciliari presuppongono una valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, l'intervento di una équipe 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.</p> <p>Il nuovo modello aziendale delle cure domiciliari</p> <p>La corretta e puntuale attuazione a livello locale delle linee guida regionali di cui al citato Decreto n. 12/2011 nonché delle disposizioni di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 13/2010 costituiscono obiettivo specifico prioritario del dipartimento e dei distretti.</p> <p>La deliberazione del DG n. 13/2010 relativa al nuovo modello organizzativo e gestionale delle cure domiciliari adottata dall'ASP ed alla quale si rimanda qui si intende qui integralmente riportata.</p> <p>3.4 Assistenza Integrativa e Protesica</p> <p>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.</p> <p>Costituiscono obiettivi specifici :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La puntuale attuazione delle linee regionali in materia. - Il perseguimento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'erogare le prestazioni previste dal nomenclatore. - La puntuale osservanza del Decreto Ministeriale n. 332/99 e successive integrazioni nonché delle specifiche disposizioni regionali in materia - La definizione e realizzazione della specifica gara per protesi e ausili, così per come stabilito dagli specifici provvedimenti regionali e nazionali. <p>Costituisce, inoltre, ulteriore obiettivo la razionalizzazione e il controllo nella distribuzione di protesi e ausili territoriali, in relazione ai quali occorre predisporre ed attivare specifici sistemi di controllo e preliminarmente istituire apposita commissione per la verifica della correttezza delle procedure e la razionalizzazione dei costi.</p> <p style="text-align: center;">Integrativa e Protesica</p>
--	---	---

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p style="text-align: center;">Assistenza Anziani</p>	<p>3.5 Assistenza Anziani Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.1 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Le Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 Crotona 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. <p>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.</p>
	<p style="text-align: center;">Disabili</p>	<p>3.6 Assistenza Disabili Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.5 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Le Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.

<p>DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p>Dipendenze patologiche</p>	<p>3.7 Dipendenze Patologiche</p> <p>Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.3 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati.</p> <p><i>Linee di indirizzo</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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'adeguatezza 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Azioni specifiche dovranno inoltre essere previste in alcune aree peculiari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 della situazione 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;
--	--------------------------------------	--

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p>- comorbidità 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.</p> <p>Gli Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Le Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcologia: 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. <p>3.8 Salute donna</p> <p>Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.2 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Per gli specifici aspetti correlati alla prevenzione dei tumori femminili si rimanda al precedente punto del dipartimento di prevenzione relativo agli screening oncologici.</p> <p style="text-align: center;">Salute Donna</p>
--	---

**DIPARTIMENTO
ASSISTENZA
DISTRETTUALE**

Salute Infanzia

3.9 Salute infanzia

Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.2 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati.

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, alcolismo 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 detenuti

- Delibera n. 5 del 13.1.2010 -
DPCM 1 aprile 2008 " Modalità e criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, di rapporti d i lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

3.10 Salute dei detenuti

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 ordinario e continuativo aziendale sulla base di una accurata ricognizione dei bisogni di salute della popolazione carceraria e di una programmazione.

<p align="center">DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE</p>	<p align="center">Neuropsichiatria Infantile</p>	<p>3.11 Neuropsichiatria infantile I punti critici che l'U.O. 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'UO. 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.</p>
<p align="center">Dipartimento Salute Mentale(*)</p>	<p align="center">Salute Mentale</p> <p>- DGR n. 105 e 106 del 19.2.2007 e s.m.i.</p> <p>- Linee guida regionali salute mentale</p> <p>- D.P.G.R. n.31 del 07.03.2013 - Riassetto rete psichiatrica. Approvazione documento elaborato dalla Task force istituita con DPGR n. 25/2012. Obiettivo G01.S01 - G02.</p>	<p>3.12 Salute mentale Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.4 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati. Azioni e obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Formulazione di proposte operative 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. • Formulazione di proposte operative per il raggiungimento dei parametri di operatori/popolazione, prossimi a quelli individuati dal Progetto Obiettivo Nazionale. • Adozione di ogni utile provvedimento finalizzato ad assicurare l'assistenza e la cura dei detenuti con disturbo e disagio mentale. • 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". • Concorrere alla realizzazione nel DSM di appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle associazioni dei familiari e delle persone con disturbo mentale. • 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.

		<ul style="list-style-type: none"> • Assicurare il recupero della migrazione dei pazienti fuori Regione e fuori degli ambiti territoriali di competenza. • Concorrere alla formazione continua di tutti gli operatori dei DSM. • 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. • Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario rispetto all'esercizio precedente. • Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzioni rispetto all'esercizio precedente. • Razionalizzare e contenere i costi per competenze accessorie al personale rispetto all'esercizio precedente. • Assicurare la corretta codifica delle prestazioni erogate dalle strutture del dipartimento nonché la puntuale trasmissione alla direzione aziendale ed agli organi regionali entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.
--	--	---

(*) 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 € 9.917.691 (vedi tabella che segue) è finalizzato ad assicurare le attività, gli obiettivi e le azioni stabilite nel presente piano di attività aziendale; esso costituisce, in ogni caso, il limite massimo di spesa sostenibile per l'anno 2014, il responsabile del budget complessivo è il direttore del dipartimento.

Budget 2014

Dipartimento Assistenza Distrettuale e Distretti

Le risorse finanziarie assegnate per l'anno 2014 per garantire le attività e prestazioni previste per il LEA assistenza distrettuale nonché per la realizzazione degli obiettivi generali e specifici assegnati con il presente piano delle attività sono definite in complessivi € **137.765.171** così come specificato nelle tabelle che seguono 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 2014; esso costituisce, in ogni caso, il limite massimo di spesa sostenibile per il LEA assistenza distrettuale per l'anno 2014. Il responsabile del budget complessivo è il direttore del dipartimento assistenza distrettuale, il responsabile del budget di ciascun distretto è il direttore di distretto.

MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE

BUDGET COMPLESSIVO ANNO 2014 (*)

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	13.019.622	111.146	13.130.767
<i>a) sanitari</i>	12.674.360	71.029	12.745.388
<i>b) non sanitari</i>	345.262	40.117	385.379
2 Acquisti di servizi	91.170.674	555.073	91.725.747
<i>c) Farmaceutica</i>	33.370.595	0	33.370.595
<i>d) Medicina di base</i>	20.057.545	17.450	20.074.996
<i>e) Altre convenzioni</i>	36.082.333	350.535	36.432.868
<i>f) Servizi appaltati</i>	987.775	44.065	1.031.840
<i>g) Manutenzioni</i>	216.627	14.708	231.335
<i>h) Utenze</i>	269.000	69.071	338.071
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	186.799	59.243	246.042
3 Godimento di beni di terzi	593.860	61.971	655.831
4 Costi del personale	19.507.374	759.660	20.267.034
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	26.329	279.340	305.669
6 Ammortamenti e svalutazioni	3.683.646	94.679	3.778.325
7 Accantonamenti	3.141.523	475.034	3.616.557
8 Imposte e tasse	1.277.049	196.034	1.473.083
B) Oneri finanziari	2.066.458	745.699	2.812.157
<i>Totali</i>	134.486.534	3.278.637	137.765.171

* Escluso quota parte Dipartimento Salute Mentale

MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE

Distretto Crotone Budget Anno 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	8.310.714	27.877	8.338.591
a) sanitari	8.115.603	18.604	8.134.206
b) non sanitari	195.111	9.273	204.384
2 Acquisti di servizi	57.155.282	283.475	57.438.757
c) Farmaceutica	20.159.175	0	20.159.175
d) Medicina di base	12.327.938	9.459	12.337.397
e) Altre convenzioni	23.560.909	179.274	23.740.183
f) Servizi appaltati	727.336	14.539	741.876
g) Manutenzioni	95.062	5.692	100.755
h) Utenze	137.711	35.225	172.936
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	147.150	39.285	186.435
3 Godimento di beni di terzi	346.229	36.130	382.359
4 Costi del personale	8.347.368	268.441	8.615.810
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	10.809	113.392	124.201
6 Ammortamenti e svalutazioni	461.963	65.021	526.983
7 Accantonamenti	1.855.424	261.149	2.116.573
8 Imposte e tasse	558.897	85.794	644.691
B) Oneri finanziari	1.464.685	528.544	1.993.229
Totali	78.511.371	1.669.824	80.181.195

Distretto Cirò Marina Budget Anno 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	2.353.290	9.196	2.362.486
a) sanitari	2.269.254	5.202	2.274.456
b) non sanitari	84.035	3.994	88.029
2 Acquisti di servizi	17.057.947	61.083	17.119.030
c) Farmaceutica	8.489.715	0	8.489.715
d) Medicina di base	4.629.575	3.552	4.633.127
e) Altre convenzioni	3.636.180	17.920	3.654.101
f) Servizi appaltati	156.578	14.673	171.251
g) Manutenzioni	42.945	2.572	45.516
h) Utenze	79.104	14.423	93.527
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	23.850	7.943	31.793
3 Godimento di beni di terzi	135.737	14.165	149.902
4 Costi del personale	6.273.054	261.405	6.534.459
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	13.705	34.462	48.167
6 Ammortamenti e svalutazioni	163.075	22.953	186.028
7 Accantonamenti	352.065	92.187	444.252
8 Imposte e tasse	404.228	62.051	466.280
B) Oneri finanziari	302.910	109.308	412.218
Totali	27.056.012	666.809	27.722.821

Distretto Mesoraca Budget Anno 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	2.355.618	8.391	2.364.008
a) sanitari	2.289.502	5.248	2.294.751
b) non sanitari	66.115	3.142	69.258
2 Acquisti di servizi	16.957.445	144.989	17.102.434
c) Farmaceutica	4.721.704	0	4.721.704
d) Medicina di base	3.100.033	2.379	3.102.412
e) Altre convenzioni	8.885.244	111.960	8.997.204
f) Servizi appaltati	103.860	9.651	113.511
g) Manutenzioni	78.620	4.708	83.328
h) Utenze	52.184	11.270	63.454
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	15.799	5.022	20.821
3 Godimento di beni di terzi	111.894	11.677	123.570
4 Costi del personale	4.886.952	197.043	5.083.995
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	1.814	19.034	20.849
6 Ammortamenti e svalutazioni	3.058.608	206.696	3.265.304
7 Accantonamenti	631.124	88.830	719.955
8 Imposte e tasse	313.923	48.189	362.112
B) Oneri finanziari	601.773	217.155	818.928
Totali	28.919.151	942.004	29.861.155

Dipartimento Salute Mentale Budget Anno 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	177.315	1.498	178.813
a) sanitari	157.221	423	157.644
b) non sanitari	20.094	1.076	21.170
2 Acquisti di servizi	3.990.935	4.026	3.994.961
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	0	0	0
e) Altre convenzioni	3.966.293	117	3.966.410
f) Servizi appaltati	5.830	821	6.650
g) Manutenzioni	2.967	303	3.271
h) Utenze	12.649	1.985	14.635
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	3.196	799	3.995
3 Godimento di beni di terzi	55.999	14.704	70.703
4 Costi del personale	4.740.381	100.426	4.840.807
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	1.325	14.302	15.627
6 Ammortamenti e svalutazioni	159.648	22.470	182.118
7 Accantonamenti	214.729	24.758	239.487
8 Imposte e tasse	313.292	48.092	361.384
B) Oneri finanziari	24.831	8.960	33.791
Totali	9.678.455	239.236	9.917.691

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

**DIPARTIMENTI
OSPEDALIERI**

**LINEE D'INTERVENTO AZIONI E
OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI
ANNO 2014**

ALLEGATO C 3)

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Obiettivi Generali

1. Linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2014

Il triennio iniziato dovrà necessariamente essere caratterizzato da una riorganizzazione e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse con la ricerca di modelli assistenziali innovativi e performanti.

L'obiettivo principale per il 2014 è il mantenimento e/o il miglioramento dei volumi e della qualità dell'attività rispetto al triennio precedente. Di seguito vengono evidenziate le macro strategie per il presidio ospedaliero aziendale da implementare e rendere operative nel corso del triennio considerato.

1.1 Innovazione:

- consolidare le attività di valutazione delle tecnologie sanitarie già avviate negli anni scorsi e sottoporre a un esplicito processo valutativo le tecnologie sanitarie più rilevanti prima della loro introduzione.
- sviluppo della rete informatica e telematica di collegamento all'interno della struttura ospedaliera e tra Ospedale e Territorio.
- l'implementazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale informatizzato e lo sviluppo di una rete di telemedicina volta a favorire il trasferimento di informazioni sanitarie.
- la centralizzazione di alcune attività diagnostiche e la conseguente facilitazione nell'attivazione del fascicolo socio-sanitario individuale.
La rete telematica favorisce così la concentrazione delle attrezzature diagnostiche in alcuni punti, garantendo anche in periferia le prestazioni senza la presenza di tecnologia in loco.
- completare l'informatizzazione delle lettere di dimissione, della refertazione di visite ed esami diagnostici e la prescrizione informatizzata di farmaci e prestazioni specialistiche.

1.2 Appropriatazza:

All'interno dei due tradizionali ambiti dell'appropriatazza, quello clinico e quello organizzativo, si individuano le importanti aree di lavoro di seguito riportate.

Appropriatazza clinica:

- clinical governance, con implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali;
- prescrittiva (governo della domanda) che riguarda anche l'utilizzo delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche (interventi, farmaci etc) ed il contenimento del fenomeno del "difensivismo medico" mediante l'adozione di procedure prestabilite;

Appropriatazza organizzativa:

- l'attività di degenza va gradualmente organizzata in forma dipartimentale per aree funzionali omogenee (AFO) tenendo conto dell'intensità dell'assistenza e dell'intensità di cura.
- lo sviluppo e l'estensione di nuovi modelli di organizzazione delle degenze basati su moduli dedicati all'assistenza diurna e settimanale (week surgery) per alcune discipline chirurgiche. Questa riconversione produttiva induce al contempo un aumento della complessità assistenziale e della gravità clinica dei pazienti ricoverati in regime ordinario, richiedendo modificazioni nelle competenze di tutti i professionisti, cambiamenti significativi nell'organizzazione del lavoro, modificazioni del ruolo delle diverse professionalità e specializzazioni professionali.
- Il consolidamento del percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, nonché lo sviluppo di modelli organizzativi specifici per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse, basati su moduli di day service, che prevedono la permanenza del singolo paziente da 3 a 8-12 ore, finalizzati all'erogazione di:
 - sequenze complesse di prestazioni diagnostiche concentrate in un unico accesso;
 - prestazioni terapeutiche che richiedono un ambiente protetto (es. trasfusioni, ecc.);
- riduzione o eliminazione delle duplicazioni e ridondanze nei servizi, in particolare in quelli ad elevata specializzazione e complessità;

- promozione di un maggiore utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini;
- valorizzazione delle vocazioni distintive o di eccellenza dei servizi sanitari al fine di (ri)allocare risorse integrative derivanti dal processo di riordino del P.O.;
- promozione della crescita professionale e scientifica supportando gli scambi culturali tra i diversi punti della rete ospedaliera e territoriale.
- la ridefinizione organizzativa dell'offerta ospedaliera, secondo criteri di omogeneità qualitativa per i diversi segmenti del SSR in un contesto di equità allocativa e di accessibilità;
- attuazione ed adesione al modello hub & spoke, che ridefinisce il ruolo che la struttura viene ad assumere per le funzioni assistenziali negli ambiti specifici: sulla base dei volumi di attività adeguati a mantenere la competenza professionale degli operatori (es. procedure/interventi effettuati per anno), sulla presenza di specialità di supporto, sulla tipologia di pazienti ricoverati (es. elevata complessità della patologia), sulla valutazione degli esiti.

1.3 Continuità assistenziale:

- a ridefinizione delle competenze e l'implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete; va incrementato il collegamento funzionale tra la risposta territoriale ed ospedaliera per la gestione dei pazienti cronici multiproblematici;
- il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (case manager).
- la diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti.
- il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.

1.4 Centralità della persona nel processo di cura e assistenza:

- fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione;
- preparare adeguatamente gli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza;
- mantenere e migliorare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso;
- favorire un utilizzo appropriato delle terapie a maggiore efficacia antalgica, specie nelle patologie oncologiche;
- porre in atto metodologie con cui valutare periodicamente il grado di soddisfazione dell'utente in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha fruito, nell'ottica di rimediare ad eventuali lacune o omissioni;
- sviluppare una forte attività di raccordo tra i servizi socio-sanitari e i contesti sociali e territoriali di appartenenza dei pazienti.
- individuare un medico referente che sia responsabile del percorso di diagnosi e cura oltre che dell'informazione al paziente ed alla famiglia, interfacciandosi con il medico di famiglia, del quale sarà il principale interlocutore.

2. Riordino rete ospedaliera

In esito ai provvedimenti di riordino della rete ospedaliera regionale ed ai conseguenti provvedimenti attuativi aziendali, puntualmente specificati al precedente punto 3.5 del presente piano, nel 2014 si dovrà consolidare e definire il posizionamento strategico del presidio ospedaliero aziendale nel contesto competitivo regionale, dando una risposta ai

cambiamenti dei bisogni, dei comportamenti e delle attese dei cittadini, sfruttando le innovazioni tecnologiche e trasformando i modelli gestionali.

Gli ambiti prioritari di intervento nell'anno in corso riguardano:

- a) il consolidamento logistico ed organizzativo degli interventi di riordino del P.O. in attuazione degli indirizzi regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei provvedimenti attuativi adottati dall'azienda.
- b) l'applicazione di criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni ospedaliere erogate.
- c) l'integrazione con i servizi territoriali residenziali e domiciliari per sviluppare e migliorare i percorsi clinico assistenziali.

Dovranno, inoltre, essere sviluppati i seguenti obiettivi generali:

- Miglioramento dell'appropriatezza d'utilizzo del ricovero e riduzione dei ricoveri inappropriati.
- Sviluppo dell'accessibilità e integrazione fra le strutture di invio e l'accesso ai Percorsi Clinico Assistenziali a partenza dal territorio, definendo i diversi ruoli individuati all'interno della rete di offerta.
- Attivazione di processi informativi di supporto alle decisioni per rendere note ai cittadini le alternative ed i diversi percorsi di fruizione disponibili sul territorio aziendale sia in ambito ambulatoriale che di ricovero
- Miglioramento della qualità tecnica e la sicurezza delle attività svolte in regime di ricovero, che dovrà essere sempre più breve, supportato da tecnologie avanzate, e comprensibile al paziente.
- Sviluppo dei processi di continuità assistenziale gestiti in forma integrata dalle diverse strutture della rete di offerta ospedaliera e territoriale, costruendo un collegamento più robusto con i MMG per la gestione delle cronicità e delle fragilità
- Integrazione dei percorsi clinici attraverso la codifica dei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali basati sulle evidenze scientifiche, calate nella realtà dell'assetto organizzativo reale, focalizzando i processi assistenziali, rendendo espliciti ed operativi i Percorsi Clinico Assistenziali per le patologie più rilevanti e frequenti
- Riorganizzazione dell'accesso al pronto soccorso, re-ingegnerizzando i flussi e riducendone l'uso inappropriato; ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso attraverso l'attivazione di modalità di accesso ai servizi diverse; adozione di percorsi di integrazione Ospedale e Territorio con sviluppo delle attività di Continuità assistenziale utili a ridurre il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso

3. Sintesi obiettivi generali 2014

Per l'anno in corso, tenuto conto di quanto sopra specificato, in considerazione che con deliberazione n. 386 del 12 luglio 2012 del D.G. l'ASP ha provveduto al riordino ed alla rideterminazione dei posti letto del Presidio Ospedaliero di Crotona in attuazione delle disposizioni regionali di cui al DPGR n. 18/2010 e al DPGR n. 106/2011 relativi al riordino della rete ospedaliera regionale, gli obiettivi generali comuni a tutti i dipartimenti ospedalieri ovvero delle Aree Funzionali Omogenee (AFO) e delle U.O. ad essi afferenti restano sinteticamente stabiliti per come di seguito specificato:

Dipartimenti Ospedalieri e Unità Operative di degenza

- Migliorare il peso medio DRG nei casi di ricovero ordinario e diurno.
- Migliorare l'indice operatorio con conseguente qualificazione delle attività chirurgiche nelle unità operative chirurgiche.
- Ridurre la degenza media pre-operatoria, anche grazie all'implementazione delle attività di pre-ospedalizzazione per le unità operative chirurgiche.
- Ridurre i ricoveri impropri ordinari e diurni.
- Trasferire ad altri regimi assistenziali (specialistica) i DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con particolare riferimento alle soglie di ammissibilità dell'allegato A e dell'allegato B del Patto per la Salute 2010/2012 e dei relativi provvedimenti attuativi regionali.
- Ridurre gli esami strumentali ad alto rischio di inappropriatezza, con particolare riguardo all'utilizzo improprio delle TAC (obiettivo da implementare anche per le prestazioni di Pronto Soccorso non seguite da ricovero).

- Rafforzare e consolidare le attività di day hospital e, in particolare, quelle di day surgery, anche al fine di trasferire le attività di ricovero ai regimi più appropriati.
- Ridurre la degenza media per i ricoveri ordinari.
- Migliorare gli indici di occupazione dei posti letto in misura non inferiore al 75% per il regime ordinario e a 150% per il regime diurno.
- Adottare specifiche azioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa per tutte le prestazioni ospedaliere di ricovero e di specialistica ambulatoriale.
- Rafforzare e rendere più incisive le azioni di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere.
- Ridurre il rapporto parti cesarei/parti naturali entro lo standard medio fissato dagli specifici provvedimenti di programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale.
- Migliorare, in termini di tempestività, affidabilità e standardizzazione, delle procedure relative ai flussi informativi, soprattutto per quel che riguarda le SDO e le prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- Partecipare, per quanto di competenza, alla implementazione del nuovo sito WEB aziendale.
- Promuovere la formazione presso tutti gli operatori quale indispensabile strumento di miglioramento della qualità delle attività.
- Rispettare i vincoli economici indicati dall'Azienda e in ogni caso adottare per quanto di competenza ogni utile iniziativa finalizzata al rispetto dei tetti settoriali fissati dalla regione.
- Attivare tutte le azioni disponibili finalizzate al contenimento dello straordinario sia in regime di pronta disponibilità che in regime ordinario.
- Razionalizzare le risorse umane assegnate con particolare riferimento ai turni di guardia pronta disponibilità dell'AFO di rispettiva competenza.

Dipartimenti Ospedalieri e Unità Operative Servizi diagnostici e di supporto

- Consolidare e migliorare i livelli produttivi rispetto a quelli registrati nell'ultimo triennio.
- Definire ed adottare procedure diagnostiche condivise per le prestazioni di maggiore frequenza finalizzate anche alla riduzione dei tempi di risposta dei Servizi ai minimi tecnici.
- In accordo con le UU.OO. di degenza, ridurre significativamente il ricorso agli esami strumentali ad alto rischio di inappropriata.
- Adottare specifiche azioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa per tutte le prestazioni.
- Partecipare, per quanto di competenza, alla implementazione dei nuovi sistemi informatici introdotti e del nuovo sito WEB aziendale.
- Promuovere la formazione presso tutti gli operatori quale indispensabile strumento di miglioramento della qualità delle attività.
- Rispettare i vincoli economici indicati dall'Azienda e dalla Regione.
- Attivare tutte le azioni disponibili finalizzate al contenimento dello straordinario sia in regime di pronta disponibilità che ordinario.
- Migliorare, in termini di tempestività, affidabilità e standardizzazione, le procedure relative ai flussi informativi, soprattutto per quel che riguarda le prestazioni ambulatoriali.

4. I principali indicatori di riferimento per l'attività ospedaliera 2014

I principali indicatori di riferimento per l'attività ospedaliera 2013 sono individuati per come di seguito specificato:

- % di ricoveri attribuiti a DRG medici di cui all'elenco dell'Allegato B del Patto per la Salute con degenza > 2 gg. in rapporto al totale dei medesimi DRG ordinari e diurni. (Valore atteso < 42,4% del totale DRGm).
- % di interventi per fratture di femore effettuati entro 2 gg. (Valore atteso > 59,4%).
- % di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici. (Valore atteso < 26,6%).
- % di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico. (Valore atteso < 52,4%).
- % di ricoveri ordinari medici brevi < 2 gg. sul totale dei ricoveri medici. (Valore atteso < 19,4%).
- % di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età > 65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 anni. (Valore atteso < 4,84%).

- % parti cesarei sul totale dei parti. (Valore atteso < 33,7%).

5. Ulteriori obiettivi e attività generali 2014 per i dipartimenti e le unità operative ospedaliere

- concorso al definitivo assestamento logistico ed organizzativo del riordino del P.O. aziendale in ragione del nuovo Piano ospedaliero regionale al fine di assicurare e migliorare risposte esaustive alle patologie dei pazienti anche per specifici e complessi trattamenti assicurati dal PO aziendale.
- revisione dell'assetto di alcune reti assistenziali (emergenza e urgenza, rete cardiologia, neurologica, traumatologica, ecc) in attuazione degli specifici provvedimenti regionali e con la riorganizzazione del dipartimento emergenza urgenza e accettazione (DEA di primo livello).
- riduzione il tasso di ospedalizzazione attraverso lo sviluppo di processi di maggiore appropriatezza e di qualità delle prestazioni.
- sviluppo della rete integrata ospedale-territorio attraverso la presa in carico del cittadino.
- riduzione degli indici di fuga e aumento delle capacità attrattive e valorizzazione della capacità di attrazione di alcune unità operative in relazione alla specializzazione ed al ruolo nell'ambito territoriale e regionale.
- definizione del volume di prestazioni appropriate offerte dal presidio sulla base della razionalizzazione dell'offerta dei servizi sul territorio e del recupero del livello di appropriatezza delle prestazioni.
- concorso al completamento ed evoluzione degli applicativi informatici di area sanitaria con orientamento alla progressiva costruzione della cartella clinica informatizzata.
- ulteriore sviluppo organizzativo del pronto soccorso con l'uso sistematico e corretto dei codici di criticità (triage) e con un utilizzo più appropriato dei p.l. tecnici dell'OBI.
- concorrere allo sviluppo dell'informatizzazione dei reparti e del pronto soccorso e assicurare la corretta e puntuale trasmissione dei flussi informativi specificatamente stabiliti dalla Regione con l'apposito DPGR.
- rimodulazione del lavoro turnistico nell'ambito delle AFO in ragione della complessità assistenziale, dell'intensità delle cure e del livello di produzione.
- puntuale miglioramento del rilevamento dei flussi informativi.
- concorrere alla riorganizzazione dei sistemi di prenotazione e abbattimento liste d'attesa.
- adozione di un approccio sistemico che valorizzi la collaborazione e l'integrazione tra le diverse professionalità integrando le competenze tra dipartimenti ospedalieri e territoriali valorizzato il lavoro di gruppo e facilitando il collegamenti fra servizi ospedalieri ed extraospedalieri.

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Obiettivi Operativi Specifici

1. Obiettivi operativi specifici 2014

Fermo restando gli obiettivi generali sopra specificati qui di seguito si riportano gli obiettivi operativi specifici nonché e il correlato budget 2014 di ciascuno dei dipartimenti ospedalieri in cui è articolato il P.O. di Crotona, nonché dei dipartimenti misti ospedale territorio, della direzione medica di presidio e del servizio farmaceutico ospedaliero.

Gli obiettivi specifici 2014 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 funzionali omogenee in cui si articola il P.O. di Crotona dopo gli interventi di riordino di cui alla deliberazione del Direttore Generale dell'ASP n. 386 del 12 luglio 2012 approvata con DPGR n. 138 del 19.7.2012 e tenuto conto delle aree di intervento che caratterizzano la funzione di presidio Spoke dell'ospedale e qui di seguito indicate:

- *AFO Emergenza-urgenza e accettazione*
- *AFO Medica*
- *AFO Chirurgica*
- *AFO Servizi diagnostici e di supporto*
- *AFO Materno-infantile*
- *Direzione medica di presidio e Farmacia ospedaliera*

Nella determinazione delle risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti e dei correlati budget 2014 si è tenuto conto dei dati di attività ospedaliera registrati da ciascuna U.O. nell'ultimo triennio (consegnati in sede di negoziazione del budget ai direttori di ciascuno dei dipartimenti) e allegate al presente piano delle performance 2014 (ALLEGATO D), nonché dei costi diretti ed indiretti rilevati dal sistema aziendale di contabilità analitica aggregati per dipartimenti/AFO.

DIPARTIMENTO
EMERGENZA-URGENZA E
ACCETTAZIONE

OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
E BUDGET 2014

ALLEGATO C 3.1)

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

- Obiettivi Operativi Specifici 2014 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (40%)
<p>DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA</p> <p>Riferimenti PdR</p> <p>Decreto n.18 del 22.10.2010 - Approvazione delle tre reti assistenziali. Emergenza-Urgenza Allegato n.2- Il riordino della rete di Emergenza Urgenza</p> <p>DGR 492 del 2.7.2010 recante " Riordino della funzione di emergenza-urgenza anche in relazione alla ridefinizione della rete ospedaliera "</p> <p>Decreto n.94 del 28.06.2012 - Approvazione Proposta programmata Progetto Riordino Riorganizzazione e Reingegnerizzazione della rete Urgenza/Emergenza Regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010. Allegato-Progetto di Riordino Riorganizzazione e Reingegnerizzazione della Rete Urgenza/Emergenza della Regione Calabria</p>	<p>1. Implementazione a livello locale degli indirizzi regionali di cui al DPGR n.94 del 28.06.2012 recante - Approvazione Proposta programmata Progetto Riordino Riorganizzazione e Reingegnerizzazione della rete Urgenza/Emergenza Regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010. Allegato-Progetto di Riordino Riorganizzazione e Reingegnerizzazione della Rete Urgenza/Emergenza della Regione Calabria -</p> <p>2. Obiettivi specifici per il miglioramento dell'emergenza sanitaria territoriale</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>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 Crotone.</p> <p>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.</p>

<p align="center">DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE</p>	<p>Decreto n.7 del 28.1.2011 del 28.1.2011 - Approvazione modello di attivazione per trasporto secondario con elisoccorso. G.04 Emergenza-Urgenza.</p> <p>Decreto n.38 del 17.12.2010 - Determinazione delle tariffe per le prestazioni di ambulanza ed elisoccorso</p> <p>- Rimodulazione dei flussi informativi dell' Emergenza-Urgenza ai fini del recupero della mobilità-implementazione flusso "G". G.04 Emergenza-Urgenza; Monitoraggio del Sistema; G.10 Livello di conoscenza del Sistema Sanitari</p> <p>Ogni altro DPGR pubblicato in materia anni 2010, 2011 e 2012 e di cui ai relativi piani aziendali delle attività cui si rimanda.</p> <p align="center">Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA</p> <p>Decreto n.14 del 14.03.2012 - Attivazione dei posti letto per il funzionamento dell'Osservazione Breve Intensiva. Obiettivo G1</p>	<p>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 programmatici, oltre al rispetto degli standards temporali, occorrerà 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.</p> <p>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 di 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.</p> <p>Obiettivi e azioni prioritarie :</p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 C.O. - 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) a gestione diretta nel distretto di Crotona con localizzazione nell'area del Comune di Isola Capo Rizzuto 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 e debitamente autorizzati. <p>3. U.O. Pronto Soccorso e medicina di urgenza</p> <p><i>Indirizzi generali</i></p> <p>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. 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 intende proseguire con le azioni programmate nell'ambito del "progetto di miglioramento dell'assistenza in pronto soccorso" già varato con l'adozione del piano delle attività aziendali 2010 ed in esso riportato per esteso nello specifico documento allegato (ALLEGATO 4) a cui si rimanda.</p> <p>Si ritiene che tali indirizzi debbano essere portati a sistema nell'arco di un triennio, 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</p>
--	---	--

**DIPARTIMENTO
EMERGENZA URGENZA
E ACCETTAZIONE**

**Miglioramento dell'efficienza
e dell'efficacia nell'erogazione dei
LEA nell'area
DEA**

riportati gli indirizzi programmatori generali 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 alla esperienza già positivamente avviata, quale strumento per potenziare la funzione di filtro del pronto soccorso, come la funzione di Osservazione Breve Intensiva (O.B I) in attuazione degli specifici provvedimenti di organizzazione e funzionamento già adottati dalla regione e dall'ASP.

La funzione di OBI ed il numero di posti letto tecnici oggi operativi dovrà essere ulteriormente razionalizzato ed incrementato fino ad un massimo di venti in relazione all'effettivi fabbisogno e con un più razionale riutilizzo dei posti OBI e del personale medico ed infermieristico.

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 intermedii, 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.

Azioni e Obiettivi specifici

Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.

La serie storica dei dati relativi alle attività di Pronto Soccorso pur evidenziando negli ultimi anni un costante decremento della quota di accessi al Pronto Soccorso, nel corso del 2013 ha registrato un incremento del 9.6% degli accessi non seguiti da ricovero rispetto al 2012 e un incremento del 9.5% degli accessi seguiti da ricovero rispetto al 2012. Il dato relativo agli accessi registrati nell'ultimo anno dimostra che non si è ancora realizzata la prevista riduzione dei costi detti accessi impropri che peraltro nel corso del 2012 avevano registrato una significativa riduzione rispetto all'anno 2011. Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi agli accessi al P.S. del P.O. di Crotona registrati nell'ultimo triennio.

Accessi Pronto Soccorso	2011	2012	2013	Delta 2012-2011	Delta 2103-2012
Numero accessi non seguiti da ricovero	45.393	43.052	47.184	-5.2	+9.6
Numero accessi seguiti da ricovero	14.601	10.954	11.994	-25	+9.5
Numero accessi totali	59.994	54.006	59.178	-10	+7.8

<p>DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA</p> <p>Decreto n. 96 del_28.06.2012 - Recepimento Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list elaborate dal Ministero della Salute. Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G01.S04.08</p> <p>Allegato-Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Cecklist.</p> <p>Decreto n.158 del 03.09.2012-Integrazione e modifica al DPGR 96 del 28 giugno 2012. Recepimento Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list elaborate dal Ministero della Salute. Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G01.S04.08.</p>	<p>Nel corso del 2014 l'obiettivo da perseguire dovrà essere quello di sviluppare le azioni e gli interventi di seguito indicate finalizzate alla riduzione della quota di accessi non seguiti da ricovero e verosimilmente impropri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • 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. • Promozione di collegamenti strutturali stabili tra MMG e PLS e medici di continuità assistenziale. • Promozione della informazione mirata ai cittadini, sia direttamente che attraverso gli organismi che li rappresentano e le loro organizzazioni sui seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> - la copertura assistenziale del medico di famiglia e del pediatra di base; - le altre possibili risposte assistenziali territoriali; - i percorsi esistenti per le urgenze programmabili tra ospedale e territorio; - natura e scopo delle attività di emergenza- urgenza. • Miglioramento della organizzazione dei percorsi attraverso i quali viene meglio assicurata e garantita la risposta alle prestazioni urgenti. - Ulteriore affinamento delle tecniche di triage. - Ulteriore affinamento e sviluppo della funzione di OBI (Osservazione Breve Intensiva) 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 e aziendale. - Avvio a percorsi ambulatoriali ospedalieri o extraospedalieri per gli accessi di Pronto Soccorso con determinate caratteristiche non necessitanti di ricovero. <p>4. U.O. Anestesia e Rianimazione <i>Azioni e Obiettivi</i></p> <p>La rianimazione è un servizio di terapia intensiva presente nello stabilimento ospedaliero di Crotone che assicura una buona risposta alla necessità di trattare i pazienti critici in un'area di degenza diversificata, logicamente definita, con personale qualificato ed attrezzature idonee al monitoraggio ed al trattamento intensivo del paziente 24 ore su 24.</p> <p>Gli obiettivi dell'attività rianimatoria dovranno essere quelli di ridurre ulteriormente, per quanto possibile, 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.</p> <p>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 Piano di rientro 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.</p>
---	---	--

<p>DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA</p>	<p>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.</p> <p>Nel corso dell'esercizio 2014 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.</p> <p>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 degli ultimi anni.</p> <p>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.</p> <p>Anestesiologia e sviluppo della terapia del dolore</p> <p><i>Azioni e Obiettivi</i></p> <p>Le attività di anestesiologia, strettamente integrate con quelle della rianimazione, dovranno essere finalizzate a garantire supporto alle funzioni del blocco operatorio 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.</p> <p>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 ancora utilizzata dalla U.O. di cardiologia per le attività di impianto dei pace-maker.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>
---	--	---

<p>DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA</p>	<p>evidenze disponibili.</p> <p>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 e fornita alle UU.OO. del P.O.</p> <p>La terapia del dolore</p> <p>La terapia antalgica è, allo stato, una struttura semplice dell'unità operativa di anestesia e rianimazione presente nel P.O. di Crotona 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Dovrà sarà 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.</p>
---	--	---

AREA EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

Risorse finanziarie 2014

Al finanziamento complessivo delle funzioni di emergenza/urgenza ospedaliera e del sistema emergenza-urgenza per l'anno in corso si provvederà con una quota parte delle risorse finanziarie dell'assistenza ospedaliera per attività e funzioni non tariffabili complessivamente pari a **€ 9.188.256**; pertanto nell'ammontare complessivo di tali risorse dovranno trovare copertura i relativi costi aziendali sostenuti per assicurare tutte le attività ospedaliere delle UU.OO. afferenti al DEA.

Del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse complessivamente assegnate all'area emergenza urgenza e accettazione ne risponde il direttore del DEA a cui a sua volta ne rispondono i direttori delle UU.OO. ad esso afferenti.

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	1.237.615	2.291	1.239.905
<i>a) sanitari</i>	1.192.999	1.068	1.194.067
<i>b) non sanitari</i>	44.616	1.223	45.839
2 Acquisti di servizi	1.142.567	4.719	1.147.285
<i>c) Farmaceutica</i>	0	0	0
<i>d) Medicina di base</i>	233.250	454	233.704
<i>e) Altre convenzioni</i>	117.422	17	117.439
<i>f) Servizi appaltati</i>	670.593	0	670.593
<i>g) Manutenzioni</i>	76.898	3.334	80.232
<i>h) Utenze</i>	38.281	0	38.281
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	6.123	914	7.037
3 Godimento di beni di terzi	102	2	105
4 Costi del personale	5.941.570	152.569	6.094.140
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	5.767	6.970	12.737
6 Ammortamenti e svalutazioni	73.361	0	73.361
7 Accantonamenti	50.608	0	50.608
8 Imposte e tasse	478.299	0	478.299
B) Oneri finanziari	41.480	50.336	91.816
Totali	8.971.368	216.888	9.188.256

DIPARTIMENTO AFO MEDICA

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
E BUDGET 2014**

ALLEGATO C 3.2)

DIPARTIMENTO AFO MEDICA
- **Obiettivi Specifici 2014 -**

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	<p>OBIETTIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (40%)</p>
<p>DIPARTIMENTO AFO MEDICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica</p>	<p>Cardiologia <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Incrementare significativamente la scarsa attività di DH registrata nel 2013 (-44% rispetto al 2012) utilizzando i 2 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotone di cui al punto 3.5.1 del presente piano, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Medica. - Mantenere o migliorare il livello di attività di ricovero ordinario registrata nell'esercizio 2013 (esclusi i casi trattati in UTIC) provvedendo a trasferire quote di ricoveri dal regime ordinario a quello diurno al fine di migliorare ulteriormente l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero. - Avviare le attività di Day Service già programmate ed adottata in azienda già con il piano delle attività e gli obiettivi assegnati per l'anno 2011 a cui si rimanda. - Mantenere e/o migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari. - Migliorare significativamente il tasso di utilizzo dei p.l. diurni - Mantenere o migliorare l'indice di case-mix ed il peso relativo medio dei casi trattati registrati nel 2013. - Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole, mediamente, del 1% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario e non del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio precedente. - Migliorare il numero di prestazioni per esterni che registra per l'anno 2013 una flessione del 2.9% rispetto al 2012 e ridurre le liste di attesa per attività di specialistica ambulatoriale per esterni di almeno il 10% rispetto all'anno 2013 e migliorare l'appropriatezza delle stesse prestazioni. - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO AFO MEDICA</p>	<p style="text-align: center;">Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica</p>	<p>- 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.</p> <p>Medicina Generale <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Incrementare significativamente la scarsa attività di DH utilizzando i 4 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotone di cui al punto 3.5.1 del presente piano, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Medica. - Migliorare il livello di attività di ricovero registrato nel 2013 provvedendo a trasferire quote significative di ricoveri dal regime ordinario a quello diurno al fine di migliorare ulteriormente l'appropriatezza delle prestazioni erogate. - Attivare la Day Service e trasferire le prestazioni di cui alla DGR 726/2008 e s.m.i. (DPGR APA e PAC) dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale. - Mantenere o migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari registrato nell'anno 2013 riducendo l'elevata degenza media registrata. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione dello 3% rispetto all'esercizio precedente. - Mantenere o migliorare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni registrata nel 2013 che presenta un incremento del 58.7% rispetto al 2012. - Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. <p>A seguito degli interventi di riordino del P.O. nell'ambito della U.O. di Medicina Generale opera la struttura di Malattie Infettive cui sono assegnate le seguenti attività, azioni e obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migliorare significativamente l'utilizzo dei p.l. ordinari registrato nell'anno 2013 anche attraverso la riduzione a 5 dei p.l. ordinari utilizzati. - Mantenere o migliorare l'attività di DH utilizzando il numero di p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotone di cui al punto 3.5.1, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Medica. - Mantenere o migliorare il peso relativo dei casi trattati e l'indice di case mix registrati nel 2013. - Incrementare le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni che nel corso del 2013 ha registrato una flessione del 4.9 % rispetto all'anno precedente. - 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
---	--	--

<p>DIPARTIMENTO AFO MEDICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica</p>	<p>precedente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. <p>Nefrologia e Dialisi <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere o migliorare l'attività dialitica registrata nell'esercizio 2013 compreso le attività della dialisi territoriale di Mesoraca. - Mantenere o migliorare per quanto possibile l'attività della dialisi peritoneale. - Utilizzare in caso di emergenza o per specifiche e motivate condizioni cliniche 10 posti letto ordinari dedicati nell'ambito dell'AFO Medica e nel caso codificare la SDO con il codice di disciplina di appartenenza (nefrologia) e con il codice di reparto di medicina. - Assicurare l'eventuale attività di ricovero diurno utilizzando 2 p.l. DH nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO medica, provvedendo, tuttavia, a trasferire progressivamente l'attività di ricovero fin qui registrata dal regime ordinario a quello diurno e da quello diurno al setting della specialistica ambulatoriale al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni rese. - Mantenere o migliorare ulteriormente l'attività specialistica ambulatoriale. - Attivare la Day Service per i controlli periodici dei pazienti nefropatici al fine di usufruire in un unico accesso di tutte le prestazioni necessarie. - Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1,5% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. <p>Neurologia <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <p>Allo stato la U.O. non è ancora attiva per quanto attiene l'attività di ricovero ordinario mentre svolge la sua attività in regime di DH e come servizio ambulatoriale dotato di personale medico ed infermieristico dedicato ad attività</p>
---	--	---

<p>DIPARTIMENTO AFO MEDICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica</p>	<p>programmata per esterni, attività di consulenza per le UU.OO. del P.O. di Crotone ed all'espletamento di indagini di diagnostica strumentale.</p> <p>Costituisce quindi obiettivo prioritario per l'esercizio 2014 quello di pervenire, nell'anno in corso, alla progressiva attivazione della funzione di ricovero ordinario della U.O. di neurologia utilizzando almeno 5 dei 10 p.l. ordinari previsti e ciò 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.</p> <p>Ai fini del raggiungimento di tale obiettivo il Direttore del dipartimento AFO medica, di concerto con la direzione medica del presidio e con il dirigente responsabile 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 oltre che al mantenimento di 2 posti di DH, nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO medica, anche all'attivazione (in attesa del personale medico ed infermieristico necessario) di almeno 5 dei 10 p.l. previsti per dell'attività di ricovero ordinario nell'ambito dei p.l. programmati per la disciplina nell'ambito dell'AFO medica del P.O.</p> <p>Alla U.O. sono quindi assegnati per l'anno in corso le attività le azioni e gli obiettivi specifici di seguito indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la funzione di degenza ordinaria attraverso l'attivazione dei 5 p.l. ordinari per come sopra indicato. - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Incrementare l'attività di DH registrata nel 2013 utilizzando i 2 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotone di cui al punto 3.5.1, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Medica. - Incrementare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per esterni che nell'anno 2013 hanno registrato un lieve riduzione del 0.9 % rispetto all'anno precedente.. - 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. - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - 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. - La U.O. dovrà concorrere allo sviluppo di specifici percorsi diagnostico-terapeutici rivolti con particolare attenzione alla implementazione delle attività dedicate alla sclerosi multipla, ai disturbi del movimento e alla demenza, con il precuo scopo di creare percorsi integrati multidisciplinari per i pazienti che presentano disabilità neurologiche per assicurare tempestività e continuità assistenziale. <p>A cura del dirigente responsabile della U.O. particolare attenzione dovrà essere rivolta alla messa a punto di una specifica proposta organizzativa, da presentare alla direzione aziendale entro il primo semestre dell'anno in corso, finalizzata all'attivazione nel P.O. di Crotone di una STROKE UNIT per gli incidenti cerebro-vascolari.</p> <p>Oncologia Medica <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche</p>
---	--	---

<p>DIPARTIMENTO AFO MEDICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica</p>	<p>competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere o migliorare l'attività di DH registrata nel 2013 utilizzando i 4 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotone di cui al punto 3.5.1 del presente piano, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Medica. - Mantenere e migliorare l'attività di ricovero ordinaria registrata nel 2013 e procedere alla riorganizzazione dell'attività di ricovero diurno e verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate con possibilità di trasferimento delle prestazioni dal regime diurno al in regime ambulatoriale. - Incrementare le prestazioni ambulatoriali effettuate nell'esercizio 2013 che ha registrato un decremento del 3.2 % rispetto al 2012. - Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e mantenere, ove possibile i rilevanti costi farmaceutici e quelli per materiale sanitario rispetto all'esercizio precedente e razionalizzare e contenere i costi per manutenzione. - Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2012. - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - 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. <p><i>Oncologia e cure palliative e domiciliari</i></p> <p>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.</p> <p>A completamento della definizione di una rete integrata dei servizi dedicati ai malati oncologici si fa espresso rinvio al Decreto del Direttore Generale del dipartimento sanità n. 11162 del 6.9.2011 recante " Legge 158 marzo n. 38 - Approvazione Linee Guida per l'attuazione della Rete di Cure Palliative.</p> <p>Inoltre, gli specifici aspetti relativi alle cure palliative, si fa rinvio 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.</p> <p>Occorre inoltre considerare al riguardo quanto stabilito con il DPGR n.177 del 25.10.2012 recante -Presenza autonoma ai sensi dell'articolo 8 comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anno 2011-2013".</p>
---	--	--

**DIPARTIMENTO
AFO MEDICA**

**Miglioramento dell'efficienza
e dell'efficacia nell'erogazione
dei LEA nell'AFO medica**

U.O. Geriatria

Attività azioni e obiettivi specifici

Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.

- Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012.
- Migliorare l'attività di ricovero ordinario registrata nel 2013 che presenta un decremento del 16% rispetto al 2012.
- Migliorare l'attività di DH registrata nel 2013 che presenta un decremento del 64,6% rispetto all'anno precedente, utilizzando i 2 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotone di cui al punto 3.5.1 del presente piano, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Medica.
- Attivare la Day Service e trasferire le prestazioni di cui alla DGR 726/2008 e al DPGR relativo agli APA e PAC dal regime di ricovero diurno a quello della specialistica ambulatoriale.
- Incrementare significativamente l'attività di specialistica ambulatoriale esterna che ha registrato nel 2013 un decremento del 12,4 % rispetto all'anno precedente.
- Mantenere o migliorare i principali indicatori dell'attività di ricovero registrati nell'ultimo triennio.
- 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 precedente.
- Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.
- Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione riducendoli del 3% rispetto all'esercizio precedente.
- Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.
- Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Servizio di Diabetologia

In attesa dell'approvazione del nuovo atto aziendale le attività e funzioni del servizio di diabetologia restano dirette gestite e coordinate dal direttore della U.O. di geriatria assicurando con le seguenti attività e obiettivi specifici:

- Mantenere o migliorare il numero delle prestazioni per esterni erogate nel 2013 che registra un incremento del 27,6 % rispetto all'anno precedente.
- Concorrere alle attività di Day Service/PAC delle U.O. dell'area internistica.
- Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.
- Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente.
- Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio precedente.
- Assicurare il rispetto delle disposizioni di cui al D.P.G.R n.89 del 1906.2013 -Recepimento Accordo Stato-Regioni "Piano per la malattia diabetica". Rep. atti n. 233/csr del 06 dicembre 2012 (pubblicato il 23 giugno 2013)
- Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Budget 2014

Dipartimento AFO Medica

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2014, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con il presente piano sono complessivamente stabilite in € **23.743.343** per come indicato nella tabella che segue ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso. Del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse complessivamente assegnate al dipartimento AFO medica ne risponde il direttore del dipartimento al quale a sua volta ne rispondono i direttori delle UU.OO. afferenti al dipartimento.

MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO AFO MEDICA

BUDGET COMPLESSIVO ANNO 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	7.536.579	9.465	7.546.044
<i>a) sanitari</i>	5.707.798	7.168	5.714.966
<i>b) non sanitari</i>	1.828.781	2.297	1.831.078
2 Acquisti di servizi	2.072.814	23.190	2.096.004
<i>c) Farmaceutica</i>	0	0	0
<i>d) Medicina di base</i>	2.130	6	2.136
<i>e) Altre convenzioni</i>	86.862	8	86.871
<i>f) Servizi appaltati</i>	1.585.439	0	1.585.439
<i>g) Manutenzioni</i>	123.399	11.262	134.661
<i>h) Utenze</i>	92.703	0	92.703
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	182.282	11.914	194.196
3 Godimento di beni di terzi	4.770	8	4.778
4 Costi del personale	12.000.189	495.908	12.496.097
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	18.555	23.804	42.359
6 Ammortamenti e svalutazioni	368.304	0	368.304
7 Accantonamenti	254.072	0	254.072
8 Imposte e tasse	888.116	0	888.116
B) Oneri finanziari	38.100	9.469	47.570
Totali	23.181.499	561.844	23.743.343

DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI

E BUDGET 2014

ALLEGATO C 3.3)

DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

- Obiettivi Specifici 2014 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (40%)
<p>DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica</p>	<p>Chirurgia Generale <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Incrementare significativamente la scarsa attività di ricoveri diurni registrata nell'ultimo biennio utilizzando i 4 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotona di cui al punto 3.5.1 del presente piano, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Chirurgica. - Mantenere il tasso di occupazione dei posti letto ordinari assegnati registrato nell'ultimo triennio 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, day service e di chirurgia ambulatoriale. - Ridurre la degenza media complessiva e quella preoperatoria. - Incrementare significativamente l'indice operatorio registrato nell'ultimo triennio nonché la percentuale dei casi chirurgici sul totale dei casi trattati. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Mantenere e incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni erogate nel 2013 che presenta un incremento del 11.5% rispetto al 2012 al fine di ridurre le liste di attesa entro i tempi massimi stabiliti dalla regione. - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.

<p>DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica</p>	<p>Ortopedia e Traumatologia <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Incrementare il tasso di occupazione dei posti letto ordinari assegnati riportandolo almeno allo standard del 75% anche con riduzione dei p.l. assegnati. - Migliorare significativamente il tasso di utilizzo registrato nell'ultimo triennio per i p.l. per ricoveri in regime diurno utilizzando i 4 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotona di cui al punto 3.5.1 del presente piano, disponibili nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO Chirurgica. - Incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'ultimo anno dove si è registrata una riduzione del 16.9 % rispetto all'anno precedente e ridurre le liste di attesa entro i tempi massimi stabiliti dalla regione. - 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 nell'ultimo triennio. - Mantenere gli interventi per fratture di femore effettuati entro 2 gg. entro il valore standard > 59,4%. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare quanto stabilito dalla regione con D.P.G.R. n.27 del 19.02.2013- Istituzione del Registro di Artroprotesi di Anca e di Ginocchio della Calabria (RIPOC- Registro di Implantologia Protesica della Calabria). Obiettivo:GOI.S03 (pubblicato il 20 febbraio 2013) - D.P.G.R. n.105 del 29.07.2013- DPGR n.27 del 19 febbraio 2013 recante: "Istituzione del Registro di Artroprotesi di anca e di ginocchio della Calabria (RIPOC - Registro di Implantologia Protesica della Calabria). Obiettivo:GOI.S03. - Modifica. (pubblicato il 1 agosto 2013) - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Oculistica <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012.
---	--	---

<p>DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzare in caso di emergenza o per specifiche e motivate condizioni cliniche p.l. ordinari programmati della U.O. di Urologia e non ancora attivati nell'ambito dell'AFO chirurgica e nel caso codificare la SDO con il codice di disciplina di appartenenza oculistica. - Utilizzare per specifiche e motivate condizioni cliniche 2 p.l. per ricoveri in regime diurno nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO chirurgica. - Continuare ad assicurare l'attività chirurgica fin qui registrata anche in regime ambulatoriale. - Migliorare e incrementare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel 2013 che ha registrato un incremento del 4% rispetto all'anno precedente. - Concorrere alla realizzazione del progetto "Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni chirurgiche: Implementazione di Day surgery, Chirurgia breve e Chirurgia ambulatoriale", già previsto dall'azienda nel piano delle attività aziendali 2009 a cui si rimanda. - Attivare il Day Service per le prestazioni già trasferite dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale (DGR 541/2007 e DPCM APA e PAC). - Mantenere e/o migliorare l'indice operativo registrato nell'ultimo triennio. - Mantenere e migliorare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nell'anno 2013 e ridurre le liste di attesa entro i tempi massimi stabiliti dalla regione. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi diretti della sala operatoria dedicata. - Assicurare la corretta e puntuale trasmissione dei dati di attività alla direzione medica di presidio. <p>Otorinolaringoiatria (compreso audiologia) <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concorrere direttamente e fattivamente alla implementazione degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Utilizzare in caso di emergenza o per specifiche e motivate condizioni cliniche p.l. ordinari programmati per la U.O. di Urologia e non ancora attivati nell'ambito dell'AFO chirurgica e nel caso codificare la SDO con il codice di disciplina di appartenenza ORL. - Utilizzare per specifiche e motivate condizioni cliniche 1 p.l. per ricoveri in regime diurno nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO chirurgica. - Incrementare le prestazioni ambulatoriali per esterni registrate per l'anno 2013 stante il decremento del 1.1% rispetto all'anno 2012. - Continuare ad assicurare anche in regime ambulatoriale l'attività chirurgica fin qui registrata. - 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" già previsto dall'azienda nel piano delle attività aziendali 2009 a cui si rimanda. - Mantenere e/o migliorare l'indice operativo registrato nell'ultimo triennio. - Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da radiologia.
---	--	--

<p>DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi del 3% rispetto all'esercizio precedente. - 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 e puntuale trasmissione dei dati di attività alla direzione medica di presidio. <p>Urologia L'azienda, compatibilmente con il blocco delle assunzioni del personale e con le risorse disponibili, adotterà ogni utile iniziativa atta ad avviare nel corso dell'anno 2014 la U.O. di Urologia o almeno la specifica attività ambulatoriale nell'ambito dell'AFO chirurgica. Nell'attesa i 10 p.l. disponibili, in caso di accertate necessità assistenziali di ricovero possono essere temporaneamente utilizzati per come sopra specificato dalle U.O. di Oculistica e di ORL oltre che dalla U.O. di Chirurgia Generale.</p>
---	--	--

Budget 2014

Dipartimento AFO Chirurgica

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2013, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con il presente piano sono complessivamente stabilite in € **13.455.536** per come indicato nella tabella che segue ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso. Del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse complessivamente assegnate all'AFO chirurgica ne risponde il direttore del dipartimento al quale a sua volta ne rispondono i direttori delle UU.OO. afferenti al dipartimento.

MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

BUDGET COMPLESSIVO ANNO 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	3.067.551	5.335	3.072.885
<i>a) sanitari</i>	3.014.205	3.762	3.017.967
<i>b) non sanitari</i>	53.346	1.573	54.919
2 Acquisti di servizi	1.215.595	3.763	1.219.358
<i>c) Farmaceutica</i>	0	0	0
<i>d) Medicina di base</i>	0	0	0
<i>e) Altre convenzioni</i>	17.864	0	17.864
<i>f) Servizi appaltati</i>	958.315	0	958.315
<i>g) Manutenzioni</i>	151.949	1.815	153.765
<i>h) Utenze</i>	52.490	0	52.490
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	34.977	1.947	36.924
3 Godimento di beni di terzi	143	6	149
4 Costi del personale	7.669.149	367.887	8.037.036
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	94.344	43.073	137.416
6 Ammortamenti e svalutazioni	202.124	0	202.124
7 Accantonamenti	139.434	0	139.434
8 Imposte e tasse	574.242		574.242
B) Oneri finanziari	32.366	40.526	72.892
Totali	12.994.947	460.589	13.455.536

DIPARTIMENTO AFO
SERVIZI DIAGNOSTICI

OBIETTIVI SPECIFICI E BUDGET 2014

ALLEGATO C 3.4)

DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI

- Obiettivi Specifici 2014 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (40%)
<p>DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici</p> <p><i>Riferimenti PdR</i> Decreto n.84 del 4.8.2011 - Approvazione del nuovo nomenclatore regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio. Obiettivo G.2 S.9.6: "Revisione del nomenclatore tariffario anche in attuazione della normativa nazionale".</p>	<p>Anatomia Patologica <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Recuperare e migliorare i volumi prestazionali per esterni registrati nel 2013 che sono risultati ridotti del 12.6% rispetto all'esercizio 2012. - Ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento di cui allo specifico obiettivo prioritario indicato nell'allegato B del presente atto. - 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 2014. - 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 e regionali. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi di manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Laboratorio Analisi <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012.

<p>DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Migliorare significativamente il numero delle prestazioni per esterni registrato nel 2013 stante la riduzione del 50.1% delle prestazioni erogate nell'anno 2012. - 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. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e di manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Medicina Nucleare <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali registrati nel 2013 che hanno visto un incremento rispetto al 2012 del 3.0 %. - 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 obiettivo prioritario indicato nell'allegato B del presente atto. - Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Radiologia <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Recuperare e migliorare i volumi prestazionali per esterni registrati nel 2013 che presentano una riduzione dell'8.3% rispetto al 2012 e ridurre significativamente e liste di attesa registrate. - Incrementare il numero delle prestazioni appropriate da erogare per esterni e ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere. - Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica.
--	---	--

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI</p>	<p>Riferimenti PdR</p> <p>Decreto n.33 del 28.03.2011 - Costituzione team per le visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti. Obiettivo G1. Allegato 1 -Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento del team per le visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti. Allegato 2 - Programmazione Regionale</p> <p>Decreto n.85 del 4.8.2011 - Integrazioni D.P.G.R. del 15 aprile 2011,n.32 recante: Recepimento Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 242/CSR del 16 dicembre 2010. Obiettivo G01.S01.</p> <p>Decreto n.32 del 15.4.2011- Recepimento Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 242/CSR del 16 dicembre 2010 "Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica". Obiettivo: G01.S01.</p> <p>D.P.G.R. n. 67 del 29.05.013 - Recepimento Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 26 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente: "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti". Rep Atti n. 149/CSR del 25 luglio 2012. (pubblicato il 05 giugno 2013) - Allegato</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 materiali sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Proseguire e completare l'attuazione del D.P.G.R. n.117 del 31.07.2013- Recepimento delle "Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini - Normativa e prassi "Intesa Stato - Regioni del 4 aprile 2012 (Rep. Atti 811CSR del 4 aprile 2012)". - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Servizio Immunotrasfusionale <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Dare puntuale attuazione a livello locale alle specifiche disposizioni regionali di cui ai DDPPGGRRR indicati nella colonna che precede. - Mantenere o migliorare le attività istituzionali proprie e specifiche dei servizi immunotrasfusionali registrati nell'ultimo triennio. - 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 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 3% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi di servizi e di manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p><u>Finanziamento del SIT</u></p> <p>Le attività e funzioni rese dal SIT sono assicurate con una quota parte delle risorse finanziarie relative al finanziamento delle attività e funzioni ospedaliere non tariffabili annualmente assegnate dalla Regione in sede di riparto del FSR. Pertanto, al fine della definizione del budget 2014 del SIT, in attesa di eventuali specifici finanziamenti regionali finalizzati, è provvisoriamente previsto per l'anno in corso un budget pari ad € 3.500.000 nell'ambito del budget complessivo del dipartimento dei servizi sanitari diagnostici di supporto.</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI</p>	<p style="text-align: center;">Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici</p>	<p>Gastroenterologia In attesa dell'approvazione del nuovo atto aziendale da parte della Regione la U.O. di Gastroenterologia resta provvisoriamente aggregata al dipartimento dei servizi diagnostici.</p> <p><i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali per esterni effettuate nel 2013 che registrano un incremento del 4,4% rispetto al 2012. - Mantenere o migliorare gli indicatori relativi all'attività di ricovero diurno registrata nel 2013 e in considerazione della non assegnazione di p.i. alla U.O. utilizzare eventualmente p.i. diurni nell'ambito del DH multidisciplinare dell'AFO chirurgica. - Incrementare il numero delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate agli esterni nel 2013. - 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 alle attività di Day Service/PAC delle U.O. dell'area internistica e chirurgica. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Recupero e riabilitazione funzionale <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali per esterni effettuate nel 2013 che registrano un incremento del 17,8 % rispetto al 2012. - 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. - Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e di manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia
--	---	--

<p>DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici</p>	<p>Dermatologia <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali per esterni effettuati nel 2013 che presentano un incremento del 20.1 % rispetto al 2012. - Incrementare il numero delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale erogate agli esterni nell'esercizio precedente e ridurre le liste di attesa secondo le indicazioni di miglioramento delle attese per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui allo specifico obiettivo prioritario indicato nell'allegato B del presente atto. - 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 precedente. - Razionalizzare e contenere i costi di servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Angiologia <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali per esterni effettuati nel 2013 che registra un incremento del 8.7 % rispetto al 2012. - 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 obiettivo prioritario indicato nell'allegato B del presente atto. - 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 alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica. - Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 1% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia
---	---	---

<p>DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici</p>	<p>Fisiopatologia respiratoria In attesa dell'approvazione del nuovo atto aziendale da parte della Regione la struttura resta provvisoriamente aggregata al dipartimento dei servizi diagnostici. <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali per esterni effettuate nel 2013 che registrano un incremento del 58.7 % rispetto al 2012. - Incrementare e mantenere 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 obiettivo prioritario indicato nell'allegato B del presente atto. - 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 alle attività di Day Service delle U.O. dell'ara internistica - Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 1% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Diabetologia Vedi U.O. di Geriatria AFO Medica</p> <p>Microcitemia In attesa dell'approvazione del nuovo atto aziendale da parte della Regione la struttura resta provvisoriamente aggregata al dipartimento AFO medica. <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Assicurare le prestazioni sanitarie richieste dai pazienti microcitemici e incrementare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale correlate. - Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie anche per quelli direttamente prodotte dalla U.O. - Razionalizzare e contenere. costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione riducendoli del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia
--	---	---

Budget 2014

Dipartimento AFO Servizi Diagnostici

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2013, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con il presente piano sono complessivamente stabilite in **€ 22.570.792** per come indicato nella tabella che segue ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso. Del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse complessivamente assegnate all'area dei servizi diagnostici ne risponde il direttore del dipartimento al quale a sua volta ne rispondono i direttori delle UU.OO. afferenti al dipartimento.

MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI

BUDGET COMPLESSIVO ANNO 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	5.629.535	5.646	5.635.181
<i>a) sanitari</i>	5.500.390	1.089	5.501.479
<i>b) non sanitari</i>	129.145	4.557	133.702
2 Acquisti di servizi	1.949.475	26.938	1.976.413
<i>c) Farmaceutica</i>	0	0	0
<i>d) Medicina di base</i>	21.044	0	21.044
<i>e) Altre convenzioni</i>	73.819	0	73.819
<i>f) Servizi appaltati</i>	1.209.515	0	1.209.515
<i>g) Manutenzioni</i>	440.685	19.023	459.708
<i>h) Utenze</i>	95.610	0	95.610
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	108.801	7.915	116.716
3 Godimento di beni di terzi	485.146	6	485.152
4 Costi del personale	12.294.455	484.026	12.778.481
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	19.314	17.200	36.514
6 Ammortamenti e svalutazioni	247.677	0	247.677
7 Accantonamenti	170.859	0	170.859
8 Imposte e tasse	917.510	0	917.510
B) Oneri finanziari	253.977	69.027	323.005
Totali	21.967.949	602.843	22.570.792

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

**DIPARTIMENTO
MATERNO-INFANTILE**

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
E BUDGET 2014**

ALLEGATO C 3.5)

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

- Obiettivi Specifici 2014 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (40%)
<p>DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza nell'erogazione dei LEA nell'area materno-infantile</p> <p>Decreto n.28 del 21.03.2012 - Attuazione Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo es DPGR n. 36/2011: Linee guida per la riorganizzazione del percorso nascita; Diario della gravidanza. Obiettivo: G01.S04.</p>	<p>Ostetricia e Ginecologia <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i> Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Recuperare e migliorare i volumi prestazionali di ricoveri ordinari registrati nel 2013 che presentano una riduzione del 6.3% rispetto al 2012.. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali di ricovero diurno registrati nel 2013 che presentano un incremento del 15.6% rispetto al 2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali ambulatoriali per esterni registrati nel 2013 che presentano un incremento del 47% rispetto al 2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali per interni registrate nel 2013 che presentano un incremento del 32.1 % rispetto al 2012. - Incrementare il tasso di utilizzo dei p.l. ordinari assegnati registrato nel 2013 almeno fino al 75%. - Mantenere la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti entro il valore registrato nel 2013,3%. - Incrementare l'indice operatorio registrato nel 2013 almeno al di sopra del 49%. - Mantenere o migliorare il tasso di utilizzo registrato nell'ultimo triennio per i p.l. per ricoveri in regime diurno utilizzando i 4 p.l. diurni indicati nella Tabella posti letto P.O. di Crotone di cui al punto 3.5.1 del presente piano. - Assicurare le attività di IVG. - Attivare il day service e trasferire le prestazioni di cui alla delibera DGR 726/08 dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale. - Dare realizzazione integrale al progetto di miglioramento materno infantile previsto dalla programmazione regionale (piano della prevenzione regionale); - 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 significativamente 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.

<p align="center">DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE</p>	<p align="center">Miglioramento dell'efficienza nell'erogazione dei LEA nell'area materno-infantile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle SDO nonchè la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonchè la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia <p>Pediatria + Neonatologia + TIN <i>Attività azioni e obiettivi specifici</i></p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - Recuperare e migliorare i volumi prestazionali di ricoveri ordinari registrati nel 2013 che presentano una riduzione del 11.8 % per neonatologia e del 2.5% per pediatria rispetto al 2012. - Mantenere e migliorare i volumi prestazionali di ricovero diurno registrati nel 2013 che presentano un incremento del 11.8 % in pediatria rispetto al 2012 e un decremento del 19.4% in neonatologia rispetto al 2012. - Migliorare i volumi prestazionali ambulatoriali per esterni registrati nel 2013 che presentano un decremento del 10.7% per neonatologia e dello 0.9% per la pediatria rispetto al 2012. - Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1,5% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente. - Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 3% rispetto a quelli registrati nell'esercizio precedente. - Assicurare la corretta codifica delle SDO tenuto conto del nuovo sistema di codifica in vigore dall' 1.1.2009 nonchè la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia. - Assicurare la corretta codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni nonchè la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle stesse entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia
---	--	--

Budget 2014

Dipartimento Materno Infantile

UU. OO. Ospedaliere

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento per l'anno 2013, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con il presente piano sono complessivamente stabilite in € 7.597.595 per come indicato nella tabella che segue ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento per l'anno in corso. Del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse complessivamente assegnate all'area materno-infantile ne risponde il direttore del dipartimento al quale a sua volta ne rispondono i direttori delle UU.OO. afferenti al dipartimento.

MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI

BUDGET COMPLESSIVO ANNO 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	369.002	636	369.638
<i>a) sanitari</i>	337.020	247	337.267
<i>b) non sanitari</i>	31.982	389	32.371
2 Acquisti di servizi	1.361.171	2.329	1.363.500
<i>c) Farmaceutica</i>	0	0	0
<i>d) Medicina di base</i>	0	0	0
<i>e) Altre convenzioni</i>	26.217	0	26.217
<i>f) Servizi appaltati</i>	1.212.588	0	1.212.588
<i>g) Manutenzioni</i>	36.472	347	36.819
<i>h) Utenze</i>	49.255	0	49.255
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	36.639	1.982	38.621
3 Godimento di beni di terzi	76	2	78
4 Costi del personale	5.032.036	173.947	5.205.983
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	5.701	6.131	11.832
6 Ammortamenti e svalutazioni	62.617	0	62.617
7 Accantonamenti	43.196	0	43.196
8 Imposte e tasse	384.763	0	384.763
B) Oneri finanziari	10.027	11.647	21.674
<i>Totali</i>	7.268.589	194.692	7.463.281

**AREA DELLE FUNZIONI
DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
E DI FARMACIA OSPEDALIERA**

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
E BUDGET 2014**

ALLEGATO C 3.6)

AREA DELLE FUNZIONI DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E DI FARMACIA OSPEDALIERA

- Obiettivi Specifici 2014 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (PdR) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (40%)
AREA DELLE FUNZIONI DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E DI FARMACIA OSPEDALIERA	<p>Decreto n.53 del 4.7.2011 -Linee guida per il processo di compilazione e controllo Schede di Dimissione Ospedaliera. Integrazione e modifiche al DPGR n. 25 del 16 novembre 2010.</p> <p>☐Allegato -Linee Guida per il Monitoraggio e il Controllo dell'attività' di Ricovero Ospedaliero per Acuti.</p> <p>Decreto n.47 del 21.6.2011 - Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, definizione e tariffazione di accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA), di pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) e di prestazioni semplici.</p> <p>D.P.G.R. n.71 del 29.05.2013 - Approvazione scheda Registro MAD Regionale Obiettivo G05.S14</p> <p>- Riduzione e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera.(<i>pubblicato il 05 giugno 2013</i>)</p> <p>Decreto n.1 del 10.01.2012-Piano triennale di Farmacosorveglianza 2011/2013 e farmacovigilanza. Sostituzione allegato al DPGR 82/2011. Obiettivo 4 nota DSVET</p>	<p>Direzione Medica di Presidio</p> <p>Attività azioni e obiettivi specifici</p> <p>Oltre agli obiettivi prioritari strategici di cui al precedente allegato B) e agli obiettivi generali dell'area ospedaliera di cui al presente piano, i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, dovranno concorrere al raggiungimento degli obiettivi operativi di seguito sinteticamente indicati.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborare per quanto di competenza al completamento degli interventi di riordino del P.O. per come stabilito dall'azienda con la deliberazione del DG n. 386 del 12 luglio 2012 approvata dalla regione con DPGR n. 138 del 19.7.2012. - 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 2012 e comunque mantenere la spesa 2013 entro i limiti del budget assegnato. - Razionalizzare e mantenere il costo del personale della direzione medica di presidio entro i limiti registrati nell'esercizio 2012. - 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 vigente normativa in materia ovvero indicate nel vigente regolamento aziendale in materia. - Assicurare le attività di monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero secondo le linee guida stabilite dal DPGR 53/2011. - Assicurare l'attuazione e la promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera di cui al DPGR 47/2011. <p>Farmacia Ospedaliera</p> <p>Attività azioni e obiettivi specifici</p> <p>L'analisi dei consumi farmaceutici ospedalieri relativi all'esercizio 2011 e 2012 evidenzia la necessità di specifici ulteriori interventi in particolar modo finalizzati al miglioramento, alla razionalizzazione e all'appropriatezza dei consumi farmaceutici ospedalieri, inoltre, permangono per l'esercizio 2013 l'obiettivo di migliorare ulteriormente la</p>

<p>AREA DELLE FUNZIONI DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E DI FARMACIA OSPEDALIERA</p>	<p>5269 del 26 Ottobre 2010. Decreto n.33 del 15.4.2011- Definizione di linee guida vincolanti per l'appropriatezza prescrittiva di farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica. Sistema Cardiovascolare: C10AA Inibitori Hmg CoA reductasi (Statine). Obiettivo G05.S13.07 □Allegato</p> <p>Delibera n.83 del 28.1.2010 - Adempimenti di cui al punto 9 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale - DGR del 16 Dicembre 2009 n. 845 - Farmaceutica ospedaliera.</p> <p>D.P.G.R. n.78 del 17.06.2013 - Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G01.S04.08. Recepimento Raccomandazione n. 12 del Ministero della Salute per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look- Alike/Sound-Alike (LASA) e approvazione indirizzi sulla modalità della loro gestione. (pubblicato il 18 giugno 2013)</p> <p>D.P.G.R. n.114 del 31.07.2013- Approvazione aggiornamento periodico Prontuario Terapeutico Regionale (PTR)-Obiettivo G05.S14.02 (pubblicato il 1 agosto 2013)</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 nonché dei DPGR adottati dal Presidente della Giunta Regionale indicati nella colonna che precede.</p> <p>Fra gli obiettivi prioritari dell'anno in corso dovrà essere compreso, oltre alla puntuale e corretta attuazione locale dei decreti presidenziali indicati nella colonna che precede ed ogni altra disposizione regionale in materia, 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.</p> <p>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.</p>
---	--	--

Budget 2014

Direzione Medica di Presidio e Farmacia Ospedaliera

Le risorse finanziarie assegnate alla direzione medica di presidio e al servizio farmaceutico ospedaliero per l'anno 2013, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con il presente piano, sono stabilite per come indicato nella tabella che segue ed assegnate quale budget complessivo per l'anno in corso. Del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse assegnate ne rispondono rispettivamente il direttore medico del P.O. e il direttore del Servizio farmaceutico del P.O.

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - BUDGET 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	4.250	134	4.383
a) sanitari	623	0	623
b) non sanitari	3.627	133	3.760
2 Acquisti di servizi	392.782	2.791	395.573
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	0	0	0
e) Altre convenzioni	1.539	0	1.539
f) Servizi appaltati	339.607	0	339.607
g) Manutenzioni	3.485	943	4.428
h) Utenze	27.484	0	27.484
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	20.667	1.848	22.515
3 Godimento di beni di terzi	74	2	76
4 Costi del personale	5.407.708	261.611	5.669.319
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	5.757	4.947	10.704
6 Ammortamenti e svalutazioni	71.372	0	71.372
7 Accantonamenti	49.236	0	49.236
8 Imposte e tasse	383.494	0	383.494
B) Oneri finanziari	13.488	11.728	25.216
Totale	6.328.160	281.213	6.609.373

FARMACIA OSPEDALIERA - BUDGET 2014

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	38.344	-96	38.248
a) sanitari	26.010	53	26.063
b) non sanitari	12.334	-149	12.185
2 Acquisti di servizi	29.939	6	29.945
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	0	0	0
e) Altre convenzioni	0	0	0
f) Servizi appaltati	26.436	0	26.436
g) Manutenzioni	0	0	0
h) Utenze	2.428	0	2.428
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	1.074	6	1.080
3 Godimento di beni di terzi	4.948	853	5.801
4 Costi del personale	446.958	22.050	469.008
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	815	969	1.785
6 Ammortamenti e svalutazioni	8.887	0	8.887
7 Accantonamenti	6.131	0	6.131
8 Imposte e tasse	30.848	0	30.848
B) Oneri finanziari	1.423	1.792	3.215
Totale	568.292	25.574	593.866

RIEPILOGO COMPLESSIVO BUDGET 2014

ASSISTENZA OSPEDALIERA

(compreso ospedalità privata accreditata)

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	17.882.875	23.410	17.906.285
<i>a) sanitari</i>	15.779.045	13.387	15.792.432
<i>b) non sanitari</i>	2.103.830	10.024	2.113.853
2 Acquisti di servizi	8.164.341	28.893.555	37.057.897
<i>c) Farmaceutica</i>	0	0	0
<i>d) Medicina di base</i>	256.424	460	256.884
<i>e) Altre convenzioni</i>	323.723	28.829.844	29.153.567
<i>f) Servizi appaltati</i>	6.002.492	0	6.002.492
<i>g) Manutenzioni</i>	832.889	36.724	869.613
<i>h) Utenze</i>	358.250	0	358.250
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	390.563	26.527	417.090
3 Godimento di beni di terzi	495.260	879	496.139
4 Costi del personale	48.792.064	1.957.997	50.750.062
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	150.253	103.095	253.347
6 Ammortamenti e svalutazioni	1.034.343	0	1.034.343
7 Accantonamenti	713.534	0	713.534
8 Imposte e tasse	3.657.272	0	3.657.272
B) Oneri finanziari	390.860	194.527	585.387
Totali	81.280.804	31.173.463	112.454.267

**DIPARTIMENTO AREA AMMINISTRATIVA
E AREA DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA E PIANIFICAZIONE
STRATEGICA**

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
E BUDGET 2014**

ALLEGATO C 4)

**AREA DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE
E DELLE FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA**

- Obiettivi Operativi Specifici 2014 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2014 COLLEGATI AL PIANO DI RIENTRO (Pdr) ED ALLA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRETTORI DI MACROSTRUTTURA DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DEL COMPARTO SIA IN TERMINI DI PERFORMANCE CHE DI RISULTATO (40%)
<p>AREA DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE E DELLE FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nei servizi amministrativi e nell'area delle funzioni strategiche aziendali</p>	<p>Linee generali di intervento</p> <p>Le attività dei servizi amministrativi nonché le attività di supporto strategico per l'indirizzo, la programmazione e il 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione strategica, organizzazione aziendale, programmazione annuale budget e committenza, epidemiologia e statistica sanitaria. - Politiche di bilancio e controllo di gestione. - Politiche di gestione del personale e 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. <p>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 tecnica e amministrativa dell'azienda.</p> <p>Tali funzioni sono attuate dalle strutture organizzative che operano a livello centrale e sono deputate alla conduzione dei seguenti macro-processi aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Committenza gestione e controllo delle prestazioni rese dagli erogatori privati accreditati e istruttoria contratti di acquisto delle prestazioni - Gestione infrastrutture informatiche e sistema informativo - Sviluppo e monitoraggio attività sanitarie, qualità e accreditamento

<p>AREA DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE E DELLE FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA</p>	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nei servizi amministrativi e nell'area delle funzioni strategiche aziendali</p>	<p>Attività azioni e obiettivi specifici</p> <p>Per ciascuna delle strutture organizzative del dipartimento amministrativo e dell'area delle funzioni strategiche aziendali, in relazione alle specifiche competenze e responsabilità a ciascuna attribuite, è assegnato l'obiettivo di assicurare il corretto, efficace ed efficiente svolgimento dei macro-processi sopra delineati nonché di perseguire le seguenti azioni, obiettivi e attività prioritarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rispettare i vincoli economici definiti nel presente piano delle attività aziendale allegato al bilancio economico preventivo 2014; - 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; - 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; - Attuazione definitiva delle procedure di fatturazione elettronica; - Digitalizzazione e archiviazione telematica di almeno il 50% delle posizioni storiche giuridiche del personale dipendente. - Assegnazione della P.E.C. per tutto il personale dirigente medico-veterinario e dell'area SPTA - 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 emanate dall'ufficio Commissariale regionale in materia di tetti di spesa per acquisti di beni e servizi; - Osservare le disposizioni emanate dall'ufficio Commissariale regionale in materia di razionalizzazione e controllo della spesa corrente; - Assicurare la corretta e puntuale attuazione delle disposizioni regionali in materia di programmazione e pianificazione dei piani di acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, socio-sanitaria e di riabilitazione territoriale da privato e provvedere agli atti istruttori relativi alla stipula dei contratti. - Assicurare la corretta e puntuale attuazione delle nuove disposizioni regionali in materia di ALPI di cui al DPCR n. 150/2013.
---	--	---

Budget 2014

Area Servizi Amministrativi

Area della Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento servizi amministrativi e alle strutture delle funzioni strategiche aziendali per l'anno 2014, finalizzate a garantire le attività e le prestazioni previste nonché alla realizzazione degli obiettivi assegnati con il presente piano, sono stabilite per come indicato nella tabella che segue ed assegnate quale budget complessivo del dipartimento e delle strutture centrali per l'anno in corso, del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse complessivamente assegnate ne risponde il direttore del dipartimento amministrativo. Le risorse finanziarie relativi ai costi per assicurare le attività di supporto alla Direzione Generale proprie dell'area delle funzioni strategiche aziendali e della programmazione sanitaria sono complessivamente ricompresi nei costi generali di azienda e ribaltati su tutte le macrostrutture dell'ASP.

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
1 Acquisti di beni	32.563	5.083	37.646
a) sanitari	0	0	0
b) non sanitari	32.563	5.083	37.646
2 Acquisti di servizi	128.639	48.335	176.974
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	0	0	0
e) Altre convenzioni	440	0	440
f) Servizi appaltati	68.375	33.470	101.845
g) Manutenzioni	19.452	2.378	21.830
h) Utenze	10.371	518	10.889
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	30.001	11.968	41.969
3 Godimento di beni di terzi	289.775	82.041	371.816
4 Costi del personale	2.812.733	543.011	3.355.745
5 Costi generali ed oneri diversi di gestione	29.899	21.453	51.352
6 Ammortamenti e svalutazioni	57.711	8.123	65.834
7 Accantonamenti	86.599	12.189	98.787
8 Imposte e tasse	107.107	15.156	122.263
Totali	3.545.026	735.391	4.280.417

**DATI DI ATTIVITA'
E PRINCIPALI INDICATORI
OSPEDALIERI**

ALLEGATO D)

Principali dati di attività

I principali dati di attività anni 2011, 2012 e 2013 articolati per livelli essenziali di assistenza (LEA) sono riportati nelle tabelle che seguono.
Relativamente alle attività territoriali di specialistica ambulatoriale ed a quelle di prevenzione i dati allo stato disponibili sono relativi ai soli anni 2011 e 2012.
Relativamente alle attività ospedaliere sia di ricovero che di specialistica i dati sono relativi agli anni 2011, 2012 mentre i dati 2013 sono stimati sulla base dei dati disponibili al 31.10.2013 per i ricoveri mentre quelli di specialistica sono a consuntivo 2013.

Prevenzione

ASP di Crotona
Attività di prevenzione

	2011		2012	VARIAZIONE
	num.		num.	2012 vs 2011
				%
Lavoratori controllati/esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie	4.047		5.917	46,2%
Indagini per infortuni	8		9	12,5%
Aziende interessate	850		780	-8,2%
Aziende con interventi di vigilanza	97		196	102,1%
Indagini epidemiologiche	104		30	-71,2%
Campagne di screening	2		2	0,0%
Residenti vaccinati	1.653		1.623	-1,8%
Pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	32		37	15,6%
Pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	32		37	15,6%

N.B. Dati 2013 non ancora disponibili

Assistenza Territoriale

ASP di Crotone
Attività Specialistiche ambulatoriali

	2011		2012	
	n. Totale	n. prestazioni equivalenti	n. Totale	n. prestazioni equivalenti
AMBULATORIO CACCURI	205	732	221	785
AMBULATORIO SPEC.CO SAN MAURO MARCHESATO			658	2.068
POLIAMBULATORIO CASABONA	2.168	8.848	2.343	7.556
POLIAMBULATORIO CIRO'	2.617	8.784	3.004	9.939
POLIAMBULATORIO CIRO' MARINA	269.563	339.928	267.522	394.437
POLIAMBULATORIO CORSO MESSINA	43.467	147.674	43.070	147.163
POLIAMBULATORIO COTRONEI	2.780	9.871	2.887	10.128
POLIAMBULATORIO CUTRO'	7.556	23.207	8.026	30.935
POLIAMBULATORIO ISOLA C.R.	5.883	19.392	6.039	25.645
POLIAMBULATORIO MELISSA	363	1.453	323	1.293
POLIAMBULATORIO MESORACA	176.780	339.470	181.888	357.227
STRUTTURA DI ROCCABERNARDA	1.117	2.875	1.654	4.534
STRUTTURA PETILIA POLICASTRO	4.000	13.562	3.387	11.511
POLIAMBULATORIO STRONGOLI	2.162	8.410	2.630	9.109
POLIAMB. P.O. DI CROTONE	282.800	2.171.594	861.058	4.091.545
TOTALE ASP	801.462	3.093.800	1.384.720	5.103.875

ASP di Crotone
Attività Specialistiche ambulatoriali

	2011		2012		VARIAZIONE 2012 vs 2011	
	n. Totale	n. prestazioni equivalenti	n. Totale	n. prestazioni equivalenti	n. Totale	n. prestazioni equivalenti
AMBULATORIO CACCURI	205	732	221	785	7,8%	7,2%
AMBULATORIO SPEC.CO SAN MAURO MARCHESATO			658	2.068		
POLIAMBULATORIO CASABONA	2.168	8.848	2.343	7.556	8,0%	10,3%
POLIAMBULATORIO CIRO'	2.617	8.784	3.004	9.939	14,8%	13,1%
POLIAMBULATORIO CIRO' MARINA	269.563	339.928	267.522	394.437	-0,8%	16,0%
POLIAMBULATORIO CORSO MESSINA	43.467	147.674	43.070	147.163	-0,9%	-0,3%
POLIAMBULATORIO COTRONEI	2.780	9.871	2.887	10.128	3,8%	2,5%
POLIAMBULATORIO CUTRO'	7.556	23.207	8.026	30.935	6,2%	33,3%
POLIAMBULATORIO ISOLA C.R.	5.883	19.392	6.039	25.645	2,7%	32,2%
POLIAMBULATORIO MELISSA	363	1.453	323	1.293	-11,0%	-11,0%
POLIAMBULATORIO MESORACA	176.780	339.470	181.888	357.227	2,9%	5,2%
STRUTTURA DI ROCCABERNARDA	1.117	2.875	1.654	4.534	49,0%	57,7%
STRUTTURA PETILIA POLICASTRO	4.000	13.562	3.387	11.511	-15,3%	-15,1%
POLIAMBULATORIO STRONGOLI	2.162	8.410	2.630	9.109	21,6%	8,5%
POLIAMB. P.O. DI CROTONE	282.800	2.171.594	861.058	4.091.545	204,5%	88,4%
TOTALE ASP	801.462	3.093.800	1.384.720	5.103.875	72,8%	65,0%

N.B. Dati 2013 non ancora disponibili

Assistenza Ospedaliera**U.O. CARDIOLOGIA**

Personale (Comprende UTIC)	2011	2012	2013
Dirigenza			14
Comparto			35
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			49

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	1.177	1.055	1.218	-10,4	15,5
Tasso di occupazione p.l.	86,2	80,0	102,6	-7,2	28,3
Degenza media	7,0	7,2	7,2	3,9	0,3
Peso relativo medio casi trattati	0,9643	0,9840	1,0060	2,0	2,2
Indice case mix	1,1877	1,1855	1,1767	-0,2	-0,7
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari	3.507.172	3.123.992	2.998.037	-10,9	-4,0

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	106	135	75	27,4	-44,4
Numero accessi	379	533		40,6	-100,0
Tasso di occupazione	26,5	42,4		60,2	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,8973	0,9655	0,9610	7,6	-0,5
Indice case mix	1,1638	1,2484	1,3395	7,3	7,3
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH	291.370	360.748		23,8	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni	16.937	16.768	16.286	-1,0	-2,9
Numero medio prestazioni giornaliere	56,5	55,9	54,3	-1,0	-2,9
Valore della produzione ambulatoriale (€)	432.118	429.099	416.843	-0,7	-2,9

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze	5.177	4.120	3.450	-20,4	-16,3
Numero altre prestazioni per interni	21.532	16.330	16.012	-24,2	-1,9
Valore della produzione per interni (€)	454.874	462.865	420.850	1,8	-9,1

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Totale valore della produzione (€)	4.230.660	3.913.839	3.414.881	-7,5	-12,7

U.T.I.C.

Personale	2011*	2012	2013
Dirigenza			
Comparto			
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	^ 2013 (STIMA)	Δ ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	222	247	251	11,3	1,6
Tasso di occupazione p.l.	20,9	21,8		4,3	-100,0
Degenza media	2,8	2,6		-5,8	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,9937	0,9691	1,0674	-2,5	10,1
Indice case mix	1,2239	1,1675	1,2486	-4,6	6,9
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari	338.388	360.812	372.730	6,6	3,3

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi					
Numero accessi					
Tasso di occupazione					
Peso relativo medio casi trattati					
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH					

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni					
Numero medio prestazioni giornaliere					
Valore della produzione ambulatoriale (€)					

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze					
Numero altre prestazioni per interni					
Valore della produzione per interni (€)					

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Totale valore della produzione (€)	338.388	360.812	372.730	6,6	3,3

* n.b.: il personale è ricompreso nell'U.O. di Cardiologia

U.O. GERIATRIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			9
Comparto			21
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			30

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	1.097	861	722	-21,5	-16,1
Valore DRG prodotti	2.677.526	2.102.646	2.279.928	-21,5	8,4
Tasso di occupazione p.l. (^)	162,8	103,1	104,0	-36,7	0,9
Degenza media	10,8	8,8	9,8	-19,0	12,0
Peso relativo medio casi trattati	0,9739	1,0027	1,0353	3,0	3,3
Indice case mix	1,1995	1,2080	1,2110	0,7	#RIF!
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	333	347	123	4,2	-64,6
Numero accessi	1.551	1.605		3,5	-100,0
Valore DRG prodotti	390.482	397.080		1,7	-100,0
Tasso di occupazione	123,9	127,8		3,2	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,7834	0,8048	0,7564	2,7	-6,0
Indice case mix	1,016	1,0305	1,0544	1,4	#RIF!
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	902	2.674	2.342	196,5	-12,4
Numero medio prestazioni giornaliere	3,01	8,91	7,81	196,5	-12,4
Valore delle prestazioni erogate	41.925	57.739	44.130	37,7	-23,6

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	106	422	431	298,1	2,1
Numero altre prestazioni per interni	0	0			#DIV/0!
Valore della produzione per interni (€)	2.190	9.132	19.615	317,0	114,8

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	3.109.932	2.557.465	2.324.058	-17,8	-9,1

U.O. MALATTIE INFETTIVE

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			4
Comparto			11
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			15

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	177	191	235	7,9	23,0
Tasso di occupazione p.l. (^)	38,5	42,1	57,3	9,6	36,0
Degenza media	11,9	12,1	9,8	1,9	-18,9
Peso relativo medio casi trattati	0,9873	1,0633	1,0099	7,7	-5,0
Indice case mix	1,2159	1,2811	1,1813	5,4	-7,8
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari	465.112	553.072	658.134	18,9	19,0

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	46	41	58	-10,9	41,5
Numero accessi	227	134		-41,0	-100,0
Tasso di occupazione	14,5	8,5		-41,1	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	1,2159	1,2447	1,2184	2,4	-2,1
Indice case mix	1,577	1,5938	1,6983	1,1	6,6
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH	66.952	39.712		-40,7	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	400	446	424	11,5	-4,9
Numero medio prestazioni giornaliere	1,3	1,5	1,4	11,5	-4,9
Valore della produzione ambulatoriale	8.264	9.214	8.760	11,5	-4,9

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	533	573	711	7,5	24,1
Numero altre prestazioni per interni				#DIV/0!	#DIV/0!
Valore della produzione per interni (€)	11.012		33.047	-100,0	#DIV/0!

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	540.327	601.999	666.894	11,4	10,8

U.O. MEDICINA GENERALE

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			11
Comparto			19
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			30

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	1.379	1.412	1.200	2,4	-15,0
Tasso di occupazione p.l. (^)	86,7	82,1	99,1	-5,3	20,7
Degenza media	13,3	12,4	9,4	-7,2	-24,3
Peso relativo medio casi trattati	0,9718	0,9681	0,9369	-0,4	-3,2
Indice case mix	1,1969	1,1663	1,0959	-2,6	-6,0
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari	3.427.509	3.443.897	2.984.234	0,5	-13,3

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	0	91	24		-73,6
Numero accessi		375			-100,0
Tasso di occupazione p.l.		19,9			-100,0
Peso relativo medio casi trattati		0,7838			-100,0
Indice case mix		1,0036			-100,0
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH		103.814			-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni	1.044	1.162	1.844	11,3	58,7
Numero medio prestazioni giornaliere	3,5	3,9	6,1	11,3	58,7
Valore della produzione ambulatoriale	22.115	22.923	43.409	3,7	89,4

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze	144	149	201	3,5	34,9
Numero altre prestazioni per interni	-	-			#VALORE!
Valore della produzione per interni (€)	6.671	6.926	9.142	3,8	32,0

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Totale valore della produzione (€)	3.449.625	3.570.634	3.027.643	3,5	-15,2

U.O. NEFROLOGIA E DIALISI

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			9
Comparto			38
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			47

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	380	337	387	-11,3	14,8
Tasso di occupazione p.l. (^)	130,0	110,3		-15,2	-100,0
Degenza media	10,0	9,6		-4,1	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	1,1656	1,1948	1,1954	2,5	0,1
Indice case mix	1,4356	1,4394	1,3983	0,3	-2,9
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari	1.186.831	1.037.579	1.360.246	-12,6	31,1

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	321	238	257	-25,9	8,0
Numero accessi	1.450	1.206		-16,8	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	231,6	192,0		-17,1	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,7798	0,8294	1,0294	6,4	24,1
Indice case mix	1,0114	1,0621	1,4350	5,0	35,1
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH	400.781	342.744		-14,5	-100,0

Attività di spec. Ambulatoriale^	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni (^comprende le attività di dialisi su 19 PR)	34.566	32.924	48.267	-4,8	46,6
Numero medio prestazioni giornaliere	115,2	109,7	160,9	-4,8	46,6
Valore della produzione ambulatoriale	2.641.235	2.337.595	2.785.414	-11,5	19,2
Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	378	347	426	-8,2	22,8
Numero altre prestazioni per interni	151	118	565	-21,9	378,8
Valore della produzione per interni (€)	27.253	34.439	34.564	26,4	0,4
Totale valore della produzione (€)	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
	4.228.847	3.717.918	4.145.660	-12,1	11,5

U.O. NEUROLOGIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			3
Comparto			2
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			5

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	0	0	0		#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					
Degenza media					
Peso relativo medio casi trattati					
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari	0	0	0		

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	84	109	123	29,8	12,8
Numero accessi	388	416		7,2	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	41,3	43,2		4,6	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,7932	0,7432	0,8067	-6,3	8,5
Indice case mix	1,0288	0,9516	1,1244	-7,5	18,2
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH	92.708	100.030		7,9	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	20.714	20.957	20.759	1,2	-0,9
Numero medio prestazioni giornaliere	69,0	69,9	69,2	1,2	-0,9
Valore della produzione ambulatoriale	325.885	268.708	269.138	-17,5	0,2
Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	2.836	2.541	2.627	-10,4	3,4
Numero altre prestazioni per interni	4.390	4.691	4.841	6,9	3,2
Valore della produzione per interni (€)	139.531	204.660	122.103	46,7	-40,3

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	418.593	368.738	269.138	-11,9	-27,0

U.O. ONCOLOGIA MEDICA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			7
Comparto			13
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			20

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario*	2011	^2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	0	11	311		
Tasso di occupazione p.l.		2,1			
Degenza media		7,1	15,1		
Peso relativo medio casi trattati		1,7169	1,0862		
Indice case mix		2,0685	1,2705		
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari		67.696	931.184		

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	753	824	907	9,4	10,1
Numero accessi	11.739	11.675		-0,5	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	375,1	371,8		-0,9	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,8398	0,8293	0,8478	-1,3	2,2
Indice case mix	1,0893	1,0619	1,1817	-2,5	11,3
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH	4.575.269	4.519.266		-1,2	-100,0
Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni	2.695	4.301	4.165	59,6	-3,2
Numero medio prestazioni giornaliere	9,0	14,3	13,9	59,6	-3,2
Valore della produzione ambulatoriale	90.314	133.461	132.597	47,8	-0,6

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze	150	231	222	54,0	-3,9
Numero altre prestazioni per interni	0	0	0		#DIV/0!
Valore della produzione per interni (€)	3.099	10.737	10.319	246,5	-3,9

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Totale valore della produzione (€)	4.665.583	4.720.422	1.063.781	1,2	-77,5

^Inizio attività di ricovero ordinario: dicembre 2012

U.O. CHIRURGIA GENERALE

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			16
Comparto			22
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			38

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	2.004	1.537	1.506	-23,3	-2,0
Tasso di occupazione p.l.	77,0	57,9	90,4	-24,8	56,0
Degenza media	6,7	6,6	7,4	-1,6	11,8
Peso relativo medio casi trattati	0,7973	0,8829	0,8644	10,7	-2,1
Indice case mix	0,9819	1,0637	1,0111	8,3	-4,9
Degenza media preoperatoria	5,5	4,8			
% interventi chir. (Indice operatorio)	17,7	27,3			
% casi chirurgici	13,9	22,0			
Valore della produzione ricoveri ordinari	3.687.858	3.129.572	3.150.472	-15,1	0,7

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	116	20	12	-82,8	-40,0
Numero accessi	242	39		-83,9	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	8,59	1,38		-83,9	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,6195	0,6621	0,6197	6,9	-6,4
Indice case mix	0,8035	0,8478	0,8638	5,5	1,9
Casi chirurgici	14	1			
% casi chirurgici	12,1	5,0			
Valore della produzione ricoveri DH	68.760	10.120		-85,3	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	5.160	3.983	4.442	-22,8	11,5
Numero medio prestazioni giornaliere	17,2	13,3	14,8	-22,8	11,5
Valore della produzione ambulatoriale	61.921	47.458	59.111	-23,4	24,6
Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	2.799	3.133	3.470	11,9	10,8
Numero altre prestazioni per interni	369	358	392	-3,0	9,5
Valore della produzione per interni (€)	133.359	148.627	164.586	11,4	10,7

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	3.818.539	3.187.151	3.209.583	-16,5	0,7

U.O. OCULISTICA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			4
Comparto			12
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			16

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	204	98	0	-52,0	-100,0
Tasso di occupazione p.l. (^)	33,5	13,6		-59,5	
Degenza media	6,0	5,1		-15,5	
Peso relativo medio casi trattati	0,6543	0,6697		2,4	
Indice case mix	0,8059	0,8068		0,1	
Degenza media preoperatoria	3,2	1,6		-50,9	
% interventi chir. (Indice operatorio)	14,7	31,6		115,0	
% casi chirurgici	13,7	29,6		115,5	
Valore della produzione ricoveri ordinari	314.857	135.190	0	-57,1	-100,0

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	591	405	451	-31,5	11,4
Numero accessi	1.791	1426		-20,4	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	118,2	90,83		-23,2	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,7534	0,7519	0,7378	-0,2	-1,9
Indice case mix	0,9771	0,9628	1,0284	-1,5	6,8
Casi chirurgici	293	231		-21,2	#RIF!
% casi chirurgici	49,6	57,0		15,0	#RIF!
Valore della produzione ricoveri DH	470.186	368.621		-21,6	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni	7.025	6.508	6.766	-7,4	4,0
Numero medio prestazioni giornaliere	23,4	21,7	22,6	-7,4	4,0
Valore della produzione ambulatoriale	751.786	688.316	813.764	-8,4	18,2

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze	4.422	3.567	3.351	-19,3	-6,1
Numero altre prestazioni per interni	1.943	1.654	1.577	-14,9	-4,7
Valore della produzione per interni (€)	107.841	84.246	165.404	-21,9	96,3

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Totale valore della produzione (€)	1.536.829	1.192.127	813.764	-22,4	-31,7

Nota: Attività di ricovero sospesa a far data dall' 1.10.2012.

U.O. ORTOPEDIA E TRAUM.

Personale (comprende personale S. Gessi)	2011	2012	2013
Dirigenza			12
Comparto			27
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			36

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario*	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	1.163	1.009	1.000	-13,2	-0,9
Tasso di occupazione p.l.	66,7	64,5	54,8	-3,2	-15,0
Degenza media	5,9	6,6	6,4	11,8	-2,9
Peso relativo medio casi trattati	1,0080	1,0848	1,0858	7,6	0,1
Indice case mix	1,2415	1,3069	1,2701	5,3	-2,8
Degenza media preoperatoria	3,5	3,6		2,0	#RIF!
% interventi chir. (Indice operatorio)	72,4	76,8		6,1	#RIF!
% casi chirurgici	52,6	60,0		13,9	#RIF!
Valore della produzione ricoveri ordinari	3.042.018	2.856.718	3.103.367	-6,1	8,6

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	55	100	151	81,8	51,0
Numero accessi	56	127		126,8	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	4,47	10,11		126,2	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,8163	0,8513	0,8421	4,3	-1,1
Indice case mix	1,0587	1,0901	1,1738	3,0	7,7
Casi chirurgici	50	86		72,0	#RIF!
% casi chirurgici	90,9	86,0		-5,4	#RIF!
Valore della produzione ricoveri DH	51.679	96.188		86,1	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	17.110	15.887	13.210	-7,1	-16,9
Numero medio prestazioni giornaliere	57,0	53,0	44,0	-7,1	-16,9
Valore della produzione ambulatoriale	254.171	235.477	229.294	-7,4	-2,6

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	7.928	7.646	6.678	-3,6	-12,7
Numero altre prestazioni per interni	3.707	3.731	3.125	0,6	-16,2
Valore della produzione per interni (€)	226.411	411.097	363.825	81,6	-11,5

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	3.347.868	3.188.382	3.332.661	-4,8	4,5

U.O. OTORINOLARINGOIATRIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			12
Comparto			5
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			17

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ2012-2011	Δ2013-2012
Casi dimessi	1.060	584	1	-44,9	-99,8
Tasso di occupazione p.l. (^)	130,1	67,1		-48,4	
Degenza media	4,5	4,2		-6,0	
Peso relativo medio casi trattati	0,6918	0,7090		2,5	
Indice case mix	0,8521	0,8542		0,2	
Degenza media preoperatoria	1,7	1,6		-6,6	
% interventi chir. (Indice operatorio)	39,3	42,8		9,1	
% casi chirurgici	31,4	33,2		5,7	
Valore della produzione ricoveri ordinari	1.734.990	963.631	1.081	-44,5	-99,9

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ2012-2011	Δ2013-2012
Casi dimessi	449	522	791	16,3	51,5
Numero accessi	1.317	1.763		33,9	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	74,83	93,58		25,1	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,664	0,7214	0,8153	8,6	13,0
Indice case mix	0,8613	0,9237	1,1364	7,2	23,0
Casi chirurgici	156	213		36,5	#RIF!
% casi chirurgici	34,74	40,8		17,4	#RIF!
Valore della produzione ricoveri DH	330.033	441.709		33,8	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	^2012	^2013	Δ2012-2011	Δ2013-2012
Numero prestazioni	2.108	9.291	9.192	340,7	-1,1
Numero medio prestazioni giornaliere	7,0	31,0	30,6	340,7	-1,1
Valore della produzione ambulatoriale	41.617	140.058	151.837	236,5	8,4

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	^2012	^2013	Δ2012-2011	Δ2013-2012
Numero Visite/Consulenze	2.843	2.312	2.786	-18,7	20,5
Numero altre prestazioni per interni	30	548		1726,7	-100,0
Valore della produzione per interni (€)	59.165	113.746	129.455	92,3	13,8

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ2012-2011	Δ2013-2012
Totale valore della produzione (€)	2.106.640	1.545.399	152.918	-26,6	-90,1

Nota: Attività di ricovero sospesa a far data dall' 1.10.2012

^Ricomprensive le attività realizzate dal personale già appartenente all'U.O. di Audiologia

U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Personale (Comprende personale S. Parto)	2011	2012	2013
Dirigenza			11
Comparto			35
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			46

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	2.306	2.152	2.017	-6,7	-6,3
Valore DRG prodotti	3.697.807	3.367.508	2.870.096	-8,9	-14,8
Tasso di occupazione p.l.	79,24	69,15	70,60	-12,7	2,1
Degenza media	4,01	3,76	3,45	-6,2	-8,2
Peso relativo medio casi trattati	0,5457	0,5446	0,5363	-0,2	-1,5
Indice case mix	0,6722	0,6561	0,6274	-2,4	#RIF!
Degenza media preoperatoria	1,69	1,73		2,4	#RIF!
% interventi chir. (Indice operatorio)	40,8	40,9		0,4	#RIF!
% casi chirurgici	34,7	34,1		-1,8	-100,0

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	693	659	762	-4,9	15,6
Numero accessi	1.924	1.897		-1,4	-100,0
Valore DRG prodotti	555.937	540.637		-2,8	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	102,45	100,69		-1,7	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,4998	0,5012	0,5169	0,3	3,1
Indice case mix	0,6483	0,6418	0,7205	-1,0	#RIF!
Casi chirurgici	285	231		-18,9	#RIF!
% casi chirurgici	41,1	35,1		-14,8	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	13.193	12.576	16.609	-4,7	32,1
Numero medio prestazioni giornaliere	44,0	41,9	55,4	-4,7	32,1
Valore delle prestazioni erogate		244.282	319.805	#DIV/0!	30,9
Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	4.137	3.676	3.273	-11,1	-11,0
Numero altre prestazioni per interni	5.136	5.485	5.473	6,8	-0,2
Valore della produzione per interni (€)		317.268	310.285	#DIV/0!	-2,2

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	4.253.744	4.152.428	3.189.901	-2,4	-23,2

Parti	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale n. parti	1.425	1.341	1.301	-5,9	-3,0
Totale n. TC	545	484	324	-11,2	-33,1
nTC/nP %	38,2	36,1	24,9	-5,6	-31,0

U.O. NEONATOLOGIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			6
Comparto			19
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			25

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario [^]	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	1.494	1.450	1.279	-2,9	-11,8
Valore DRG prodotti	1.929.085	1.656.872		-14,1	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	278,6	251,8		-9,6	-100,0
Degenza media	4,1	3,8	3,3	-6,6	-12,9
Peso relativo medio casi trattati	0,9303	0,6703	0,7053	-27,9	5,2
Indice case mix	1,1458	0,8075	0,825		
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	90	72	58	-20,0	-19,4
Numero accessi	328	204		-37,8	-100,0
Valore DRG prodotti	81.057	50.554		-37,6	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	52,4	32,5		-38,0	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	2,9594	2,9656		0,2	-100,0
Indice case mix	3,8385	3,7974		-1,1	#RIF!
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	2.433	1.670	1.491	-31,4	-10,7
Numero medio prestazioni giornaliere	8,1	5,6	5,0	-31,4	-10,7
Valore delle prestazioni erogate	99.051	65.538	58.236	-33,8	-11,1

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	220	264	293	20,0	11,0
Numero altre prestazioni per interni	0	0	0		#DIV/0!
Valore della produzione per interni (€)	4.545	12.271	13.619	170,0	11,0

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	2.109.192	1.772.964		-15,9	-100,0

[^] Il dato comprende le attività riferite al "Nido".

U.O. PEDIATRIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			9
Comparto			15
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			24

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	1.010	884	862	-12,5	-2,5
Valore DRG prodotti	1.157.201	1.035.082		-10,6	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	93,1	84,6		-9,1	-100,0
Degenza media	3,4	3,5	3,5	4,2	-0,6
Peso relativo medio casi trattati	0,4398	0,4453	0,4387	1,3	-1,5
Indice case mix	0,5406	0,5365	0,5131	-0,8	-4,4
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	218	187	209	-14,2	11,8
Numero accessi	603	522		-13,4	-100,0
Valore DRG prodotti	173.624	144.378		-16,8	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	48,2	41,6		-13,7	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,5313	0,5240	0,5353	-1,4	2,2
Indice case mix	0,6891	0,671	0,7462	-2,6	11,2
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2.013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni	1.702	1.618	1.603	-4,9	-0,9
Numero medio prestazioni giornaliere	5,7	5,4	5,3	-4,9	-0,9
Valore delle prestazioni erogate	40.847	40.302	38.937	-1,3	-3,4

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2.013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze	4.941	4.329	4.648	-12,4	7,4
Numero altre prestazioni per interni	0	0	0		#DIV/0!
Valore della produzione per interni (€)	229.658	214.180	216.039	-6,7	0,9

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Totale valore della produzione (€)	1.371.672	1.219.761		-11,1	-100,0

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			13
Comparto			18
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			31

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	327	273	327	-16,5	19,8
Valore DRG prodotti	702.434	592.533	548.348	-15,6	-7,5
Tasso di occupazione p.l.	61,1	50,2	62,9	-17,9	25,4
Degenza media	9,6	9,4	9,9	-1,5	4,7
Peso relativo medio casi trattati				#DIV/0!	#DIV/0!
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi	75	75		0,0	-100,0
Numero accessi	609	561		-7,9	-100,0
Valore DRG prodotti	120.262	105.094		-12,6	-100,0
Tasso di occupazione p.l.	97,3	89,3		-8,2	-100,0
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni	691	810	882	17,2	8,9
Numero medio prestazioni giornaliere	2,30	2,70	2,94	17,2	8,9
Valore delle prestazioni erogate	11.111	12.912	13.768	16,2	6,6

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze	2.016	1.642	1.435	-18,6	-12,6
Numero altre prestazioni per interni	0	0	0		#DIV/0!
Valore della produzione per interni (€)	26.027	76.320	66.699	193,2	-12,6

	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Totale valore della produzione (€)	833.807	710.539		-14,8	-100,0

U.O. ANATOMIA PATOLOGICA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			4
Comparto			11
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			15

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0!
Degenza media					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Numero accessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	51.943	52.866	46.192	1,8	-12,6
Numero medio prestazioni giornaliere	173,1	176,2	154,0	1,8	-12,6
Valore delle prestazioni erogate	861.195	871.566	935.274	1,2	7,3

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	0	0	0		#DIV/0!
Numero altre prestazioni per interni	15.408	15.801	10.919	2,6	-30,9
Valorizzazione della produzione per interni (€)	305.388	340.207	270.980	11,4	-20,3

	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero complessivo prestazioni	67.351	68.667	57.111	2,0	-16,8
Valore complessivo della produzione	861.195	871.566	935.274	1,2	

U.O. LABORATORIO ANALISI

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			8
Comparto			26
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			34

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Attività di spec. Ambulatoriale per Interni	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	1.552.765	1.125.777	1.262.349	-27,5	12,1
Numero medio prestazioni giornaliere	5.176	3.753	4.208	-27,5	12,1
Valore delle prestazioni erogate			3.169.360	#DIV/0!	#DIV/0!

Attività di spec. Ambulatoriale per Esterni	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	393.866	493.942	246.256	25,4	-50,1
Numero medio prestazioni giornaliere	1.125	1.411	704	25,4	-50,1
Valore delle prestazioni erogate			567.058		

	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Valore complessivo della produzione per esterni	0			#DIV/0!	#DIV/0!

Ultimo aggiornamento 11.6.12

U.O. MEDICINA NUCLEARE

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			3
Comparto			5
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			8

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0!
Degenza media					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Numero accessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	2.596	2.379	2.450	-8,4	3,0
Numero medio prestazioni giornaliere	8,7	7,9	8,2	-8,4	3,0
Valore delle prestazioni erogate	346.041	225.504	252.870	-34,8	12,1

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	0	0	0		#DIV/0!
Numero altre prestazioni per interni	427	380	388	-11,0	2,1
Valorizzazione della produzione per interni (€)	64.324	51.433	46.284	-20,0	-10,0

	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero complessivo prestazioni	3.023	2.759	2.838	-8,7	2,9
Valore complessivo della produzione	346.041	225.504	252.870	-34,8	12,1

U.O. RADIOLOGIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			12
Comparto			41
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			53

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Attività per interni	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Rx tradizionale	55.004	49.108	49.410	-10,7	0,6
TAC	9.127	9.452	10.216	3,6	8,1
ECO	2.822	2.610	2.430	-7,5	-6,9
RMN	962	965	988	0,3	2,4
Senologia	25	24	29	-4,0	20,8
Numero totale prestazioni per interni	67.940	62.159	63.073	-8,5	1,5
Controvalore delle prestazioni erogate (€)	2.946.188	2.843.528		-3,5	#RIF!

Attività per esterni	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Rx tradizionale	14.718	13.777	11.854	-6,4	-14,0
TAC	4.831	5.450	4.779	12,8	-12,3
ECO	5.810	6.314	5.997	8,7	-5,0
RMN	3.318	3.258	2.920	-1,8	-10,4
Senologia	10.735	12.239	12.085	14,0	-1,3
Numero totale prestazioni per esterni	39.412	41.038	37.635	4,1	- 8,3
Controvalore delle prestazioni erogate (€)	2.025.282	2.160.960		6,7	#RIF!

Screening Mammografico	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Mammografie di screening		362	1.812		400,6

	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Valore complessivo della produzione	2.025.282	2.160.960		6,7	-100,0

U.O. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			7
Comparto			15
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			22

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale unità raccolte sangue intero	6.264	6.747		7,7	-100,0
nel Centro	3.050	3.095		1,5	-100,0
all'esterno	3.214	3.652		13,6	-100,0
Lavorazioni effettuate	12.737			-100,0	#DIV/0!
Prodotti finali da frazionamento	6.109			-100,0	#DIV/0!
Unità distribuite	7.853	6.418		-18,3	#RIF!
Aferesi produttiva PPP (n. procedure)	208	149		-28,4	#RIF!
Aferesi produttiva PLT (n. procedure)	23	0		-100,0	#DIV/0!
Totale "Unità plasma" prodotte	6.387	5.649		-11,6	#RIF!
Totale "Unità plasma" inviate al frazionamento industriale	6.175	5.649		-8,5	$\Delta_{2013-2012}$
Autotrasfusione	176	123		-30,1	-100,0
Salassi terapeutici		122		#DIV/0!	-100,0
Attività diagnostica di laboratorio (per Donatori)	165.977	185.599		11,8	-100,0
Attività diagnostica di laboratorio (per Esterni)	7.413	6.409		-13,5	-100,0
Attività diagnostica di laboratorio (per Interni)	81.635	79.062		-3,2	-100,0

I dati riportati sono stati desunti dal Registro Nazionale e dal Registro Sangue e Plasma

U.O. GASTROENTEROLOGIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			4
Comparto			6
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			10

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					# DIV/0
Valore DRG prodotti					# DIV/0
Tasso di occupazione p.l.					# DIV/0
Degenza media					# DIV/0
Peso relativo medio casi trattati					# DIV/0
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	158	137	127	-13,3	-7,3
Numero accessi	359	330		-8,1	-100,0
Valore DRG prodotti	107.608	90.655		-15,8	-100,0
Tasso di occupazione	114,7	105,1		-8,4	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,8753	0,8473	1,0825	-3,2	27,8
Indice case mix	1,1353	1,0849	1,509	-4,4	39,1
Casi chirurgici	14	7		-50,0	-100,0
% casi chirurgici	8,9	5,1		-42,3	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011°	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	14.803	15.776	15.873	6,6	0,6
Numero medio prestazioni giornaliere	49,3	52,6	52,9	6,6	0,6
Valore delle prestazioni erogate	553.093	565.114	723.356	2,2	28,0
Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	302	236	271,0	-21,9	14,8
Numero altre prestazioni per interni	2.651	2.218	2199	-16,3	-0,9
Valorizzazione della produzione per interni (€)	113.797	101.151	122.486	-11,1	21,1
Altre prestazioni complesse ^{^*}	125	n.i.	246		
Valore complessivo della produzione	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
	660.701	655.769	723.356	-0,7	10,3

[^]: Prestazioni, rese a favore di pazienti ricoverati, che per complessità ed indicazione non sono erogabili in regime di ricovero e, per questo, non sono comprese nel Nomenclatore Tariffario.

Conseguentemente, non sono monetizzabili perché ricomprese nella tariffa DRG attribuita all'U.O. dalla quale è stato dimesso il paziente.

Per il 2009 l'informazione è compresa nel numero di prestazioni per interni.

U.O. FISIOKINESITERAPIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			2
Comparto			17
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			19

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0
Valore DRG prodotti					#DIV/0
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0
Degenza media					#DIV/0
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0
Numero accessi					#DIV/0
Valore DRG prodotti					#DIV/0
Tasso di occupazione					#DIV/0
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	18.122	17.095	20.138	-5,7	17,8
Numero medio prestazioni giornaliere	60,4	57,0	67,1	-5,7	17,8
Valore delle prestazioni erogate	160.179	102.823	130.652	-35,8	27,1
Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011^	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	464	464	1.591	0,0	242,9
Numero altre prestazioni per interni	6.799	11.107	9.174	63,4	-17,4
Valorizzazione della produzione per interni (€)	88.967	165.634	101.229	86,2	-38,9

	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero complessivo prestazioni	25.385	28.666	30.903	12,9	7,8
Valore complessivo della produzione	160.179	102.823	130.652	-35,8	27,1

U.O. DERMATOLOGIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			2
Comparto			3
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			5

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0!
Degenza media					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Numero accessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	9.906	9.159	11.003	-7,5	20,1
Numero medio prestazioni giornaliere	33,0	30,5	36,7	-7,5	20,1
Valore delle prestazioni erogate	139.334	120.028	150.042	-13,9	25,0

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	495	487	482	-1,6	-1,0
Numero altre prestazioni per interni					#DIV/0!
Valorizzazione della produzione per interni (€)	22.994	7.576	22.403	-67,1	195,7

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero complessivo prestazioni	10.401	9.646	11.485	-7,3	19,1
Valore complessivo della produzione	139.334	120.028	150.042	-13,9	25,0

U.O. Semplice di FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			2
Comparto			1
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			3

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0!
Degenza media					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Numero accessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. Ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	2.780	2.746	4.357	-1,2	58,7
Numero medio prestazioni giornaliere	9,3	9,2	14,5	-1,2	58,7
Valore delle prestazioni erogate	60.149	61.111	112.314	1,6	83,8

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	140	147	124	5,0	-15,6
Numero altre prestazioni per interni	235	165	192	-29,8	16,4
Valorizzazione della produzione per interni (€)	8.340	9.700	11.498	16,3	18,5

	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero complessivo prestazioni	3.155	3.058	4.673	-3,1	52,8
Valore complessivo della produzione	60.149	61.111	112.314	1,6	83,8

U.O. Semplice di ANGIOLOGIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			2
Comparto			1
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			3

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0!
Degenza media					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Casi dimessi					#DIV/0!
Numero accessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero prestazioni	6.043	6.011	6.532	-0,5	8,7
Numero medio prestazioni giornaliere	20,1	20,0	21,8	-0,5	8,7
Valore delle prestazioni erogate	208.152	241.140	221.964	15,8	-8,0

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero Visite/Consulenze	6	18	35	200,0	94,4
Numero altre prestazioni per interni	1.456	1.150	979	-21,0	-14,9
Valorizzazione della produzione per interni (€)	61.873	50.532	43.648	-18,3	-13,6

	2011	2012	2013	Δ₂₀₁₂₋₂₀₁₁	Δ₂₀₁₃₋₂₀₁₂
Numero complessivo prestazioni	7.505	7.179	7.546	-4,3	5,1
Valore complessivo della produzione	208.152	241.140	221.964	15,8	-8,0

U.O. MICROCITEMIA

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			3
Comparto			4
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			7

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	0	0			#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0!
Degenza media					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					#DIV/0!
% interventi chirurgici					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri ordinari					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi	138	147	166	6,5	12,9
Numero accessi	4.005	3.973		-0,8	-100,0
Tasso di occupazione	159,9	158,2		-1,1	-100,0
Peso relativo medio casi trattati	0,8132	0,8117	0,7934	-0,2	-2,3
Indice case mix	1,0548	1,0496	1,1059	-0,5	5,4
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					
Valore della produzione ricoveri DH	1.134.039	1.128.439		-0,5	-100,0

Attività di spec. ambulatoriale	2011	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	350	320	298	-8,6	-6,9
Numero medio prestazioni giornaliere	1,2	1,1	1,0	-8,6	-6,9
Valore della produzione ambulatoriale	5.385	3.229	2.995	-40,0	-7,2

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	^2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	2	5	9	150,0	80,0
Numero altre prestazioni per interni	356	139	853	-61,0	513,7
Valore della produzione per interni (€)	4.078	1.933	10.669	-52,6	451,9

	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Totale valore della produzione (€)	1.139.424	1.131.668	2.995	-0,7	-99,7

U.O. DIABETOLOGIA E MAL. RICAMBIO

Personale	2011	2012	2013
Dirigenza			3
Comparto			5
Lavoro somministrato			
Totale dipendenti assegnati n°			8

Principali dati di attività e indicatori della U.O.

Regime di ricovero ordinario	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione p.l.					#DIV/0!
Degenza media					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Degenza media preoperatoria					
% interventi chir. (Indice operatorio)					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Regime di ricovero diurno	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Casi dimessi					#DIV/0!
Numero accessi					#DIV/0!
Valore DRG prodotti					#DIV/0!
Tasso di occupazione					#DIV/0!
Peso relativo medio casi trattati					#DIV/0!
Indice case mix					
Casi chirurgici					
% casi chirurgici					#DIV/0!

Attività di spec. ambulatoriale	2011 [§]	2012	2013	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero prestazioni	23.538	83.232	106.228	253,6	27,6
Numero medio prestazioni giornaliere	78,5	277,4	354,1	253,6	27,6
Valore delle prestazioni erogate	231.643	380.242	604.508	64,2	59,0

* Comprende l'attività diagnostica di laboratorio svolta direttamente presso il Laboratorio interno all'U.O.

§ Comprende la sola attività di prelievo svolta presso l'U.O. dal proprio personale.

Attività resa alle altre UU.OO. osped.re	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero Visite/Consulenze	654	403		-38,4	-100,0
Numero altre prestazioni per interni		2.343	3516,0		50,1
Valorizzazione della produzione per interni (€)	13.512	39.494	17.683	192,3	-55,2
	2011	2012	2013 (STIMA)	$\Delta_{2012-2011}$	$\Delta_{2013-2012}$
Numero complessivo prestazioni	24.192	85.978	109.744	255,4	27,6
Valore complessivo della produzione	231.643	380.242	604.508	64,2	59,0