

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Delibera N.93

Originale

OGGETTO: Formalizzazione proposte ASP in ordine a riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, a richiesta autorizzazione per l'assunzione di personale e a agli obiettivi e budget anno 2015.

In data 16 luglio 2015 nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, Via Mario Nicoletta angolo via G. Di Vittorio;
Su conforme proposta del Direttore della U.O. Programmazione sanitaria e pianificazione aziendale, nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal direttore del Dipartimento Macroarea Assistenza Ospedaliera.

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso

Che a riscontro di specifica richiesta da parte della struttura commissariale regionale di cui alla nota e-mail del 22 giugno 2015 questa azienda provvedeva con nota n. 44759 del 23.06.2015 ha trasmettere le specifiche proposte aziendali in ordine a riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, a richiesta autorizzazione per l'assunzione di personale e in ordine al fabbisogno assistenziale e budget per acquisto prestazioni da privato accreditato.

Ritenuto

- Di formalizzare le proposte di cui trattasi per come indicate nel documento allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.
- Di ritrasmettere copia della deliberazione n. 031 del 30 gennaio 2015 recante " Adottato il Piano della Performance 2015-2017. Documento direttive obiettivi e budget 2015".
- Di trasmettere la tabella allegata relativa alla richiesta di assunzioni come da format da voi indicato.

Acquisito

Il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

DELIBERA

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

1. Formalizzare le proposte già trasmessa da questa ASP in ordine a:

- riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti di cui all'allegato 2 al documento prot. n. 44759 del 23.06.2015 parte integrante della presente deliberazione per costituirne parte integrante e sostanziale.
 - Fabbisogno di personale di cui all'allegato 3 al documento prot. n. 44759 del 23.06.2015 per come integrata dalla tabella allegata come da format da voi indicato.
 - in ordine al fabbisogno assistenziale e budget per acquisto prestazioni da privato accreditato che allegato alla presente ne costituisce parte integrante e sostanziale.
2. Di ritrasmettere copia della deliberazione n. 031 del 30 gennaio 2015 recante " Adottato il Piano della Performance 2015-2017. Documento direttive obiettivi e budget 2015".
 3. Trasmettere copia del presente atto alla struttura commissariale per l'attuazione del piano di rientro.
 4. Trasmettere copia del presente atto al Dipartimento Sanità della Regione Calabria.

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

Il Direttore Sanitario: Dr. Agostino Talarico

Il Direttore Amministrativo: Dr. Giuseppe Fico

Il Commissario Straordinario: Dr. Sergio Arena

UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETARIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 16 LUG. 2015 con protocollo n. 063.

Crotone li, 16 LUG. 2015

Il Direttore f.f. Ufficio
Affari Generali e Legali
E. Cosentino
GIORDANO

Il Responsabile
Valter Cosentino

Cod. Azienda	Azienda	Cod. Presidio	Presidio	Cod. Area	Cod. Diffusione	Cod. disciplina	Area	Disciplina/Unità Operativa	Personale in servizio al 30/06/2015										Richieste assunzione		Costo Unitario	Personale in possesso dei requisiti art. 2 DPCM 06/03/2015 (riserva posti già in servizio in possesso del 50% del numero delle unità richieste)	Costo nuove assunzioni al netto del costo del personale già in servizio in possesso dei requisiti DPCM	Posti mesi a concorso
									Dirigente SC	Dirigente medico	Dirigente fisico	Dirigente biologo	Dirigente farmacia	Ostetrica	Infermiere	OSS	TRSM	Tec. di laboratorio	Fisioterapista	Dirigente Prof. San.				
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	4	3	49	Emergenza	Terapia Intensiva	1	15	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-	87.634	2	175.268	4
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	4	3	50	Emergenza	Unità Coronarica	-	4	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	87.634	1	175.268	3
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	4	3	51	Emergenza	MCAE (p.i. tecnici)	1	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87.634	8	701.072	16
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	4	2	73	Emergenza	TIN	-	6	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	87.634	-	163.818	6
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	1	3	29	Emergenza	Stroke Unit (Neurologia)	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	87.634	-	20.758	1
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	-	-	-	Emergenza	SUEM 118	-	8	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	87.634	-	350.536	4
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	-	-	-	Emergenza	SUEM 118	-	8	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	87.634	-	104.259	3
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	-	-	-	Emergenza	SUEM 118	-	8	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	87.634	-	81.909	3
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	-	-	-	Emergenza	SUEM 118	-	8	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	87.634	-	175.268	2
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	-	-	-	Emergenza	SUEM 118	-	8	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	87.634	-	69.506	2
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	-	-	-	Emergenza	SUEM 118	-	8	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	87.634	-	267.272	8
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	-	-	-	Emergenza	SUEM 118	-	8	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	87.634	-	109.212	4
Classe di Priorità I - DCA n. 2/2015 (Area dell'emergenza urgenza e delle terapie intensive e sub-intensive; personale che svolge attività di supporto alle prestazioni assistenziali, della rete emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale)																					74	11	3.036.062	74
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	2	3	09	Chirurgica	Chirurgia Generale	-	10	-	-	-	-	21	-	-	-	-	-	124.903	-	20.758	1
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	2	3	36	Chirurgica	Ortopedie e Traumatologia	1	10	-	-	-	-	22	1	-	-	-	-	87.634	2	175.268	5
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	2	3	34	Chirurgica	Oculistica	-	3	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	87.634	-	104.259	3
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	2	3	38	Chirurgica	ORL	-	6	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	87.634	1	136.515	5
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	1	3	26	Medica	Medicina Generale	1	10	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	87.634	-	87.634	2
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	1	3	64	Medica	Oncologia	1	6	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	87.634	1	104.259	3
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	7	05	05	Supporto	Angiologia	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	87.634	-	54.606	2
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	7	100	100	Supporto	Laboratorio Analisi	-	4	-	3	-	-	5	-	-	15	-	-	87.634	2	34.753	1
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	3	3	37	Materno Infantile	Ostetricia Ginecologia	1	8	-	-	-	-	10	-	2	-	-	-	87.634	-	175.268	2
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	3	3	39	Materno Infantile	Pediatria	1	8	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	87.634	-	139.012	4
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	5	3	40	Psichiatria	Psichiatria (SPDC)	1	6	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	87.634	1	136.515	5
202	ASP Crotone	180032	Ospedale S. Giovanni di Dio	6	3	56	Post Acuti	Recupero e Riabilitaz. Funz.	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	87.634	-	81.909	3
Classe di Priorità II DCA 2/2005 (Area delle discipline chirurgiche, mediche, dei servizi di supporto e materno infantile)																					83	8	3.007.511	83
TOTALE GENERALE																					157	19	6.043.573	157

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
DIREZIONE GENERALE

DELIBERA N° 031

ORIGINALE

OGGETTO: Adozione Piano della Performance 2015-2017. Documento direttive obiettivi e budget 2015.

L'anno duemilaquindici, il giorno 30 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 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 2015, 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 2015–2017 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 2017.

Acquisito

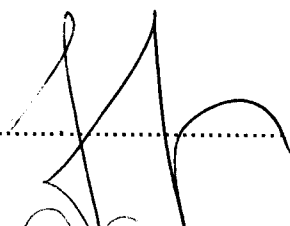
il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

DELIBERA

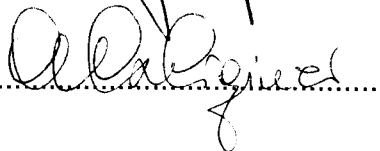
Per le motivazioni esposte in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate e confermate:

1. Adottare, ai sensi del Decreto Legislativo n. 150/09 e delle specifiche disposizioni attuative regionali, il Piano della Performance 2015- 2017 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. Dare atto che con nota n. 1263 del 12.1.2015 sono stati già assegnati in via provvisoria gli obiettivi e budget anno 2015 ai direttori di dipartimento dell'ASP.
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.

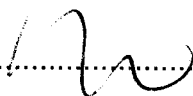
Il Referente Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Fico



Il Referente Direttore Sanitario
Dr.ssa Angela Caligiuri



Il Direttore Generale
Dr. Giuseppe Fratto



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
UFFICIO AFFARI GENERALI

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente Delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio
dell'Azienda in data **02 FEB. 2015** con protocollo della U.O.
Segreteria Generale n. **010** e ivi rimarrà per un periodo di dieci
giorni.

Il Responsabile del Procedimento

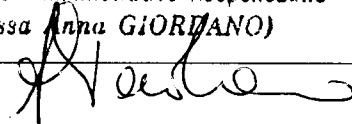
Valter Cosentino



Il Direttore dell'Ufficio AAGG

Il Dirigente Amministrativo Responsabile

(Dr.ssa Anna GIORIANO)



PIANO DELLA PERFORMANCE

2015-2017

DOCUMENTO

DIRETTIVE OBIETTIVI E BUDGET 2015

(Documento allegato alla deliberazione del Direttore Generale n. 31 del 30/01/15)

1. Presentazione e introduzione

In considerazione che allo stato risulta in corso di adozione, da parte della Struttura Commissariale Regionale per il piano di rientro, il decreto relativo al nuovo Piano Operativo di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza, delle reti tempo- dipendenti e del territorio, e considerato ancora che il DCA n. 75/2014 relativa alla nomina dell'attuale Direttore Generale dell'ASP di Crotone ha carattere assolutamente provvisorio che si conclude con l'insediamento del nuovo Direttore Generale, per l'anno 2015 si procederà alla assegnazione provvisoria degli Obiettivi e Budget.

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 (2015-2017), 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 2015-2017 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 2015 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 2015 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 al 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 inappropriately;

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 Crotone* 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 Crotone 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 Crotone. 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 Crotone, 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 Crotone, suddiviso in 27 Comuni, per come indicato nelle tabelle che seguono, caratterizzato da zone collinari, di pianura e montani, 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.

	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	2.436	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	173	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	426	428	4.580
	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	109	128	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	128	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	8.335	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 dalla 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 Crotone;
- Distretto di Crotone;
- 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 programmatoria 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 Crotone 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 Crotone 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 Crotone

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	30	30
	SOC Ortopedia e traumatologia		0
	- SOS Day Service - attività APA e PAC	10	10
	SOC Urologia (*)		10
Dipartimento AFO Materno-Infantile	SOSD DH multidisciplinare AFO chirurgica (4 chirurgia gen. - 4 ortopedia e traum. - 4 ostetricia e gin - 1 urologia - 1 oculistica - 1 ORL)	15	15
	SOC Ostetricia e Ginecologia	30	26
	- SOS Day Hospital		4
	SOC Pediatria+Neonatologia +TIN	20	18
	- SOS DH e Attività Ambulatoriale		2
DEA (componente ospedaliera)	- SOS Neonatologia / TIN		0
	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 Crotone 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 Crotone 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 Crotone, 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 Crotone 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	posti letto 31.12.2011	posti letto 31.12.2012	variazioni
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	
Calabro dental	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 farmacia	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipen- denti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Autoclino laboratorio	14	4	3									
Struttura residenziale												----
Struttura semi residenziale												----
Altro tipo di struttura												----

Per le strutture convenzionate:

Tipo struttura	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività 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 Laboratorio	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 numero	31.12.2012 numero	31.12.2013 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

Anno 2013

Totale ricavi da assegnazione FSR ed entrate proprie € 324.078.125

Totale costi compreso imposte e tasse € 329.353.978

Risultato d'esercizio € -5.275.853.

Preconsuntivo 2014

Per l'anno 2014, allo stato, nel bilancio economico preconsuntivo sono previsti ricavi da assegnazione FSR ed entrate proprie per complessivi € 326.706.303 e costi della produzione per complessivi € 336.448.175,91 con una perdita stimata in € -9.741.873,39.

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)
- 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. - Adeguate sviluppo e attuazione dei programmi nazionali e regionali per gli screening oncologici: Mammella, Colon Retto, Utero. - Adeguate 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.	- 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)
- 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.	- 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 debolezza (Weakness)
Punti di forza (Strength)		
• 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.		• 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		Minacce (Threats)
Opportunità (Opportunities)		
• 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.		• 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.

• 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 e 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.	• 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 (Strengths)	Punti di debolezza (Weaknesses)
• 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.	• 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: - 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: - 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.

• 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. • Adeguato sviluppo di azioni e attività di governo clinico: - 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 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 nazionali e regionali. - 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: - 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	- 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 generale e direzione delle singole strutture. - 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 sociosanitari 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 informativa 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.
---	---

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.	
Analisi Contesto Esterno	Minacce (Threats)
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%).	• 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 2015 e nel medio-lungo periodo (2015-2017).

5.1 Gli obiettivi strategici istituzionali

declinano gli indirizzi strategici regionali per l'esercizio 2015 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 cronico-stabilizzate, di quelle cronico-degenerative (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 Crotone 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 2015/2017 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 inappropriately, attraverso il completamento degli adempimenti organizzativi e gestionali già avviati con il piano delle attività e di performance 2014. 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
- Appropriately dei ricoveri
- Appropriately chirurgica
- Attività di preospedalizzazione
- Efficienza pre-operatoria
- Implementazione Day Service
- Qualità clinica
- Strategie attività chirurgica
- Appropriately 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 allegare al piano della performance 2015

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 2015 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. 1 del novembre 2014 recante "*Adozione Bilancio Economico Preventivo 2015*" –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:

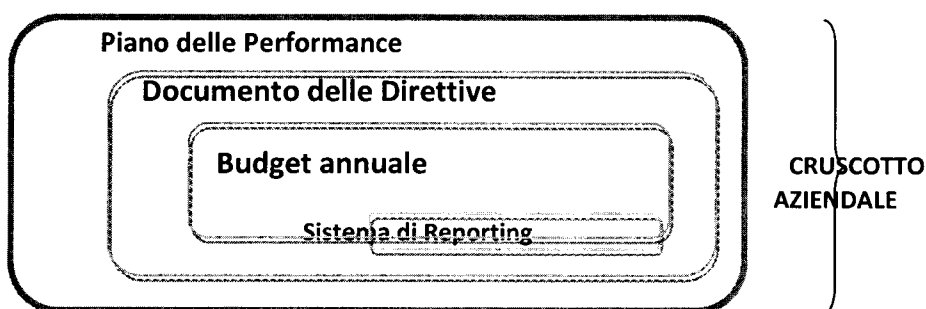
1. definizione ed assegnazione alle macrostrutture aziendali degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi;
2. ribaltamento degli obiettivi operativi ai responsabili di struttura complessa afferente a ciascun dipartimento;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
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 2015 – 2017 con indicatori specifici sullo stato di realizzazione.

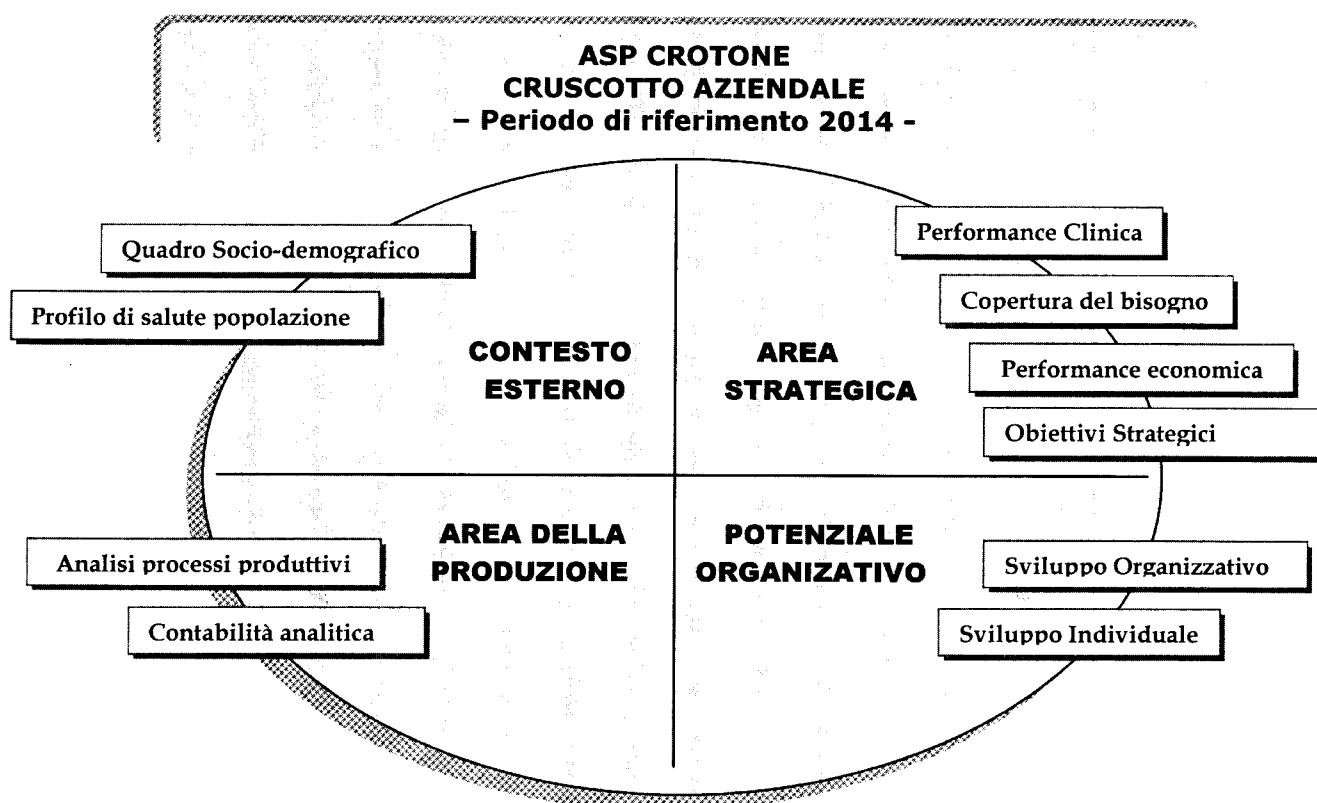
Cruscotto aziendale

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

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

MACROSTRUTTURE AZIENALI DESTINATARIE OBIETTIVI E BUDGET ANNO 2015

ALLEGATO A

Piano Performance 2015

PIANO DELLA PERFORMANCE 2015

ALLEGATO A)

Macrostrutture Aziendali destinatarie obiettivi e budget 2015

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	

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

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

ALLEGATO B)

OBIETTIVI PRIORITARI E STRATEGICI ANNO 2015

AREA STRATEGICA AZIENDALE	OBIETTIVI STRATEGICI	MACROSTRUTTURE AZIENDALI ASSEGNATARIE
GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA	1 GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA 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: - 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; 1.2 Corretta gestione delle agende - 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. 1.3 Suddivisione delle agende fra primo esame e controllo anche per le prestazioni strumentali a maggior criticità - 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.	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."

FLUSSI INFORMATIVI E SISTEMI INFORMATICI	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 diagnostiche-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 standards 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 dell'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 DPR 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 DPR 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.
	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."

RISCHIO CLINICO	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 corrispondenza della retribuzione di risultato al personale ovvero ai fini della confermaribilità 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. 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
-------------------------------	--

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."**

RISCHIO CLINICO	concentrate contenenti Potassio; - Raccomandazione 7: per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica; - Raccomandazione 9: per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali; - Raccomandazioni per la sicurezza in Sala Operatoria con verifica dell'adozione del Manuale e della checklist per la sicurezza e delle seguenti raccomandazioni: - 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. 3.5 Elaborazione di un piano strategico aziendale per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico 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: - 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 2015-2017 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. 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. 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). 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. 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.
-------------------------------	---

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."**

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 Crotone capofila e Istituto S. Anna di Crotone
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.

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."

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."**

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEL SERVIZIO E DELL'EFFICIENZA	5.3 Potenziare i livelli essenziali di assistenza distrettuale e di prevenzione con particolare riferimento: - alle attività sanitarie e socio-sanitarie rivolte alle donne, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza; - all'assistenza domiciliare così 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 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. 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. 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. 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. 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.	GOVERNO DELLA SPESA	6 GOVERNO DELLA SPESA 6.1 Osservare il vincolo alla struttura dei costi e ai tetti di spesa fissati dalla Regione per l'anno 2015 in attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario, tenuto conto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera). 6.2 Consolidare ulteriormente il sistema operativo di contabilità economico patrimoniale. 6.3 Consolidare ulteriormente la implementazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo e di controllo di gestione. 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. 6.5 Razionalizzare la spesa per acquisto di beni e servizi nel rispetto dei tetti di spesa fissati dalla regione per l'anno 2015 e comunque nel limite massimo di spesa già stabilito dalla regione per l'anno 2014. 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.	TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A" (Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità) • <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>
--	--	-----------------------------------	---	--

GOVERNO DELLA SPESA	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. 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 2015. 6.9 Potenziare e sviluppare la procedura ordini informatizzata. 6.10 Completare il processo di fatturazione elettronica delle prestazioni erogate sia in regime istituzionale che in ALPI. 6.11 Concorrere ha contenere la spesa energetica. 6.12 Mantenere sempre aggiornato l'inventario dei beni mobili e immobili. 6.13 Migliorare ed aggiornare continuamente l'inventario di magazzino. 6.14 Predisposizione e monitoraggio di Piani di approvvigionamento e relativi budget sia per fattore produttivo che per macrostruttura. 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.	TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A" (Ciascuno in relazione alle specifiche competenze e responsabilità)
TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	1. Anticorruzione - 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. 2 Trasparenza - 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.	* 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 affendenti."

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
DI MACROSTRUTTURA E
CORRELATI BUDGET 2015**

ALLEGATO C)

OBIETTIVI OPERATIVI GENERALI E SPECIFICI ASSEGNATI A CIASCUNA DELLE MACROSTRUTTURE DELL'ASP E RELATIVI BUDGET 2015

Gli obiettivi specifici assegnati a ciascuna delle macrostrutture dell'ASP e che l'azienda ha individuato per l'anno 2015 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 fondamentalmente 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 2015 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 2015, 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.

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

DIPARTIMENTO PREVENZIONE
OBIETTIVI E BUDGET 2015
ALLEGATO C 1)

ALLEGATO "C1"

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

- Obiettivi Generali e Specifici 2015 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO GENERALE E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI 2015 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%)
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione Piano regionale prevenzione	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. 2. Gli obiettivi generali assegnati alla macrostruttura Dipartimento prevenzione sono definiti per come di seguito indicato: • 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 complicità. • 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. 3. Azioni e obiettivi specifici Area Sanità Pubblica 3.1 Medicina Preventiva - 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:

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell' area della Prevenzione Piano regionale prevenzione Riferimenti PdR 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. 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)	- Controllo malattie infettive e bonifica focolai. - 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 anni 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. 3.2 Screening oncologici <table><tr><td rowspan="2">OBIETTIVO</td><td>Prevenzione Tumore del collo dell'utero</td><td>Prevenzione Tumore della mammella</td><td>Prevenzione Tumore del colon retto</td></tr><tr><td>Offerta attiva del pap-test ogni 3 aa. alle donne nella fascia di età 25-64 aa.</td><td>Offerta attiva di mammografia ogni 2 anni alle donne nella fascia di età 50-69 aa.</td><td>Ulteriore sviluppo dello screening per la fascia di popolazione 50-69 aa.</td></tr></table> Azioni e gli obiettivi specifici Per lo screening del collo dell'utero e della mammella: 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). 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. 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	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.						

Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione	- 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. (pubblicato il 1 agosto 2013) - 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. (pubblicato il 1 agosto 2013) 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. (pubblicato il 26 Settembre 2013) - 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	l'esecuzione del Pap-test e mammografia. 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. 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. 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. <i>Per lo screening del colon-retto:</i> - 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. <i>Ulteriori azioni che coinvolgono l'attività di screening complessivamente</i> - 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: - 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. 3.3 Igiene e sanità pubblica - 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
--	--	---

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	(CE) 882/2004. Obiettivo SVET10. (pubblicato il 26 Settembre 2013) - 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) - 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) - 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). - Tutti gli altri DPGR pubblicati in materia anni 2010, 2011 e 2012.	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. - 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'ARPACAL, 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'ARPACAL. - 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. 3.4 Igiene degli alimenti e nutrizione - 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
--	--	---

DIPARTIMENTO DPREVENZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione Piano regionale prevenzione 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. Tutti gli altri DPGR pubblicati in materia anni 2010, 2011 e 2012	collettive di origine alimentare; - 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; - Intensificazione dell'attività di prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi. - 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. 3.5 Medicina dello sport - Certificazioni d'idoneità all'attività sportiva regolamentata dalle seguenti leggi che tracciano anche i percorsi diagnostici: DM Sanità 18.2.82 "Tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche"- DM Sanità 28.2.83 per l'attività non agonistica- Legge 16/3/1987 n. 115 art. 8 comma 1 e 2 "Disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito"- DPR 5.8.88 e 18.11.88 per le abilitazioni aeronautiche- DM Sanità 4.3.93 per la tutela degli sportivi con handicap- DM Sanità 13.3.95 per la tutela degli sportivi professionisti- Legge 14 dicembre 2000, n. 376 "Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping"- Legge Regionale 2/5/2001 n.10 "Medicina dello Sport e tutela sanitaria delle attività motorie e sportive"- Protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico; - Attività di consulenza specialistica per strutture e manifestazioni di interesse pubblico inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale; - 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; - Valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico; - 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; - Protocolli per la valutazione medico sportiva - Informazione e valutazione degli effetti dei farmaci e altre sostanze usate dagli sportivi e controllo antidoping; - Vigilanza sul rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico; - Vigilanza sugli ambulatori e strutture che operano nel campo della medicina dello sport; - Raccolta e verifica dei flussi informativi relativi alle prestazioni erogate dalle strutture di Medicina dello sport - 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. - 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. 4. <u>Medicina legale</u> - Contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni di competenza, in particolare la riduzione dei tempi di attesa per le visite collegiali per l'invalidità civile, l'handicap, la legge n. 68 del 1999 con conseguente riorganizzazione quali-quantitativa delle competenti commissioni all'interno dell'azienda; - Sviluppo di nuove competenze professionali legate all'incremento dei flussi di popolazione extracomunitaria e con particolare riferimenti alle richieste di asilo. - Adozione di procedure e tariffe uniformi per il rilascio delle certificazioni;
---	--	--

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell' area della Prevenzione Piano regionale prevenzione	- 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; - o 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. - o 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; - o medicina necropsopica; - o Consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico e bioetico; - o Realizzazione di sistemi di valutazione globale della persona portatrice di minorazioni, in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nella richiesta di accertamenti e valutazioni; - o 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. - o 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; - o Utilizzo dei dati sugli esiti dei conflitti per favorire strategie di formazione del personale e risposte organizzative e tecnico scientifiche; - 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. 5 Azioni e obiettivi specifici Area tutela della salute nei luoghi di lavoro Medicina del lavoro - o Completa attuazione di quanto stabilito dalla DGR 318/2006 - o Formazione degli operatori in relazione ai nuovi compiti; - o Definizione dei rapporti operativi con l'ARPACAL in merito alle verifiche impiantistiche periodiche; - o 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.; - o 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; - o 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; - o Intensificazione dell'attività di controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e prestazioni di lavoro; - o Sviluppo della sorveglianza epidemiologica e costruzione di un sistema informativo su rischi e danni di lavoro; - o Indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro; - o Verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori; - o Intensificazione degli interventi di vigilanza relativi alle aziende con rischi di incidenti rilevanti; - o Realizzazione compiuta dell'attività di valutazione delle idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge;
--	--	--

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione Piano regionale prevenzione Riferimenti PdR. - 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	- o Elaborazione e conduzione di programmi di ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute, di igiene e sicurezza del lavoro; - o Predispensione e conduzione di specifiche indagini per infortuni e malattie professionali; - 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. 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. 6. Azioni e obiettivi specifici Area sanità pubblica veterinaria 6.1 Azioni e obiettivi prioritari • 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. 6.2 Azioni e obiettivi specifici per l'area della sanità animale • 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
--	--	---

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	- dall'operatore del settore alimentare". Allegato: Linee guida. D.P.G.R. n.64 del 23.05.2013 - Recepimento procedure operative straordinarie per la prevenzione e la gestione del rischio contaminazione da aflatossine 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. - Allegato A - Allegato B - Allegato C D.P.G.R. n.62 del 23.05.2013 - Recepimento accordo Stato Regioni e Province autonome su "Linee guida per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria" - rep. Atti n. 46/CSR del 07/02/2013. - Allegato - 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. - 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. - 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. - 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	l'importazione e l'esportazione e sulle strutture ed attrezzature a tal fine utilizzate; - 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. 6.3 Azioni e obiettivi specifici per l'area dell'igiene degli allevamenti delle produzioni zootecniche - 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. 6.4 Azioni e obiettivi specifici per l'area della tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale - 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;
---	---	--

	Regione Calabria. Piano di Intervento straordinario. - 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 spiaggiamenti di fauna acquatica sulle coste della Regione Calabria. - 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. Tutti gli altri DPGR pubblicati in materia anni 2010, 2011 e 2012	• Assicurare e intensificare le attività di indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti; • 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 2015

Dipartimento di Prevenzione

Le risorse finanziarie assegnate al dipartimento di prevenzione per l'anno 2015, 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 2015

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	1.614.757	9.008	1.623.765
a) sanitari	1.263.105	679	1.263.784
b) non sanitari	351.653	8.328	359.981
2 Acquisti di servizi	1.670.728	54.455	1.725.183
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	249.215	2.377	251.592
e) Altre convenzioni	1.218.166	0	1.218.166
f) Servizi appaltati	9.971	1.047	11.019
g) Manutenzioni	23.467	1.156	24.623
h) Utenze	40.904	9.469	50.373
i) Rimborsi, assegni, contributi e altri servizi	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
Totali	13.062.798	557.369	13.620.167

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE E DISTRETTI SANITARI

OBIETTIVI E BUDGET 2015

ALLEGATO C 2)

**DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE
E DISTRETTI SANITARI**

- Obiettivi Generali e Specifici 2015 -

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%)
DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area dell'assistenza distrettuale	1 Obiettivi strategici generali e azioni specifiche dell'area territoriale Nel corso del triennio 2015-2017 un forte impatto organizzativo si avrà con l'implementazione progressiva del nuovo atto aziendale con la conseguente riarticolazione organizzativa dell'intera area territoriale Per il 2015 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 : • 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 dei 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. 1.1 Le azioni specifiche da implementare nel 2015 sono: - 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

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area dell'assistenza distrettuale	- 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, bpco, neoplastico...) 2 Obiettivi generali distrettuali: • 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, favorendone il corretto orientamento nella logica di una presa in carico immediata (sportello integrato funzionale dell'area sociosanitaria). 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. 2.1 Area adulti anziani: - 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 alcoologia. - 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
--	--

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Contenimento e riduzione della spesa farmaceutica convenzionata Riferimenti PdR - 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.
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. 3.1 Spesa Farmaceutica Obiettivo prioritario permane anche per il 2015 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. <i>Gli obiettivi le azioni e gli interventi specifici per il contenimento della spesa farmaceutica</i> 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 riportati: • 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,

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	- Decreto n.29 del 21.03.2012 - Definizione di linee guida vincolanti per l'appropriatezza prescrittiva di farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica - Sistema Cardiovascolare: C09 Farmaci attivi sul sistema Renina Angiotensina. Allegato "Ipertensione - Linee Guida Appropriatezza prescrittiva" - Decreto n.1 del 10.1.2012-Plano triennale di Farmacosorveglianza 2011/2013 e farmacovigilanza. Sostituzione allegato al DPGR 82/2011. - Decreto n.4 del 10.01.2012-Accordo per l'erogazioni di presidi per diabetici tramite le Farmacie private convenzionate. - 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 reduttasi (Statine). □Allegato. - Decreto n.33 del 03.12.2010 -Servizio ossigeno terapia domiciliare in regime di distribuzione diretta-Accordo quadro. - 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. - 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. - 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. - Delibera n.81 del 28.1.2010 - Adempimenti di cui al punto 8 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario	• 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. <i>Ulteriori azioni specifiche</i> 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: • 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. <i>Obiettivi correlati all'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica</i> Il perseguimento dell'appropriatezza nell'uso del farmaco si realizza con la pianificazione di attività che permettano di raggiungere i seguenti obiettivi: • 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;
---	---	---

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Regionale -DGR del 16 dicembre 2009 n. 845. Farmaceutica territoriale - Potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci del PHT e 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: "Adeguatezza 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 dei DPGR 17/2010 e DPGR 33/2011. - Parziale rettifica. - D.P.G.R. n.43 del 28.03.2013 -Errata Corrigé del DPGR n. 32 del 07 marzo 2013 recante: "DPGR n. 30 del 21 marzo 2012: "Adeguatezza 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 dei 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.
	• 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.

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	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". Assistenza Specialistica Territoriale 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 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.	3.2 Assistenza specialistica - 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. A tal fine occorre: - individuare, per alcuni settori cruciali di domanda, specifiche linee guida e percorsi diagnostici e specialistici condivisi e diffusi su tutto il territorio; - spostare risorse e tempi/operatori in favore delle prestazioni appropriate o prioritarie per bisogni definiti; - responsabilizzare i soggetti prescrittori delle prestazioni diagnostiche e specialistiche (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista territoriale ed ospedaliero). In linea con le indicazioni del PRS e ferme restando le limitazioni e la derogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale stabilite nei LEA nonché i conseguenti provvedimenti regionali a tal fine adottati, gli ambiti di intervento rispetto ai quali si ritiene necessario affrontare prioritariamente le tematiche dell'appropriatezza sono: - Medicina fisica e riabilitazione - Prestazioni di diagnostica di laboratorio - Diagnostica per immagini - Diagnostica strumentale e per immagine dell'apparato cardiocircolatorio
--	--	---

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza Domiciliare Riferimenti PdR - Decreto n.12 del 31.1.2011 - Approvazione linee guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali. Obiettivo specifico (B6).	- Odontoiatria - Nuovi tests diagnostici - Prestazioni di diagnostica strumentale non per immagini - Prestazioni obsolete 3.3 Assistenza domiciliare 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. 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. Gli obiettivi prioritari del nuovo modello dell'assistenza domiciliare comprendono l'assistenza a pazienti trattabili a domicilio (evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o ad altre strutture residenziali), l'assicurazione della continuità assistenziale, il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione del paziente, il sostegno della famiglia attraverso la trasmissione di competenze necessarie per l'autonomia di intervento, la semplificazione dell'accesso alla erogazione dei presidi e degli ausili. Le cure domiciliari presuppongono una valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente, l'intervento di una 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. Il nuovo modello aziendale delle cure domiciliari 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. 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. 3.4 Assistenza Integrativa e Protesica 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. Costituiscono obiettivi specifici : - 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. 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
--	---	--

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza Anziani	preliminarmente istituire apposita commissione per la verifica della correttezza delle procedure e la razionalizzazione dei costi. 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: - Riquilibrare e potenziare la tipologia dell'offerta dei servizi integrandola con quella sociale dei Comuni. - Promuovere e realizzare l'integrazione socio sanitaria con particolare riferimento agli aspetti connessi con il mantenimento dell'autonomia e con la presa in carico della cronicità. Le Azioni - Individuazione di percorsi integrati per garantire: - la messa in rete dell'offerta sociale dei Comuni con quella socio sanitaria e sanitaria dell'ASP; - le esigenze di cura e riabilitazione e quelle di tutela, sostegno e integrazione sociale, d'intesa con i servizi sociali dei Comuni. - Attivazione in base all'analisi dei bisogni assistenziali emersi nell'anno 2005/2006 di un modulo di RSA anziani presso la struttura aziendale di Mesoraca e nell'attesa presso le RSA anziani operanti nell'azienda, per le seguenti tipologie di pazienti: - soggetti che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione (neurologico, cardiopatico, ortopedico, chirurgico, medico, ecc) per una durata della degenza non superiore ai 60-90 giorni e che non possono essere assistiti a domicilio; - soggetti con patologie croniche riacutizzate (insufficienza cardiaca, respiratoria, nutrizione artificiale, ecc) non curabili a domicilio in quanto soli o con coniuge a rischio di perdita di autosufficienza. - Ulteriore sviluppo del Centro diurno per malattia di Alzheimer presso l'Unità Operativa di Geriatria del P.O. di Crotone quale punto di riferimento per tutto il territorio aziendale. - Ridefinizione dei criteri per l'individuazione delle priorità per i ricoveri nelle residenze protette e nelle RSA operanti nel territorio dell'azienda. - Migliorare il monitoraggio dei piani assistenziali in residenza protetta e RSA mediante strumenti di valutazione adeguati, facendo, inoltre, obbligo per l'inserimento di anziani e disabili nelle stesse strutture dell'uso della scheda V.A.O.R. per come espressamente stabilito dalle vigenti disposizioni regionali in materia. Collaborazione con le residenze protette del territorio e con le RSA nel processo di miglioramento della qualità dei servizi offerti, agendo sul piano della vigilanza alla rispondenza dei requisiti e su quello del confronto sulle modalità assistenziali. 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: - Proseguire nella riqualificazione dell'offerta dei servizi correlata al livello di disabilità dei singoli utenti e integrandola con quella sociale dei Comuni, in particolare per gli aspetti connessi con la presa in carico della cronicità. Le Azioni - ridefinizione dei percorsi assistenziali integrati per garantire la qualità delle cure e la continuità
	Disabili - Decreto n.134 del 21 Dicembre 2011 - Individuazione strumenti standardizzati per la presa in	

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	carico sociosanitaria integrata dei soggetti disabili	- 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. 3.7 Dipendenze Patologiche Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.3 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati. <i>Linee di indirizzo</i> Nel mondo giovanile devono essere individuate precocemente le situazioni a rischio e deve essere facilitato l'accesso ai servizi attraverso azioni di consulenza e sostegno per gli operatori che intervengono nei vari contesti (scuola, aggregazioni giovanili, mondo del divertimento, mondo del lavoro). L'offerta di servizi di consulenza e presa in carico sarà specificamente messa a punto anche con la collaborazione delle istituzioni locali al fine di garantire anche la massima accessibilità ai servizi aziendali. In questo contesto assume un particolare valore il progetto, da promuovere con la collaborazione del competente dipartimento dell'azienda, relativo all'azione di prevenzione verso gli adolescenti svolta nelle scuole, nei centri giovanili, nei luoghi di aggregazione formali ed informali, nelle discoteche e nei pubblici esercizi più frequentati dai giovani. E' necessario procedere nella direzione della riqualificazione e diversificazione dell'intervento dei servizi per le dipendenze, in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine modalità di lavoro per progetti, secondo criteri d'adequazione e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse. Occorre potenziare l'integrazione tra interventi sociali e sanitari ed il raccordo con le istituzioni locali e consolidare il rapporto di collaborazione tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, anche ampliando la tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali esistenti. Per quanto attiene l'utilizzo delle strutture residenziali e semiresidenziali, si conferma la collaborazione con gli erogatori privati accuditi che si è rivelato strumento adeguato nei percorsi riabilitativi a medio e lungo termine, occorre tuttavia intervenire al fine di limitare, per quanto possibile, l'utilizzo di strutture private di altre aziende della regione e ancor più di altre regioni anche ai fini del contenimento dei relativi costi. Dovranno, inoltre, essere sviluppate azioni sociali, d'intesa con le istituzioni locali, di sostegno ai programmi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo e garantito il supporto alla realizzazione della rete informativa aziendale, per poter porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica sul fenomeno della dipendenza. Azioni specifiche dovranno inoltre essere previste in alcune aree peculiari: - tabagismo: soprattutto per la fascia di popolazione giovanile, dovranno essere attivati interventi di educazione e prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco; - alcolismo: dovrà essere rilanciata l'offerta di servizi sul territorio, in modo da sviluppare gli interventi di tipo assistenziale, di formazione e di analisi epidemiologica. Occorrerà promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza dei rischi nella popolazione, al fine di prevenire i danni causati dagli eccessi. Si dovrà intervenire per ridurre i rischi alcool correlati, in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti e favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo su tali problemi, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali; - cocaina: dovrà essere approfondita la conoscenza della situazione di consumo e di dipendenza da cocaina
--	--	---

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Salute Donna	e dovrà essere facilitato l'accesso al SERT delle persone con problemi d'abuso; marginalità sociali: dovranno essere assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora, stranieri extracomunitari, nomadi, ecc., al fine di intervenire sul cosiddetto sommerso anche attraverso l'offerta di prestazioni di mediazione linguistica e culturale e di servizi a bassa soglia di accesso; - comorbilità psichiatrica: per i soggetti con "doppia diagnosi" e/o problemi di dipendenza da più di una sostanza, saranno definiti strumenti e percorsi di cura adeguati ad affrontare la complessità del problema, giungendo a modalità di presa in carico condivise con le unità operative del dipartimento; - tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia: gli impegni dovranno essere rivolti a diffondere le informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze d'abuso in gravidanza, a favorire l'accesso delle donne ai servizi con modalità di accoglienza attente alla specificità femminile, a promuovere la sperimentazione di un modello operativo di rete a bassa soglia di accesso volto alla tutela della salute del minore e della famiglia. Gli Obiettivi - Aumentare il numero di consumatori in contatto con il sistema di assistenza (SERT) aziendale e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto. - Potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutiche- riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide, al fine di ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione, garantire pari opportunità di trattamento e continuità terapeutica a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali e da sostanze illegali. Le Azioni - Alcolologia: sviluppo del servizio aziendale; - Tabacco: elaborazione del progetto aziendale per la cessazione dell'abitudine al fumo, articolato presso le sedi dei servizi del territorio, in collaborazione con i MMG. - Servizio Community Worker - Unita' di Strada (UdS): il servizio potrà essere attivato in via sperimentale nel Comune di Crotone e dovrà essere sostenuto per i costi in parti uguali dall'Azienda e dal Comune. La gestione operativa è affidata al SERT. 3.8 Salute donna Oltre agli obiettivi e indirizzi generali distrettuali di cui al precedente punto 2.2 costituiscono ulteriori obiettivi quelli qui di seguito indicati. La salute della popolazione femminile merita attenzioni particolari per le specificità di genere, che in parte prescindono dalla sfera riproduttiva, riguardando invece la particolare diffusione di alcuni fattori di rischio, la incidenza di malattie/disabilità e la differente utilizzazione dei servizi sanitari. L'assistenza e la cura alla donna nei suoi bisogni di salute e di maternità si è profondamente modificata nel corso degli ultimi anni e questo richiede un ripensamento della rete di strutture sanitarie coinvolte nell'assistenza a queste tipologie di bisogni. La modificazione del costume sociale ha profondamente mutato l'epoca della ricerca della maternità aprendo nuovi capitoli di attenzione sanitaria, fino ad ora scarsamente considerati, quali l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione. In questa ottica non dovrà essere elusa l'attenzione per la umanizzazione della assistenza al parto, il contrasto ad un eccessivo approccio interventistico (tagli cesarei), la identificazione dei livelli specialistici per il monitoraggio della gravidanza fisiologica e gestione dell'interruzione volontaria di gravidanza, con l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale. Dovrà essere contrastata ed invertita la tendenza alla diminuzione del numero delle gravidanze fisiologiche
--	----------------------------	---

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	Salute Infanzia	seguite dai consultori familiari, sia in termini assoluti che relativi (rapporto gravide in carico/nati vivi). Più in generale dovrà essere necessaria una riprogettazione complessiva dei momenti collaborativi tra i servizi che si occupano della salute della donna, a trecentosessanta gradi, sviluppando ulteriormente le avanzate esperienze realizzate in altre aziende della regione e del paese. Per gli specifici aspetti correlati alla prevenzione dei tumori femminili si rimanda al precedente punto del dipartimento di prevenzione relativo agli screening oncologici. 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, alcoolismo o malattia mentale. In debito conto vanno anche tenute le nuove emergenze riferibili al bambino straniero o con famiglia di basso livello economico e culturale. Gli orientamenti preventivi dovranno massimamente essere rivolti al superamento delle disuguaglianze, gli interventi assistenziali alla attivazione di percorsi integrati di presa in carico globale del bambino multiproblematico, con una centralità del ruolo del pediatra di libera scelta. Dovrà essere sviluppata l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni , in modo da promuovere gli interventi psicologici a tutela dei minori soggetti a provvedimenti di giustizia e gli interventi di assistenza e recupero psicoterapeutico delle vittime di abusi, anche attraverso l'incremento quali-quantitativo delle prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche e psicologiche. Sempre nell'ambito dello sviluppo del processo di integrazione con i servizi sociali dovranno essere promossi interventi a protezione del minore in stato di abbandono e a tutela della sua crescita anche attraverso affidi ed adozioni, potenziando e qualificando la rete di servizi per svolgere una efficace azione di accompagnamento e sostegno. Questo non facile compito è demandato al dipartimento materno infantile che dovrà, oltre che provvedere prioritariamente alla riqualificazione e riorganizzazione delle strutture consultoriali dell'azienda, produrre una proposta operativa specifica sui temi della salute donna e della salute infanzia tenuto conto degli obiettivi generali sopra indicati. 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.
	Salute detenuti	- Delibera n. 5 del 13.1.2010 - DPCM 1 aprile 2008 " Modalità e

DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	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.	Neuropsichiatria Infantile 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. 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 • 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.
	Salute Mentale - DGR n. 105 e 106 del 19.2.2007 e s.m.i. - Linee guida regionali salute mentale - D.P.G.R. n.31 del 07.03.2013 - Riassetto rete psichiatrica.	

Dipartimento Salute Mentale(*)	Approvazione documento elaborato dalla Task force istituita con DPGR n. 25/2012. Obiettivo G01.S01 - G02.	• 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. • 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 2015, il responsabile del budget complessivo è il direttore del dipartimento.

Budget 2015

Dipartimento Assistenza Distrettuale e Distretti

Le risorse finanziarie assegnate per l'anno 2015 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 2015; esso costituisce, in ogni caso, il limite massimo di spesa sostenibile per il LEA assistenza distrettuale per l'anno 2015. 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 2015 (*)

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	13.019.622	111.146	13.130.767
a) sanitari	12.674.360	71.029	12.745.388
b) non sanitari	345.262	40.117	385.379
2 Acquisti di servizi	91.170.674	555.073	91.725.747
c) Farmaceutica	33.370.595	0	33.370.595
d) Medicina di base	20.057.545	17.450	20.074.996
e) Altre convenzioni	36.082.333	350.535	36.432.868
f) Servizi appaltati	987.775	44.065	1.031.840
g) Manutenzioni	216.627	14.708	231.335
h) Utenze	269.000	69.071	338.071
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	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
Totali	134.486.534	3.278.637	137.765.171

* Escluso quota parte Dipartimento Salute Mentale

MACROSTRUTTURA DIPARTIMENTO ASSISTENZA DISTRETTUALE

Distretto Crotone Budget Anno 2015

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 2015

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 2015

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 2015

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 2015

ALLEGATO C 3)

Piano Performance 2015

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Obiettivi Generali

1. Linee d'intervento azioni e obiettivi generali 2015

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 2015 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 Appropriatezza:

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

Appropriatezza 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;

Appropriatezza 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 2015 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 2015

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 Crotone 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 inappropriately.
- 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 2015

I principali indicatori di riferimento per l'attività ospedaliera 2015 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 2015 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 20145

Fermo restando gli obiettivi generali sopra specificati qui di seguito si riportano gli obiettivi operativi specifici nonché e il correlato budget 2015 di ciascuno dei dipartimenti ospedalieri in cui è articolato il P.O. di Crotone, nonché dei dipartimenti misti ospedale territorio, della direzione medica di presidio e del servizio farmaceutico ospedaliero.

Gli obiettivi specifici 2015 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 Crotone 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 2015 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 2015 (ALLEGATO D), nonché dei costi diretti ed indiretti rilevati dal sistema aziendale di contabilità analitica aggregati per dipartimenti/AFO.

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

**DIPARTIMENTO
EMERGENZA-URGENZA E
ACCETTAZIONE**

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
E BUDGET 2015**

ALLEGATO C 3.1)

ALLEGATO "C3.1"

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

- Obiettivi Operativi Specifici 2015 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2015 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%)
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA Riferimenti PdR Decreto n.18 del 22.10.2010 - Approvazione delle tre reti assistenziali. Emergenza-Urgenza Allegato n.2- Il riordino della rete di Emergenza-Urgenza	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 -
	DGR 492 del 2.7.2010 recante " Riordino della funzione di emergenza-urgenza anche in relazione alla ridefinizione della rete ospedaliera "	2. Obiettivi specifici per il miglioramento dell'emergenza sanitaria territoriale L'esito di una emergenza sanitaria che si verifica sul territorio viene significativamente influenzato dai tempi di soccorso sanitario. Ciò è vero in particolare per alcuni quadri clinici quali i traumi gravi e le emergenze cardiologiche. Sulla base di queste considerazioni appaiono un ragionevole riferimento programmatico i tempi standard di intervento del soccorso extraospedaliero indicati dalla normativa nazionale. La programmazione operativa intende assumere tali standard come obiettivo, tenendo altresì conto delle caratteristiche territoriali e delle risorse disponibili. I tempi di intervento sul territorio complessivi, dalla chiamata, sono fissati, ai fini della programmazione, come segue: entro 8 minuti nelle aree urbane, entro 15 minuti nelle aree extraurbane prossime, 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. 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 ionic ricompresa tra Steccato di Cutro e Crotone. 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 prossime 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.
	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	

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	Decreto n.7 del 28.1.2011 - Approvazione modello di attivazione per trasporto secondario con elisoccorso. G.04 Emergenza-Urgenza. Decreto n.38 del 17.12.2010 - Determinazione delle tariffe per le prestazioni di ambulanza ed elisoccorso - 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 Ogni altro DPGR pubblicato in materia anni 2010, 2011 e 2012 e di cui ai relativi piani aziendali delle attività cui si rimanda. Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA Decreto n.14 del 14.03.2012 - Attivazione dei posti letto per il funzionamento dell'Osservazione Breve Intensiva. Obiettivo G1	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. 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. Obiettivi e azioni prioritarie : 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. - Ulteriore miglioramento dell'appropriatezza 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 Crotone 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 Crotone 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 Crotone 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 Crotone. - Definizione e strutturazione del punto di atterraggio od elisuperficie in prossimità del P.O. di Crotone - 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. 3. U.O. Pronto Soccorso e medicina di urgenza <i>Indirizzi generali</i> Allo stato la U.O. di pronto soccorso e medicina d'urgenza del presidio ospedaliero di Crotone 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. 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
--	---	--

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA	praticabili ed eventualmente sviluppando ulteriori esperienze pilota. Sono di seguito sinteticamente riportati gli indirizzi programmatori generali riguardanti direttamente il presidio ospedaliero di Crotone. 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. <u>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.</u> <u>Sempre con il concorso dei professionisti interessati dovranno essere rivisti i percorsi di accesso alle prestazioni dei servizi intermedi, in particolare quelle radiologiche, allo scopo di migliorare l'appropriatezza delle richieste: ciò riguarderà soprattutto le prestazioni TAC e RM in emergenza e la diagnostica convenzionale a bassa priorità.</u> <i>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. 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 così 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 Crotone registrati nell'ultimo triennio. <table><tr><th colspan="2">Accessi</th><th>2011</th><th>2012</th><th>2013</th><th>Delta 2012-2011</th><th>Delta 2103-2012</th></tr><tr><td colspan="2">Pronto Soccorso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Numero accessi non seguiti da ricovero</td><td>45.393</td><td>43.052</td><td>47.184</td><td>-5.2</td><td>+9.6</td></tr><tr><td colspan="2">Numero accessi seguiti da ricovero</td><td>14.601</td><td>10.954</td><td>11.994</td><td>-25</td><td>+9.5</td></tr><tr><td colspan="2">Numero accessi totali</td><td>59.994</td><td>54.006</td><td>59.178</td><td>-10</td><td>+7.8</td></tr></table>	Accessi		2011	2012	2013	Delta 2012-2011	Delta 2103-2012	Pronto Soccorso							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
Accessi		2011	2012	2013	Delta 2012-2011	Delta 2103-2012																															
Pronto Soccorso																																					
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																															

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA 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 Allegato-Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Cecklist. 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.	Nel corso del 2015 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: • 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. • Previsione 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: - 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. 4. U.O. Anestesia e Rianimazione <i>Azioni e Obiettivi</i> 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, logisticamente definita, con personale qualificato ed attrezzature idonee al monitoraggio ed al trattamento intensivo del paziente 24 ore su 24. Gli obiettivi dell'attività rianimatoria dovranno essere quelli di ridurre ulteriormente, per quanto possibile, la mortalità e la morbidità del paziente critico, ovvero del paziente con una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o di insorgenza di complicanze maggiori. L'equipe medica della rianimazione dovrà continuare a garantire, inoltre, la copertura per le urgenze-emergenze presso tutte le unità operative del presidio, ivi compreso il pronto soccorso e medicina d'urgenza. Ai fini di un ulteriore sviluppo del SAR si rende necessario oltre che l'ampliamento logistico e strutturale finalizzato all'attivazione degli ulteriori p.l. previsti dal Piano di rientro anche la possibilità di prevedere l'attivazione di funzioni di terapia semi-intensiva di cui attualmente occorre registrare l'assenza
---	---	--

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA	nell'ambito del presidio ospedaliero di un luogo in cui venga specificamente svolto il monitoraggio e la cura di pazienti con una instabilità fisiologica moderata o potenzialmente severa, che richiedono un supporto tecnico, ma non necessariamente un supporto di vita artificiale. Attualmente si stima che circa il 30% dei soggetti ricoverati in rianimazione potrebbero giovare più appropriatamente di un livello di cure semi-intensive, una quota minore di ricoveri di questo tipo grava inoltre impropriamente sui reparti ordinari per acuti. Nel corso dell'esercizio 2015 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 Crotone. 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. Particolare impegno dovrà essere rivolto alla prosecuzione del progetto relativo alla donazione organi sviluppando ulteriormente e mettendo in atto a livello locale le iniziative definite in ambito regionale per conseguire un avvicinamento alle medie nazionali per la percentuale di accertamenti di morte sui decessi per patologia cerebrale severa, la percentuale di accertamenti di morte su potenziali donatori e la percentuale di opposizioni sui potenziali donatori. Dovrà essere, inoltre, garantito pieno adeguamento a quanto previsto dalle norme a tutela della sicurezza del donatore, e dovrà essere completata la formazione al personale delle rianimazioni in materia di comunicazione. Anestesiologia e sviluppo della terapia del dolore <i>Azioni e Obiettivi</i> 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. 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. I progressi farmacologici e tecnologici in campo anestesologico consentono oggi, in molti casi, di garantire un migliore livello di gestione del sintomo dolore ed un più efficace controllo e recupero delle funzioni vitali del paziente prima, durante e dopo l'intervento chirurgico. Tenuto conto di tali elementi di contesto, le risorse anestesologiche dovranno essere anche orientate a fornire supporto allo sviluppo della day surgery, attraverso l'implementazione di tecniche di anestesia loco-regionale. Per quanto concerne l'ambito dell'ostetricia, dovrà essere messa a sistema la pratica del parto indolore, anche con lo sviluppo delle tecniche di anestesia peridurale.
---	--	---

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'area DEA	Dovrà essere inoltre prevista la revisione dei percorsi per la valutazione anestesiológica preventiva alla esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche in elezione (ambulatorio operandi) ai fini delle semplificazione e razionalizzazione delle fasi preoperatorie dell'assistenza, sulla base delle migliori evidenze disponibili. Quanto sopra passa attraverso la determinazione 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. La terapia del dolore La terapia antalgica è, allo stato, una struttura semplice dell'unità operativa di anestesia e rianimazione presente nel P.O. di Crotone che dovrà assicurare le attività ambulatoriali in favore di pazienti sofferenti di dolore acuto e cronico di elevata intensità, consulenze per pazienti ricoverati, nonché attività di sala in anestesia locale, in particolare finalizzata all'impianto di sistemi di infusione per il controllo del dolore e della spasticità. L'ambulatorio di terapia antalgica dovrà prevedere degli accessi differenziati in base alla gravità del dolore e delle patologie sottostanti, con tempi d'attesa differenziati secondo la severità clinica. Nell'ambito delle strategie di miglioramento del processo assistenziale specificamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, si dovrà prevedere di dare piena attuazione al progetto regionale ospedale senza dolore. Le finalità sono quelle di assicurare un osservatorio specifico del dolore, di coordinare l'azione delle differenti équipes e la formazione continua del personale sanitario coinvolto nella rilevazione e nel controllo del dolore nei suoi differenti aspetti, di promuovere interventi idonei ad assicurare la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare gli oppioidi, assicurando anche una valutazione periodica del loro consumo e di promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore. Dovrà 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.
---	--	--

AREA EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

Risorse finanziarie 2015

Al finanziamento complessivo delle funzioni di emergenza/urgenza ospedaliere 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

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

DIPARTIMENTO AFO MEDICA

OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI

E BUDGET 2015

ALLEGATO C 3.2)

ALLEGATO "C3.2"

DIPARTIMENTO AFO MEDICA

- Obiettivi Specifici 2015 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2015 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%)
DIPARTIMENTO AFO MEDICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica	Cardiologia <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. - 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.i. 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.i. diurni - Mantenere e/o migliorare l'indice di case-mix ed il peso relativo medio dei casi trattati registrati nel 2013. - Mantenere o migliorare l'indice comparativo di performance registrato per il 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.

DIPARTIMENTO AFO MEDICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica - 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. Medicina Generale <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. - 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. 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: - 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
---	---

DIPARTIMENTO AFO MEDICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica	precedente. - 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. Nefrologia e Dialisi <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. - 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. Neurologia <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. 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
---	--	---

DIPARTIMENTO AFO MEDICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica	programmata per esterni, attività di consulenza per le UU.OO. del P.O. di Crotone ed all'espletamento di indagini di diagnostica strumentale. Costituisce quindi obiettivo prioritario per l'esercizio 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. 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 del p.l. programmati per la disciplina nell'ambito dell'AFO medica del P.O. Alla U.O. sono quindi assegnati per l'anno in corso le attività le azioni e gli obiettivi specifici di seguito indicati: - 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 precipuo scopo di creare percorsi integrati multidisciplinari per i pazienti che presentano disabilità neurologiche per assicurare tempestività e continuità assistenziale. 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. Oncologia Medica <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
---	--	---

DIPARTIMENTO AFO MEDICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO medica	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. - 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. <i>Oncologia e cure palliative e domiciliari</i> 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. 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. 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. Occorre inoltre considerare al riguardo quanto stabilito con il DPGR n.177 del 25.10.2012 recante -Presa atto intesa, 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".
---	--	---

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 2015

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 2015

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	7.536.579	9.465	7.546.044
a) sanitari	5.707.798	7.168	5.714.966
b) non sanitari	1.828.781	2.297	1.831.078
2 Acquisti di servizi	2.072.814	23.190	2.096.004
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	2.130	6	2.136
e) Altre convenzioni	86.862	8	86.871
f) Servizi appaltati	1.585.439	0	1.585.439
g) Manutenzioni	123.399	11.262	134.661
h) Utenze	92.703	0	92.703
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	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 2015

ALLEGATO C 3.3)

DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

- Obiettivi Specifici 2015 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2015 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%)
DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica	Chirurgia Generale <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. - 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 Crotone 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 nonchè 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 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.

DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica	Ortopedia e Traumatologia <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. - 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 DPCR 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 Crotone 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 (RPOC- Registro di Implantologia Protesica della Calabria). Obiettivo:G01.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 (RPOC - Registro di Implantologia Protesica della Calabria). Obiettivo:G01.S03. - Modifica. (pubblicato il 1 agosto 2013) - 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 Oculistica <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. - 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 DPCR n. 138 del 19.7.2012.
---	--	---

DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica	- 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 operatorio 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. Otorinolaringoiatria (compreso audiologia) <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. - 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 operatorio registrato nell'ultimo triennio. - Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da radiologia.
---	--	--

DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO chirurgica	- 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. 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 2015 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.
---	--	--

Budget 2015

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 2015

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	3.067.551	5.335	3.072.885
a) sanitari	3.014.205	3.762	3.017.967
b) non sanitari	53.346	1.573	54.919
2 Acquisti di servizi	1.215.595	3.763	1.219.358
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	0	0	0
e) Altre convenzioni	17.864	0	17.864
f) Servizi appaltati	958.315	0	958.315
g) Manutenzioni	151.949	1.815	153.765
h) Utenze	52.490	0	52.490
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	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

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

DIPARTIMENTO AFO
SERVIZI DIAGNOSTICI

OBIETTIVI SPECIFICI E BUDGET 2015

ALLEGATO C 3.4)

DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI

- Obiettivi Specifici 2015 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2015 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%)
DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici <i>Riferimenti PdR</i> Decreto n.84 del 4.8.2011 - Approvazione del nuovo nomenclatore provvisorio 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".	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. - 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 DPCR 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 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. - 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

DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici	DPGR n. 138 del 19.7.2012. - 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 Medicina Nucleare <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. - 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 Radiologia <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. - 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
--	---	---

DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI	Riferimenti PdR 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 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. 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. 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	le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere. - Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica. - Concorrere alla realizzazione degli screening dei tumori, primo tra tutti quello orientato alla diagnosi precoce dei tumori della mammella, assicurando il supporto di competenza perché possano essere rispettati gli standard previsti dagli specifici protocolli aziendali. - Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio 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 81/CSR 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 Servizio Immunotrasfusionale 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. - 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 DDPGGRR 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 per operatorio, 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 Finanziamento del SIT 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
---	---	---

DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici	nell'ambito del budget complessivo del dipartimento dei servizi sanitari diagnostici di supporto. 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. <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. - 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.l. alla U.O. utilizzare eventualmente p.l. 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 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. - 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.
--	---	---

DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici	- 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 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. - 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 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. - 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
--	---	--

DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nell'erogazione dei LEA nell'AFO servizi diagnostici	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. - 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 le indicazioni di 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 - 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 Diabetologia Vedi U.O. di Geriatria AFO Medica 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> - 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 2015

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 2015

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	5.629.535	5.646	5.635.181
a) sanitari	5.500.390	1.089	5.501.479
b) non sanitari	129.145	4.557	133.702
2 Acquisti di servizi	1.949.475	26.938	1.976.413
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	21.044	0	21.044
e) Altre convenzioni	73.819	0	73.819
f) Servizi appaltati	1.209.515	0	1.209.515
g) Manutenzioni	440.685	19.023	459.708
h) Utenze	95.610	0	95.610
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	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 2015

ALLEGATO C 3.5)

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

- Obiettivi Specifici 2015 -

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%)
DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE	Miglioramento dell'efficienza nell'erogazione del LEA nell'area materno-infantile 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.	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. - 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 del 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%. - 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.

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE	Miglioramento dell'efficienza nell'erogazione dei LEA nell'area materno-infantile	- 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 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 Pediatria + Neonatologia + TIN <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. - 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 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
---	--	---

Budget 2015

Dipartimento Materno Infantile

UU. OO. Ospedaliera

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 2015

Classificazione costi	costi diretti	costi ribaltati	TOTALE
A) Costi della Produzione			
1 Acquisti di beni	369.002	636	369.638
a) sanitari	337.020	247	337.267
b) non sanitari	31.982	389	32.371
2 Acquisti di servizi	1.361.171	2.329	1.363.500
c) Farmaceutica	0	0	0
d) Medicina di base	0	0	0
e) Altre convenzioni	26.217	0	26.217
f) Servizi appaltati	1.212.588	0	1.212.588
g) Manutenzioni	36.472	347	36.819
h) Utenze	49.255	0	49.255
i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi	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
Totali	7.268.589	194.692	7.463.281

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

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

**OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI
E BUDGET 2015**

ALLEGATO C 3.6)

ALLEGATO "C3.6"

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

- Obiettivi Specifici 2015 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2015 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	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. Allegato -Linee Guida per il Monitoraggio e il Controllo dell'attività di Ricovero Ospedaliero per Acuti.	Direzione Medica di Presidio 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. - 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.
	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. D.P.G.R. n.71 del 29.05.2013 - Approvazione scheda Registro NAD Regionale Obiettivo G05:S14 - Riduzione e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera. (pubblicato il 05 giugno 2013) 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	Farmacia Ospedaliera Attività azioni e obiettivi specifici L'analisi dei consumi farmaceutici ospedalieri relativi all'esercizio 2011 e 2012 evidenzia la necessità di specifici ulteriori interventi in particolare modo finalizzati al miglioramento, alla razionalizzazione e all'appropriatezza dei consumi farmaceutici ospedalieri, inoltre, permane per l'esercizio 2015 l'obiettivo di migliorare ulteriormente la

AREA DELLE FUNZIONI DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO E DI FARMACIA OSPEDALIERA	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 riduttasi (Statine). Obiettivo G05.S13.07 □Allegato 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. 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) 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)	corretta e puntuale applicazione delle procedure di gestione del magazzino farmaceutico e delle scorte nonché la corretta e puntuale attività di alimentazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo. Il servizio farmaceutico ospedaliero dovrà inoltre ulteriormente assicurare la distribuzione diretta di farmaci alla dimissione ospedaliera e dopo la visita specialistica ambulatoriale in ambito ospedaliero. Il servizio farmaceutico ospedaliero sarà pertanto tenuto ad impegnarsi ulteriormente su queste azioni e obiettivi prioritariamente assegnati anche per l'anno in corso, specificando che una efficiente ed efficace gestione dei servizi farmaceutici ospedalieri ed un appropriato utilizzo di farmaci e presidi ospedalieri coinvolge in eguale misura anche i direttori delle UU.OO. ospedaliere. Il servizio di farmacia ospedaliera, per quanto di competenza, dovrà, inoltre, dare concreta attuazione agli interventi di razionalizzazione e controllo della spesa farmaceutica ospedaliera di cui alla DGR 371 del 12.5.2010 adottata dalla Giunta Regionale in esecuzione del piano di rientro nonché dei DPGR adottati dal Presidente della Giunta Regionale indicati nella colonna che precede. 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. 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.
---	--	---

Budget 2015

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 2015

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
Totali	6.328.160	281.213	6.609.373

FARMACIA OSPEDALIERA - BUDGET 2015

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
Totali	568.292	25.574	593.866

RIEPILOGO COMPLESSIVO BUDGET 2015

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>	<i>15.779.045</i>	<i>13.387</i>	<i>15.792.432</i>
<i>b) non sanitari</i>	<i>2.103.830</i>	<i>10.024</i>	<i>2.113.853</i>
2 Acquisti di servizi	8.164.341	28.893.555	37.057.897
<i>c) Farmaceutica</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>d) Medicina di base</i>	<i>256.424</i>	<i>460</i>	<i>256.884</i>
<i>e) Altre convenzioni</i>	<i>323.723</i>	<i>28.829.844</i>	<i>29.153.567</i>
<i>f) Servizi appaltati</i>	<i>6.002.492</i>	<i>0</i>	<i>6.002.492</i>
<i>g) Manutenzioni</i>	<i>832.889</i>	<i>36.724</i>	<i>869.613</i>
<i>h) Utenze</i>	<i>358.250</i>	<i>0</i>	<i>358.250</i>
<i>i) Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	<i>390.563</i>	<i>26.527</i>	<i>417.090</i>
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 2015**

ALLEGATO C 4)

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

- Obiettivi Operativi Specifici 2015 -

MACROSTRUTTURA AZIENDALE	OBIETTIVO E RIFERIMENTI ATTUATIVI DEL PIANO DI RIENTRO	OBIETTIVI SPECIFICI 2015 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 AMMINISTRATIVE E DELLE FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nei servizi amministrativi e nell'area delle funzioni strategiche aziendali	Linee generali di intervento 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. - 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. 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. Tali funzioni sono attuate dalle strutture organizzative che operano a livello centrale e sono deputate alla conduzione dei seguenti macro-processi aziendali: - Gestione e sviluppo delle risorse umane - Progettazione e gestione opere e lavori - Gestione del patrimonio - Approvvigionamento beni e servizi - Gestione risorse finanziarie - Gestione contenzioso giudiziale ed extragiudiziale - Manutenzione impianti ed apparecchiature - 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

AREA DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE E DELLE FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nei servizi amministrativi e nell'area delle funzioni strategiche aziendali	Attività azioni e obiettivi specifici 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: - Rispettare i vincoli economici definiti nel presente piano delle attività aziendale allegato al bilancio economico preventivo 2015; - 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 DPR n. 150/2013.
---	--	--

Budget 2015

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

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone

DATI DI ATTIVITA' E PRINCIPALI INDICATORI OSPEDALIERI

ALLEGATO D)

Piano Performance 2015

1. L'ATTIVITÀ DEL PERIODO

4.1 Assistenza Ospedaliera

- Tabelle confronto dati di attività degli esercizi 2013 e 2012

2013

RIEPILOGO D.R.G. PER REPARTO DAL 01/01/2013 AL 31/12/2013								
TOTALE PRESTAZIONI PROD. 33.293.755,051			SU UN TOTALE DI 15.338 CASI			EURO		
REPARTO DI DIMISSIONE	RICOVERI ORDINARI			RICOVERI DAY-HOSPITAL			TOTALE	
	CASI	DEGENZA	IMPORTO	CASI	ACCESSI	IMPORTO	CASI	IMPORTO
0801 CARDIOLOGIA	1.040	7.516	3.037.331,38	80	271	134.870,50	1.120	3.172.201,88
0901 CHIRURGIA GENERALE	1.417	10.375	3.297.365,22	13	14	11.828,00	1.430	3.309.193,22
1801 EMATOLOGIA	0	0	0,00	145	3.863	848.262,96	145	848.262,96
2101 GERIATRIA	756	7.698	2.266.701,83	116	549	111.500,73	872	2.378.202,56
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	222	2.226	711.374,80	55	208	53.671,00	277	765.045,80
2601 MEDICINA GENERALE	1.169	11.015	3.027.366,43	24	158	37.454,00	1.193	3.064.820,43
2901 NEFROLOGIA	387	4.024	1.383.731,17	233	912	212.615,00	620	1.596.346,17
3201 NEUROLOGIA	0	0	0,00	115	485	100.514,28	115	100.514,28
3401 OCULISTICA	0	0	0,00	436	1.671	519.999,57	436	519.999,57
3601 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	977	6.391	3.328.762,17	147	147	215.063,53	1.124	3.543.825,70
3701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.015	7.102	3.018.173,75	743	1.806	533.623,87	2.758	3.551.797,62
3801 OTORINOLARINGOIATRIA	0	0	0,00	786	3.137	948.142,93	786	948.142,93
3901 PEDIATRIA-NEON-TIN	1.093	3.868	1.253.580,09	206	564	114.344,82	1.299	1.367.924,91
4001 PSICHIATRIA	340	3.292	565.741,92	85	745	118.640,75	425	684.382,67
4901 TERAPIA INTENSIVA	108	1.285	676.552,59	0	0	0,00	108	676.552,59
5001 UNITA' CORONARICA	259	617	388.801,16	0	0	0,00	259	388.801,16
5801 GASTROENTEROLOGIA	0	0	0,00	129	282	72.265,78	129	72.265,78
6201 PATOLOGIA NEONATALE	1.073	3.558	1.407.114,54	50	144	49.823,74	1.123	1.456.938,28
6401 ONCOLOGIA MEDICA	297	3.967	947.367,91	820	11.834	3.899.868,63	1.117	4.847.236,54
7301 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	2	3	1.300,00	0	0	0,00	2	1.300,00
TOTALE	11.155	72.937	25.311.284,96	4.183	25.790	7.982.400,08	15.338	33.293.755,05

2012

REGIONE CALABRIA - A.S.P. CROTONE								
P.O. CROTONE - CROTONE								
RIEPILOGO D.R.G. PER REPARTO DAL 01/01/2012 AL 31/12/2012								
TOTALE PRESTAZIONI PROD. 33.961.037,979			SU UN TOTALE DI 16.459 CASI			EURO		
REPARTO DI DIMISSIONE	RICOVERI ORDINARI			RICOVERI DAY-HOSPITAL			TOTALE	
	CASI	DEGENZA	IMPORTO	CASI	ACCESSI	IMPORTO	CASI	IMPORTO
0801 CARDIOLOGIA	1.085	7.612	3.123.992,26	135	553	360.747,58	1.190	3.484.739,84
0901 CHIRURGIA GENERALE	1.537	10.179	3.129.572,41	20	39	10.120,48	1.557	3.139.692,89
1801 EMATOLOGIA	0	0	0,00	147	3.973	1.128.438,66	147	1.128.438,66
2101 GERIATRIA	881	7.548	2.102.646,17	347	1.606	397.079,66	1.208	2.499.726,15
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	161	2.313	553.072,26	41	154	38.712,03	232	592.784,27
2601 MEDICINA GENERALE	1.412	17.434	3.443.886,62	91	378	103.814,18	1.503	3.547.700,80
2901 NEFROLOGIA	337	3.228	1.057.579,46	238	1.306	342.743,66	575	1.399.323,12
3201 NEUROLOGIA	0	0	0,00	109	418	100.029,83	109	100.029,83
3401 OCULISTICA	98	496	135.190,43	406	1.428	368.620,63	503	503.811,05
3601 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.009	6.609	2.856.718,12	100	127	96.187,81	1.109	2.952.905,93
3701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2.162	8.060	3.367.507,94	850	1.897	540.837,37	2.811	3.908.345,31
3801 OTORINOLARINGOIATRIA	584	2.457	565.831,20	922	1.783	441.709,30	1.106	1.405.340,50
3901 PEDIATRIA	884	3.068	1.035.081,58	187	522	144.377,86	1.071	1.179.459,42
4001 PSICHIATRIA	273	2.570	522.533,34	75	581	105.093,87	348	627.627,21
4901 TERAPIA INTENSIVA	85	1.047	425.368,31	0	0	0,00	85	425.368,31
5001 UNITA' CORONARICA	247	639	360.811,90	0	0	0,00	247	360.811,90
5101 MEDICINA D'URGENZA	151	327	255.825,82	0	0	0,00	151	255.825,82
5801 GASTROENTEROLOGIA	0	0	0,00	137	330	80.655,04	137	80.655,04
6201 PATOLOGIA NEONATALE	1.450	5.529	1.856.872,15	72	204	50.553,83	1.522	1.907.425,98
6401 ONCOLOGIA MEDICA	11	78	67.895,89	824	11.676	4.516.266,99	835	4.584.162,88
7301 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3	20	11.826,36	0	0	0,00	3	11.826,36

P.O. CROTONE														
INDICATORI IN REGIME ORDINARIO - DAL 01/01/2013 AL 31/12/2013 GIORNATE DI RIFERIMENTO 365														
Reparto	Numero Dimessi	Posti Letto	Degenza Totale	Numero Interventi	Numero Decessi	Casi Chirug.	Indice di Rotazione	Tasso di Occupaz.	Intervallo Turn-Over	Indice di Letalità	% Interventi	Degenza Media	% C. Chir.	Deg. Med. Pre.Op.
0801 CARDIOLOGIA	1.040	20,00	7.516	75	19	104	52,00	102,96	-0,21	1,83	7,21	7,23	10,00	4,04
0901 CHIRURGIA GENERALE	1.417	40,00	10.375	404	30	321	35,42	71,06	2,98	2,12	28,51	7,32	22,65	5,55
2101 GERIATRIA	756	20,00	7.698	29	124	25	37,80	105,45	-0,53	16,40	3,84	10,18	3,31	7,57
2401 MALATTIE INFETTIVE E	222	10,00	2.226	0	0	0	22,20	60,99	6,41	0,00	0,00	10,03	0,00	0,00
2601 MEDICINA GENERALE	1.169	40,00	11.015	6	36	6	29,23	75,45	3,07	3,08	0,51	9,42	0,51	9,83
2901 NEFROLOGIA	387	10,00	4.024	35	16	34	38,70	110,25	-0,97	4,13	9,04	10,40	8,79	7,48
3601 ORTOPEDIA E	977	30,00	6.391	736	10	590	32,57	58,37	4,67	1,02	75,33	6,54	60,39	3,97
3701 OSTETRICIA E	2.015	26,00	7.102	790	0	614	77,50	74,84	1,19	0,00	39,21	3,52	30,47	1,39
3901 PEDIATRIA-NEONATOLO	1.093	15,00	3.868	0	1	0	72,87	70,65	1,47	0,09	0,00	3,54	0,00	0,00
4001 PSICHIATRIA	340	14,00	3.292	0	0	0	24,29	64,42	5,35	0,00	0,00	9,68	0,00	0,00
4901 TERAPIA INTENSIVA	108	10,00	1.285	15	72	15	10,80	35,21	21,90	66,67	13,89	11,90	13,89	2,50
5001 UNITA' CORONARICA	259	10,00	617	10	19	12	25,90	16,90	11,71	7,34	3,86	2,38	4,63	0,75
6201 PATOLOGIA	1.073	8,00	3.558	0	0	0	134,13	121,85	-0,59	0,00	0,00	3,32	0,00	0,00
6401 ONCOLOGIA MEDICA	297	10,00	3.967	16	65	17	29,70	108,68	-1,07	21,89	5,39	13,36	5,72	9,00
7301 TERAPIA INTENSIVA	2	1,00	3	0	0	0	2,00	0,82	181,00	0,00	0,00	1,50	0,00	0,00
TOTALE ISTITUTO	11.188	264,00	72.937	2.116	392	1.738	42,25	75,69	2,19	3,81	14,97	6,84	15,68	3,81

P.O. CROTONE														
INDICATORI IN REGIME ORDINARIO - DAL 01/01/2012 AL 31/12/2012 GIORNATE DI RIFERIMENTO 365														
Reparto	Numero Dimessi	Posti Letto	Degenza Totale	Numero Interventi	Numero Decessi	Casi Chirug.	Indice di Rotazione	Tasso di Occupaz.	Intervallo Turn-Over	Indice di Letalità	% Interventi	Degenza Media	% C. Chir.	Deg. Med. Pre.Op.
0801 CARDIOLOGIA	1.065	20,00	7.612	75	19	130	40,58	79,99	1,80	1,80	7,11	7,22	12,32	3,02
0901 CHIRURGIA GENERALE	1.537	40,00	10.179	420	41	338	32,62	57,94	4,81	2,87	27,33	6,62	21,39	4,80
2101 GERIATRIA	861	20,00	7.548	16	190	12	43,05	103,11	-0,26	18,58	1,88	8,77	1,39	5,33
2401 MALATTIE INFETTIVE E	191	10,00	2.313	3	0	1	12,73	42,13	16,63	0,00	1,37	12,11	0,52	2,00
2601 MEDICINA GENERALE	1.412	58,00	17.434	10	80	10	24,34	82,13	2,69	5,67	0,71	12,35	0,71	2,75
2901 NEFROLOGIA	327	8,00	3.228	35	12	36	42,13	110,25	-0,89	3,56	10,39	9,58	10,39	5,89
3401 OCULISTICA	98	10,00	496	31	0	29	9,80	13,55	32,29	0,00	31,63	5,06	29,88	1,96
3601 ORTOPEDIA E	1.009	28,00	8.609	775	5	605	36,04	64,49	3,61	0,60	75,81	6,56	69,96	3,58
3701 OSTETRICIA E	3.160	32,00	8.089	881	5	734	87,35	89,10	1,88	0,00	40,94	3,78	34,11	1,73
3801 OTORINOLARINGOIATRI	584	10,00	2.457	250	1	194	58,40	67,13	2,06	0,17	42,81	4,21	33,22	1,55
3901 PEDIATRIA	884	10,00	3.098	0	0	0	88,40	84,64	0,64	0,00	0,00	3,50	0,00	0,00
4001 PSICHIATRIA	273	14,00	2.570	1	0	1	19,50	50,16	9,36	0,00	0,37	9,41	0,37	9,00
4901 TERAPIA INTENSIVA	95	8,00	1.047	12	60	13	11,88	35,76	19,80	63,16	12,63	11,02	13,68	0,86
5001 UNITA' CORONARICA	247	8,00	639	7	19	7	30,88	21,32	9,27	7,69	2,83	2,59	2,83	7,00
5101 MEDICINA D'URGENZA	151	8,00	527	5	4	0	18,88	18,00	15,90	2,69	0,00	3,49	0,00	0,00
6201 PATOLOGIA	1.440	8,00	6.630	0	0	0	241,67	251,76	-2,30	0,14	0,14	3,81	0,00	0,00
6401 ONCOLOGIA MEDICA	11	10,00	78	1	1	1	1,10	2,13	325,64	0,00	9,09	7,09	9,09	0,00
7301 TERAPIA INTENSIVA	3	8,00	20	0	1	0	0,38	0,68	989,33	33,33	0,00	6,67	0,00	0,00
TOTALE ISTITUTO	12.770	271,00	71.683	2.511	171	1.343	37,77	68,11	2,77	3,81	14,97	6,84	15,68	3,81

P.O. CROTONE												
INDICATORI IN REGIME DAY-HOSPITAL - DAL 01/01/2013 AL 31/12/2013 GIORNATE MEDIE DI RIFERIMENTO 313												
Reperto	DH Conclusi	Posti Letto	Presenze Totale	DH Attivati	Numero Decessi	Casi Chirug.	Indice di Rotazione	Tasso di Utilizzo	% Day-Hospital	Indice di Letalità	Presenza Media	% C. Chir.
0801 CARDIOLOGIA	80	1,00	271	0	0	42	80,00	86,58	7,14	0,00	3,39	52,50
0901 CHIRURGIA GENERALE	13	1,00	14	0	0	9	13,00	4,47	0,91	0,00	1,08	69,23
1801 EMATOLOGIA	145	4,00	3.863	0	0	0	36,25	308,55	100	0,00	26,64	0,00
2101 GERIATRIA	116	1,00	549	0	0	0	116,00	175,40	13,3	0,00	4,73	0,00
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	55	1,00	208	0	0	0	55,00	66,45	19,86	0,00	3,78	0,00
2601 MEDICINA GENERALE	24	1,00	158	0	0	0	24,00	50,48	2,01	0,00	6,58	0,00
2901 NEFROLOGIA	233	2,00	912	0	0	1	116,50	145,69	37,58	0,00	3,91	0,43
3201 NEUROLOGIA	115	1,00	485	0	0	2	115,00	154,95	100	0,00	4,22	1,74
3401 OCULISTICA	436	2,00	1.671	0	0	244	218,00	266,93	100	0,00	3,83	55,96
3601 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	147	1,00	147	0	0	143	147,00	46,96	13,08	0,00	1,00	97,28
3701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	743	4,00	1.806	0	0	337	185,75	144,25	26,94	0,00	2,43	45,36
3801 OTORINOLARINGOIATRIA	786	5,00	3.137	0	0	499	157,20	200,45	100	0,00	3,99	63,49
3901 PEDIATRIA-NEONATOLOGIA	206	1,00	564	0	0	4	206,00	180,19	15,86	0,00	2,74	1,94
4001 PSICHIATRIA	85	2,00	745	0	0	0	42,50	119,01	20	0,00	8,76	0,00
5801 GASTROENTEROLOGIA	129	1,00	282	0	0	6	129,00	90,10	100	0,00	2,19	4,65
6201 PATOLOGIA NEONATALE	50	1,00	144	0	0	0	50,00	46,01	4,45	0,00	2,88	0,00
6401 ONCOLOGIA MEDICA	820	10,00	11.834	0	0	59	82,00	378,08	73,41	0,00	14,43	7,20
TOTALE ISTITUTO	4.183	36,00	26.790			1.348	107,26	219,46	27,94	0,00	4,48	32,18

P.O. CROTONE												
INDICATORI IN REGIME DAY-HOSPITAL - DAL 01/01/2012 AL 31/12/2012 GIORNATE MEDIE DI RIFERIMENTO 314												
Reperto	DH Conclusi	Posti Letto	Presenze Totale	DH Attivati	Numero Decessi	Casi Chirug.	Indice di Rotazione	Tasso di Utilizzo	% Day-Hospital	Indice di Letalità	Presenza Media	% C. Chir.
0801 CARDIOLOGIA	135	4,00	533	0	0	64	53,75	42,44	11,34	0,00	3,95	47,41
0901 CHIRURGIA GENERALE	20	9,00	39	0	0	1	2,22	1,38	1,28	0,00	1,95	5,00
1801 EMATOLOGIA	147	8,00	3.973	0	0	0	18,38	158,16	100	0,00	27,00	0,00
2101 GERIATRIA	347	4,00	1.605	0	0	4	86,75	127,79	28,73	0,00	4,63	1,15
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	41	5,00	134	0	0	0	8,20	8,54	17,67	0,00	3,27	0,00
2601 MEDICINA GENERALE	91	6,00	375	0	0	1	15,17	19,90	6,06	0,00	4,12	1,10
2901 NEFROLOGIA	238	2,00	1.205	0	0	1	119,00	192,04	41,39	0,00	5,07	0,42
3201 NEUROLOGIA	109	3,00	416	0	0	0	36,33	44,16	100	0,00	3,82	0,00
3401 OCULISTICA	405	5,00	1.426	0	0	231	81,00	90,63	80,52	0,00	3,52	57,04
3601 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	100	4,00	127	0	0	86	25,00	10,11	9,02	0,00	1,27	86,00
3701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	650	6,00	1.897	0	0	231	109,83	100,69	23,44	0,00	2,88	35,06
3801 OTORINOLARINGOIATRIA	522	6,00	1.763	0	0	213	87,00	93,58	47,2	0,00	3,38	40,80
3901 PEDIATRIA	187	4,00	522	0	0	6	46,75	41,56	17,46	0,00	2,79	2,67
4001 PSICHIATRIA	73	2,00	581	0	0	1	37,50	89,33	21,55	0,00	7,48	1,33
5801 GASTROENTEROLOGIA	137	1,00	330	0	0	7	137,00	105,10	100	0,00	2,41	5,11
6201 PATOLOGIA NEONATALE	72	2,00	204	0	0	0	36,00	32,48	4,73	0,00	2,83	0,00
6401 ONCOLOGIA MEDICA	824	10,00	11.875	0	0	27	82,40	371,82	98,88	0,00	14,17	3,28

INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE DAL 01/01/2013 AL 31/12/2013				
REPARTO DI DIMISSIONE		CASI	I.C.P.	Peso Totale
0801	CARDIOLOGIA	873	1,115	877,1547
0901	CHIRURGIA GENERALE	1064	1,073	943,4224
2101	GERIATRIA	554	1,482	572,4407
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	201	1,332	209,2294
2601	MEDICINA GENERALE	1032	1,426	956,6543
2901	NEFROLOGIA	316	1,411	369,4453
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	822	0,998	956,4380
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1702	0,518	961,0090
3901	PEDIATRIA-NEON-TIN	616	0,631	283,6462
5001	UNITA' CORONARICA	44	0,663	42,8524
6201	PATOLOGIA NEONATALE	312	0,643	226,1411
6401	ONCOLOGIA MEDICA	160	1,592	174,5912
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	1	0,305	,2085
TOTALE ISTITUTO		7.687	1,000	8873,2332

REGIONE CALABRIA - A.S.P. CROTONE P.O. CROTONE - CROTONE				
INDICE COMPARATIVO DI PERFORMANCE DAL 01/01/2012 AL 31/12/2012				
REPARTO DI DIMISSIONE		CASI	I.C.P.	Peso Totale
0801	CARDIOLOGIA	896	1,070	888,0351
0901	CHIRURGIA GENERALE	1205	1,057	1115,6800
2101	GERIATRIA	659	1,333	647,0201
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	176	1,492	184,5031
2601	MEDICINA GENERALE	1247	1,773	1178,2087
2901	NEFROLOGIA	291	1,479	350,5480
3401	OCULISTICA	84	0,783	58,8595
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	861	0,996	1003,2206
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1890	0,539	1063,2806
3801	OTORINOLARINGOIATRIA	519	0,630	372,6944
3901	PEDIATRIA	637	0,598	294,6110
5001	UNITA' CORONARICA	44	0,768	48,0547
5101	MEDICINA D'URGENZA	117	0,584	93,8788
6201	PATOLOGIA NEONATALE	580	0,753	395,9991
6401	ONCOLOGIA MEDICA	8	1,243	8,3584
TOTALE ISTITUTO		8.314	1,000	7791,9851

PESO RELATIVO MEDIO E INDICE DI CASE-MIX			
Regime Ordinario - Dal 01/01/2013 Al 31/12/2013			
REPARTO DI DIMISSIONE	P.R.M.	I.C.M.	Peso Totale
0801 CARDIOLOGIA	1,0083	1,1788	1048,6532
0901 CHIRURGIA GENERALE	0,8627	1,0086	1222,5161
2101 GERIATRIA	1,0431	1,2195	788,5667
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,0439	1,2204	231,742
2601 MEDICINA GENERALE	0,9364	1,0948	1094,7014
2901 NEFROLOGIA	1,1708	1,3688	453,0966
3601 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,1005	1,2866	1075,2159
3701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,5426	0,6344	1093,3973
3901 PEDIATRIA-NEON-TIN	0,4406	0,5151	383,3181
4901 TERAPIA INTENSIVA	1,919	2,2435	207,2547
5001 UNITA' CORONARICA	1,0666	1,247	276,2491
6201 PATOLOGIA NEONATALE	0,7053	0,8246	246,1464
6401 ONCOLOGIA MEDICA	1,0756	1,2575	319,4557
7301 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0,2085	0,2438	0,417
ISTITUTO	0,8554	1,000	8449,7302

REGIONE CALABRIA - A.S.P. CROTONE			
P.O. CROTONE - CROTONE			
PESO RELATIVO MEDIO E INDICE DI CASE-MIX			
Regime Ordinario - Dal 01/01/2012 Al 31/12/2012			
REPARTO DI DIMISSIONE	P.R.M.	I.C.M.	Peso Totale
0801 CARDIOLOGIA	0,984	1,1855	1038,1259
0901 CHIRURGIA GENERALE	0,8829	1,0637	1357,093
2101 GERIATRIA	1,0027	1,208	863,3343
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,0633	1,2811	203,0965
2601 MEDICINA GENERALE	0,9681	1,1663	1366,953
2901 NEFROLOGIA	1,1948	1,4394	402,6435
3401 OCULISTICA	0,6697	0,8068	65,6283
3601 ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,0648	1,3069	1094,5338
3701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,5446	0,6561	1171,9616
3801 OTORINOLARINGOIATRIA	0,709	0,8542	414,0704
3901 PEDIATRIA	0,4453	0,5365	393,6493
4901 TERAPIA INTENSIVA	1,7482	2,1062	166,0829
5001 UNITA' CORONARICA	0,9691	1,1675	239,3708
5101 MEDICINA D'URGENZA	0,8044	0,9691	121,4675
6201 PATOLOGIA NEONATALE	0,6703	0,8075	411,5487
6401 ONCOLOGIA MEDICA	1,7169	2,0685	18,886
7301 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0,6891	0,8302	2,0673
ISTITUTO	0,830	1,000	8300,0000

PESO RELATIVO MEDIO E INDICE DI CASE-MIX

Regime Day-Hospital - Dal 01/01/2013 Al 31/12/2013

REPARTO DI DIMISSIONE		P.R.M.	I.C.M.	Peso Totale
0801	CARDIOLOGIA	1,0786	1,3886	86,2893
0901	CHIRURGIA GENERALE	0,7742	0,9967	10,0652
1801	EMATOLOGIA	0,8243	1,0612	119,5245
2101	GERIATRIA	0,7804	1,0047	90,532
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,197	1,541	65,8339
2601	MEDICINA GENERALE	0,9088	1,170	21,811
2901	NEFROLOGIA	0,901	1,160	209,9407
3201	NEUROLOGIA	0,8002	1,0301	92,0186
3401	OCULISTICA	0,7652	0,9851	333,6288
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,8556	1,1015	125,7756
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,5093	0,6557	378,4032
3801	OTORINOLARINGOIATRIA	0,8038	1,0348	631,8123
3901	PEDIATRIA-NEON-TIN	0,5783	0,7445	119,1328
5801	GASTROENTEROLOGIA	0,8029	1,0336	103,5749
6201	PATOLOGIA NEONATALE	1,9164	2,4671	95,8188
6401	ONCOLOGIA MEDICA	0,8525	1,0975	699,0498
ISTITUTO		0,7768	1,000	3183,2114

REGIONE CALABRIA - A.S.P. CROTONE

P.O. CROTONE - CROTONE

PESO RELATIVO MEDIO E INDICE DI CASE-MIX

Regime Day-Hospital - Dal 01/01/2012 Al 31/12/2012

REPARTO DI DIMISSIONE		P.R.M.	I.C.M.	Peso Totale
0801	CARDIOLOGIA	0,9655	1,2363	130,344
0901	CHIRURGIA GENERALE	0,6621	0,8478	13,2424
1801	EMATOLOGIA	0,8117	1,0394	119,3232
2101	GERIATRIA	0,8048	1,0305	279,2709
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,2447	1,5938	51,0321
2601	MEDICINA GENERALE	0,7838	1,0036	71,3252
2901	NEFROLOGIA	0,8294	1,0621	197,4085
3201	NEUROLOGIA	0,7432	0,9516	81,0048
3401	OCULISTICA	0,7519	0,9828	304,5289
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,8513	1,0901	85,1349
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,5012	0,6418	330,3151
3801	OTORINOLARINGOIATRIA	0,7214	0,9237	376,5573
3901	PEDIATRIA	0,524	0,671	97,9882
5801	GASTROENTEROLOGIA	0,8473	1,0849	116,0788
6201	PATOLOGIA NEONATALE	2,9656	3,7974	213,5259
6401	ONCOLOGIA MEDICA	0,8293	1,0619	683,3489
ISTITUTO		0,770	1,000	3150,7281

Attività in regime di ricovero ordinario

Variazioni percentuali osservate: confronto 2013 vs 2012

Cod	Reparto	Ricoveri	Dimessi	TU	IT	Degenza media	Degenza media preoperat.
0801	CARDIOLOGIA		-1,4	28,7	-111,7	0,1	33,8
0901	CHIRURGIA GENERALE		-7,8	22,6	-38,0	10,6	15,6
1801	EMATOLOGIA						
2101	GERIATRIA		-12,2	2,3	103,8	16,1	
2401	MAL. INFETTIVE E TROP.		16,2	44,8	-61,5	-91,5	
2601	MEDICINA GENERALE		-17,2	-8,1	14,1	-23,7	
2901	NEFROLOGIA		14,8	0,0	9,0	8,6	
3201	NEUROLOGIA						
3401	OCULISTICA						
3601	ORTOPEDIA E TRAUM.		-3,3	-9,5	29,7	0,0	10,9
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		-6,4	8,2	-29,2	-6,4	-19,7
3801	OTORINOLARINGOIATRIA						
3901	PEDIATRIA		23,6	-16,5	129,7	1,1	
4001	PSICHIATRIA		24,5	28,4	-42,8	2,9	
4901	TERAPIA INTENSIVA		13,7	-1,5	10,6	8,0	
5001	UNITA' CORONARICA		4,9	-22,5	26,3	-8,1	
5101	MEDICINA D'URGENZA						
5801	GASTROENTEROLOGIA						
6201	PATOLOGIA NEONATALE		-26,0	-51,6	-74,3	-12,9	
6401	ONCOLOGIA MEDICA						
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE						
ISTITUTO			-9,7	14,0	-35,4	1,6	

Attività in regime di ricovero ordinario

Variazioni percentuali osservate: confronto 2013 vs 2012

Cod	Reparto	PRM	ICM	Peso totale		Casi	ICP	Peso totale
0801	CARDIOLOGIA	2,5	-0,6	1,0		-2,6	4,2	-1,2
0901	CHIRURGIA GENERALE	-2,3	-5,2	-9,9		-11,7	1,5	-15,4
1801	EMATOLOGIA							
2101	GERIATRIA	4,0	1,0	-8,7		-15,9	11,2	-11,5
2401	MAL. INFETTIVE E TROP.	-1,8	-4,7	5,2		14,2	-10,7	13,4
2601	MEDICINA GENERALE	-3,3	-6,1	-19,9		-17,2	-19,6	-18,8
2901	NEFROLOGIA	-2,0	-4,9	12,5		8,6	-4,6	5,4
3201	NEUROLOGIA							
3401	OCULISTICA							
3601	ORTOPEDIA E TRAUM.	1,4	-1,6	-1,8		-4,5	0,2	-4,7
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-0,4	-3,3	-6,7		-9,9	-3,9	-9,6
3801	OTORINOLARINGOIATRIA							
3901	PEDIATRIA	-1,1	-4,0	-2,6		-3,3	5,5	-3,7
4001	PSICHIATRIA							
4901	TERAPIA INTENSIVA	9,8	6,5	24,8				

5001	UNITA' CORONARICA	10,1	6,8	15,4		0,0	-13,7	-7,0
5101	MEDICINA D'URGENZA							
5801	GASTROENTEROLOGIA							
6201	PATOLOGIA NEONATALE	5,2	2,1	-40,2		-46,2	-14,6	-42,9
6401	ONCOLOGIA MEDICA							
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-69,7	-70,6	-79,8				
ISTITUTO		3,1		-9,5		-16,5		-14,6

Attività in regime di ricovero diurno (DH + DS)

Variazioni percentuali osservate: confronto 2013 vs 2012

Cod	Reparto	DH conclusi	Presenze totali	Casi chirurgici	IR	TU	% DH	Presenza media	% Casi Chirurgici
0801	CARDIOLOGIA	-40,7	-49,2		-76,3	104,0	-37,0	-14,2	
0901	CHIRURGIA GENERALE	-35,0	-64,1		485,6	223,9	-28,9	-44,6	
1801	EMATOLOGIA	-1,4	-2,8		97,2	95,1		-1,4	
2101	GERIATRIA	-66,6	-65,8		-81,6	37,3	-53,7	2,2	
2401	MAL. INFETTIVE E TROP.	34,1	55,2		570,7	678,1	12,4	15,6	
2601	MEDICINA GENERALE	-76,2	-61,3		42,6	133,1	-69,9	62,9	
2901	NEFROLOGIA	-2,1	-24,4		-2,1	-24,1	-9,2	-22,9	
3201	NEUROLOGIA	5,5	16,6		216,5	250,9		10,5	
3401	OCULISTICA	7,7	17,2	5,6	169,1	2615,5	24,2	8,8	-1,9
3601	ORTOPEDIA E TRAUM.	47,0	15,7	66,3	488,0	364,5	45,2	-21,3	13,1
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12,7	-4,8	45,9	69,1	43,3	14,9	-15,6	29,4
3801	OTORINOLARINGOIATRIA	50,6	77,9	134,3	80,7	114,2	111,9	18,0	129,1
3901	PEDIATRIA	10,2	8,0		340,6	333,6	-9,2	-1,8	
4001	PSICHIATRIA	13,3	32,8		13,3	33,2	-7,2	17,1	
4901	TERAPIA INTENSIVA								
5001	UNITA' CORONARICA								
5101	MEDICINA D'URGENZA								
5801	GASTROENTEROLOGIA	-7,2	-17,5		-7,2	-17,3		-11,0	
6201	PATOLOGIA NEONATALE	-30,6	-29,4		38,9	41,7	-5,9	1,8	
6401	ONCOLOGIA MEDICA	-0,5	1,4		-0,5	1,7	-25,6	1,8	
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE								
ISTITUTO		1,5	-0,2		110,8	108,0	8,3	-1,7	51,9

Attività in regime di ricovero diurno (DH + DS)

Variazioni percentuali osservate: confronto 2013 vs 2012

Cod	Reparto	PRM	ICM	Peso totale
0801	CARDIOLOGIA	11,7	12,4	-33,8
0901	CHIRURGIA GENERALE	16,9	17,6	-24,0
1801	EMATOLOGIA	1,6	2,2	-100,0
2101	GERIATRIA	-3,0	-2,4	-67,6
2401	MAL. INFETTIVE E TROP.	-3,8	-3,3	29,0
2601	MEDICINA GENERALE	15,0	15,7	-72,7
2901	NEFROLOGIA	8,6	9,3	6,3
3201	NEUROLOGIA	7,7	8,3	13,6
3401	OCULISTICA	1,8	2,4	9,6

3601	ORTOPEDIA E TRAUM.	0,5	1,1	47,7
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1,6	2,2	14,6
3801	OTORINOLARINGOIATRIA	11,4	12,1	67,8
3901	PEDIATRIA	10,4	11,0	21,6
4001	PSICHIATRIA			
4901	TERAPIA INTENSIVA			
5001	UNITA' CORONARICA			
5101	MEDICINA D'URGENZA			
5801	GASTROENTEROLOGIA	-6,1	-5,6	-12,9
6201	PATOLOGIA NEONATALE	-35,4	-35,0	-55,1
6401	ONCOLOGIA MEDICA	2,8	3,4	2,3
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			
ISTITUTO		-0,6		0,7

Assistenza Territoriale

- Tabella confronto dati di attività degli esercizi 2013 e 2012**

Prestazioni specialistiche ambulatoriali				
Cod	Struttura	2013	2012	Variazione 2013 vs 2012
		num.	num.	%
001800	CACCURI	287	221	29,9
	SAN MAURO MARCHESATO		658	-100,0
002100	CASABONA	2.309	2.343	-1,5
002600	CIRO'	3.291	3.004	9,6
009800	CIRO' MARINA	268.138	267.522	0,2
003000	COTRONEI	2.556	2.887	-11,5
011000	CUTRO	8.577	8.026	6,9
010900	ISOLA CAPO RIZZUTO	6.337	6.039	4,9
005800	MELISSA	322	323	-0,3
005900	MESORACA	173.416	181.888	-4,7
007400	ROCCABERNARDA	1.594	1.664	-4,2
007300	PETILIA POLICASTRO	3.207	3.387	-5,3
006600	STRONGOLI	2.680	2.630	1,9
004600	POLIAMBULATORIO C.SO MESSINA -KR	54.719	43.070	27,0
004500	POLIAMBULATORIO P.O. - KR	638.470	861.058	-25,9
TOTALE ASP		1.165.903	1.384.720	-15,8

Numero prestazioni equivalente				
Cod	Struttura	2013	2012	Variazione 2013 vs 2012
		num.	num.	%
001800	CACCURI	1.013	785	29,0
	SAN MAURO MARCHESATO		2.068	-100,0
002100	CASABONA	7.647	7.566	1,1
002600	CIRO'	9.121	9.939	-8,2
009800	CIRO' MARINA	278.796	394.437	-29,3
003000	COTRONEI	8.845	10.128	-12,7
011000	CUTRO	31.163	30.935	0,7
010900	ISOLA CAPO RIZZUTO	20.501	25.545	-19,7
005800	MELISSA	1.289	1.293	-0,3
005900	MESORACA	284.562	357.227	-20,3
007400	ROCCABERNARDA	4.225	4.534	-6,8
007300	PETILIA POLICASTRO	10.641	11.511	-7,6
006600	STRONGOLI	8.257	9.109	-9,4
004600	POLIAMBULATORIO C.SO MESSINA -KR	188.578	147.163	28,1
004500	POLIAMBULATORIO P.O. - KR	2.608.252	4.091.545	-36,3
TOTALE ASP		3.462.890	5.103.785	-32,2

Prevenzione

• Tabella confronto dati di attività degli esercizi 2013 e 2012

ATTIVITA' DI PREVENZIONE			
Tipologia Attività	2013	2012	Variazione 2013 vs 2012
	n.	n.	%
Lavoratori controllati/esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie	3951	5917	-33,2
Indagini per infortuni	5	9	-44,4
Aziende interessate	1521	780	95,0
Aziende con interventi di vigilanza	402	196	105,1
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di mal. infettive)	47	30	56,7
Campagne di screening	2	2	0,0
Residenti vaccinati	1616	1623	-0,4
Pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	21	37	-43,2
Pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile	21	37	-43,2



ASP Crotone

Magna Grecia

Protocollo nr 44759 del 23/06/2015 (PARTENZA)



Ing. Massimo Scura
Commissario ad acta
Settore Sanità Regione Calabria
Sede

Dr. Andrea Urbani
SuB Commissario
Sede

Prof. Dr. Riccardo Fatarella
Direttore Generale
Dipartimento Sanità Regione Calabria
Sede

Oggetto: Invio proposte budget privati accreditati, proposte di modifica della rete ospedaliera, rimodulazione postazioni di continuità assistenziale e postazioni di emergenza territoriale, richiesta autorizzazione assunzioni di personale.

Con riferimento alla Vostra mail del 22 giugno 2015 in allegato alla presente si trasmette la documentazione richiesta debitamente siglata e sottoscritta dallo scrivente e qui di seguito indicata.

Allegato 1

Proposta fabbisogno assistenziale e budget acquisto prestazioni da privato per assistenza ospedaliera compreso APA e PAC, per assistenza specialistica ambulatoriale e per assistenza residenziale semiresidenziale e di riabilitazione territoriale.

Allegato 2

Proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera, emergenza urgenza e reti tempo dipendenti dell'ASP di Crotone e correlate proposte di modifica. Si precisa che nella parte relativa alla rete emergenza urgenza è riportata la proposta aziendale in ordine alle postazioni di emergenza e alla rimodulazione delle postazioni di continuità assistenziale.

Allegato 3

Richiesta autorizzazione assunzioni di personale.

Si precisa che in ordine al precedente punto c) questa ASP ha già provveduto con nota n. protocollo 37807 del 3.6.2015 ed inviare alla SS.LL., debitamente siglata e firmata, la richiesta di cui trattasi comprensiva di apposita e circostanziata relazione in ordine alle motivazioni. La stessa, peraltro, è stata consegnata anche in occasione del recente incontro presso la struttura commissariale.

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Il Commissario
Dr. Sergio Arena

ASP Crotone - Palma DRAGONE - Direzione Generale

Da: Posta Certificata [direzione generale@pec.asp.crotone.it]
Inviato: martedì 23 giugno 2015 10.27
A: 'commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it'
Oggetto: RICHIESTA FORMALIZZAZIONE PROPOSTE BUDGET, ASSUNZIONE PERSONALE E MODIFICHE RETI
Allegati: 44759 NOTA INVIO PROPOSTE BUDGET PRIVATI E RIORDINO RETEpdf;
ALLEGATO 1 Proposta ASP piano acquisti 2015.doc; ALLEGATO 1 TABELLA
CONSUNTIVO 2014 E PROPOSTA 2015.pdf; ALLEGATO 2 PROPOSTA DI
RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA - EMERGENZA - URGENZA ASP
CROTONE.pdf; ALLEGATO 3 RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ASSUNZIONI DI
PERSONALE.pdf

IN ALLEGATO ALLA PRESENTE SI TRASMETTONO I DOCUMENTI RICHIESTI CON E MAIL DEL 22 GIUGNO 2015 CON
OGGETTO "RICHIESTA FORMALIZZAZIONE PROPOSTE BUDGET, ASSUNZIONE PERSONALE E MODIFICHE RETI"

CORDIALI SALUTI.

ASP Crotone - Palma DRAGONE - Direzione Generale

Da: posta-certificata@pec.aruba.it
Inviato: martedì 23 giugno 2015 10.35
A: direzionegenerale@pec.asp.crotone.it
Oggetto: ACCETTAZIONE: RICHIESTA FORMALIZZAZIONE PROPOSTE BUDGET, ASSUNZIONE PERSONALE E MODIFICHE RETI
Allegati: daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@pec.aruba.it

-- Ricevuta di accettazione del messaggio indirizzato a
commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it ("posta certificata") --

Il giorno 23/06/2015 alle ore 10:34:49 (+0200) il messaggio con Oggetto
"RICHIESTA FORMALIZZAZIONE PROPOSTE BUDGET, ASSUNZIONE PERSONALE E MODIFICHE RETI "
inviato da "direzionegenerale@pec.asp.crotone.it"
ed indirizzato a:
commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it ("posta certificata")
è stato accettato dal sistema ed inoltrato.
Identificativo del messaggio: opec275.20150623103449.04487.04.2.48@pec.aruba.it
L'allegato daticert.xml contiene informazioni di servizio sulla trasmissione

ASP Crotone - Palma DRAGONE - Direzione Generale

Da: posta-certificata@pec.aruba.it
Inviato: martedì 23 giugno 2015 10.35
A: direzionegenerale@pec.asp.crotone.it
Oggetto: CONSEGNA: RICHIESTA FORMALIZZAZIONE PROPOSTE BUDGET, ASSUNZIONE PERSONALE E MODIFICHE RETI
Allegati: daticert.xml; postacert.eml (17,8 MB)
Firmato da: posta-certificata@pec.aruba.it

-- Ricevuta di avvenuta consegna del messaggio indirizzato a commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it "posta certificata" --

Il giorno 23/06/2015 alle ore 10:34:57 (+0200) il messaggio con Oggetto "RICHIESTA FORMALIZZAZIONE PROPOSTE BUDGET, ASSUNZIONE PERSONALE E MODIFICHE RETI" inviato da "direzionegenerale@pec.asp.crotone.it" ed indirizzato a "commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it" è stato correttamente consegnato al destinatario.
Identificativo del messaggio: opec275.20150623103449.04487.04.2.48@pec.aruba.it
Il messaggio originale è incluso in allegato, per aprirlo cliccare sul file "postacert.eml" (nella webmail o in alcuni client di posta l'allegato potrebbe avere come nome l'oggetto del messaggio originale).
L'allegato daticert.xml contiene informazioni di servizio sulla trasmissione

NOTA

La presenza o meno del messaggio originale, come allegato della ricevuta di consegna (file postacert.eml), dipende dal tipo di ricevuta di consegna che è stato scelto di ricevere, secondo la seguente casistica:

- Ricevuta di consegna completa (Default): il messaggio originale completo è allegato alla ricevuta di consegna.
- Ricevuta di consegna breve: il messaggio originale è allegato alla ricevuta di consegna ma eventuali allegati presenti al suo interno verranno sostituiti con i rispettivi hash.
- Ricevuta di consegna sintetica: il messaggio originale non verrà allegato nella ricevuta di consegna.

Per maggiori dettagli consultare:

<http://kb.aruba.it/KB/a701/ricevuta-di-avvenuta-consegna.aspx?KBSearchID=1358305>



Allegato 1

Proposta fabbisogno assistenziale e budget acquisto prestazioni da privato per assistenza ospedaliera compreso APA e PAC, per assistenza specialistica ambulatoriale e per assistenza residenziale semiresidenziale e di riabilitazione territoriale.



Oggetto: Proposta piano aziendale per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera, assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza territoriale da privato accreditato anno 2015.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Premessa

Il carattere pubblico ed universalistico del SSN richiamato dalla normativa del nostro Paese, non è ovviamente da associare ad un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica quanto piuttosto all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema. Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate che concorrono a garantire i livelli essenziali di assistenza nonché gli obiettivi assistenziali definiti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale debbono operare secondo il principio della efficacia, della qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione e nel rispetto della dignità della persona.

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio, l'integrazione tra strutture pubbliche e private e una più adeguata attenzione all'appropriatezza delle cure e delle prestazioni erogate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi e crescenti bisogni di salute dei cittadini.

In questo quadro di riferimento resta confermata la previsione, peraltro già contenuta nel D.Lgs. 502/1992, come modificato dal D.Lgs. 299/1999 e da ultimo anche nel provvedimento di definizione dei nuovi standard ospedalieri previsto all'art.15, comma 13 lettera e) del d.l. 95/2012 convertito dalla legge 135/2012, che le strutture private accreditate operano con compiti *complementari e di integrazione* delle strutture pubbliche con particolare riferimento alla rete assistenziale ospedaliera.

Nel panorama generale dei rapporti pubblico privato sopra sinteticamente delineato e con specifico riferimento alla realtà dell'ASP di Crotone possiamo certamente affermare nella nostra realtà, ancor più dopo gli interventi di riordino della rete ospedaliera locale pubblica e privata, risulta esserci, pur nel rispetto dei rispettivi ruoli e competenza affidate, una positiva sinergia data anche dal fatto che le strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera operanti nel comprensorio della nostra ASP operano effettivamente con compiti **complementari e integrativi** a quelli assicurate dall'unica struttura pubblica ospedaliera presente nel territorio e costituita dall'Ospedale San Giovanni di Dio di Crotone.

Più specificamente occorre evidenziare che le strutture private accreditate operanti nel comprensorio erogano prestazioni di ricovero per acuti in discipline quali urologia, chirurgia maxillofacciale e odontostomatologia e reumatologia, non erogate dalla struttura pubblica aziendale; inoltre le strutture private accreditate erogano prestazioni di ricovero post acuzie di riabilitazione ospedaliera quali riabilitazione neurologica, gravi cerebrolesioni e unità di risveglio dal coma, riabilitazione muscolo-scheletrica, riabilitazione urologica e respiratoria e di lungodegenza ospedaliera, che allo stato la struttura pubblica non eroga in quanto non dotata di posti letto post acuzie.

In sintesi nel comprensorio dell'ASP di Crotone si è cercato di realizzare nel tempo una positiva sinergia tra le strutture pubbliche e private presenti sul territorio facilitata, peraltro, dalla diversificazione delle discipline e delle attività di ricovero esistente tra il presidio ospedaliero pubblico aziendale e le strutture private accreditate a cui, peraltro, l'ASP in sinergia con le stesse strutture ha collaborato esprimendo il proprio fabbisogno assistenziale nella fase di accreditamento definitivo e nella successiva fase di riconversione anche in attuazione degli indirizzi di riordino della rete ospedaliera regionale di cui al DPGR n. 18/2010.

Occorre, inoltre, precisare che tutte le strutture private operanti nell'ASP hanno attivato sin da ottobre 2013 ed a regime dal 1.1.2014 tutti i posti letto post acuzie ospedalieri previsti dalla programmazione regionale coprendo così la carenza di offerta di posti letto nell'area delle post acuzie.

Al contrario, quindi di quanto avvenuto nella realtà dell'ASP di Crotone dove le strutture private accreditate operano con compiti *complementari e di integrazione* della struttura pubblica nelle altre aree della regione ed con particolare riferimento all'Are Centro occorre considerare che un'analisi dell'offerta di posti letto delle strutture private accredita dell'intera area centro evidenzia, agevolmente, non solo che quasi tutte le strutture private accreditate erogano prestazioni per acuti

nelle stesse discipline delle strutture pubbliche (chirurgia generale e ortopedia) ma che le stesse discipline sono presenti in quasi tutte le strutture private accreditate. Sono cioè strutture doppie di se stesse e di quelle pubbliche e ciò in palese contrasto con il principio di dover svolgere compiti *complementari e integrativi* delle strutture pubbliche.

E ancora, nonostante tutta questa offerta di posti letto per le discipline di chirurgia generale e ortopedia e nonostante che nell'anno 2014, sono stati registrati 1445 casi di ricovero nelle chirurgie delle strutture private e altri 3695 nelle chirurgie delle strutture pubbliche (escluso Crotone) e 2512 casi di ricovero nelle ortopedie delle strutture private e altri 3349 nelle ortopedie delle strutture pubbliche (escluso Crotone) rispettivamente per complessivi 5140 ricoveri per la disciplina di chirurgia generale e 5861 ricoveri per la disciplina di ortopedia, si continua a registrare ancora una rilevanti quote di mobilità passiva extraregionale sia per gli interventi chirurgici su mammella, colon retto e polmone sia gli interventi di chirurgia ortopedica.

Specificità delle strutture ospedaliere private accreditate operanti nell'ASP di Crotone e indice di attrazione delle strutture.

L'esame dei dati di attività relativi alle strutture private operanti nell'ASP di Crotone a consuntivo 2014, di cui si riporta la sintesi nella **Tabella 1** allegata alla presente, evidenzia che le strutture medesime per le prestazioni correlate alle discipline in cui operano sono considerati punti di riferimento per l'intera regione così per come dimostrato dall'alto indice di attrazione delle stesse nonché dalle prestazioni rese in mobilità attiva infraregionale a cittadini residenti in altre ASP della regione e di altre regioni.

Più specificamente l'esame dei dati di attività evidenzia:

- a) Un indice di attrazione delle strutture per i casi di ricovero acuti e post acuti resi a cittadini delle altre ASP della regione che varia a seconda della struttura e della disciplina dal 15% della disciplina di chirurgia generale della struttura S.Rita, al 27% della disciplina di urologia della struttura Romolo Hospital, al 45% della disciplina di reumatologia della struttura Madonna dello Scoglio, al 69% della disciplina chirurgia maxillo facciale e odontostomatologia della struttura Calabrodental, al 49% della struttura di riabilitazione ospedaliera dell'Istituto S. Anna e al 20% della riabilitazione ospedaliera della struttura SADEL.
- b) Un indice di attrazione delle strutture per i casi di ricovero acuti e post acuti resi a cittadini di altre regioni che varia a seconda della struttura e della disciplina dal 2% della disciplina di chirurgia generale della struttura S. Rita, al 4% della disciplina di urologia della struttura Romolo Hospital, al 22% della disciplina di reumatologia della struttura Madonna dello Scoglio, al 4% della disciplina chirurgia maxillo facciale e odontostomatologia della struttura Calabrodental, al 6% della struttura di riabilitazione ospedaliera dell'Istituto S. Anna e al 4% della riabilitazione ospedaliera della struttura SADEL.
- c) Le percentuali di cui sopra intermini assoluti di casi trattati e di corrispettivi economici evidenziano che le strutture di cui trattasi nel solo anno 2014 hanno effettuato prestazioni di ricovero per i cittadini residenti nelle altre ASP della regione per complessivi 3.605 casi di ricovero corrispondenti a € 15.238.138 pari al 41.5% dell'intera produzione delle strutture; e prestazioni per cittadini residenti in altre regioni per complessivi 486 casi di ricovero corrispondenti a € 2.368.254 pari al 6.4% dell'intera produzione delle strutture; vale adire che complessivamente circa il 48% dell'intera produzione delle strutture private accreditate operanti nell'ASP di Crotone è resa a cittadini residenti in altre ASP della regione e in altre regioni.

Appropriatezza delle prestazioni e verifica e controllo

In merito all'appropriatezza delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate di cui trattasi occorre evidenziare che con l'entrata in vigore del DPGR n. 5 del 3.2.2014 recante "Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali" l'ASP ha provveduto ad adeguare e aggiornare il proprio sistema dei controlli, peraltro già strutturato secondo le specifiche linee guida regionali approvate con DPGR n. 5372011, al fine di verificare e controllare l'effettiva applicazione del DPGR 5/2014 che ha disposto:

- di trasferire l'erogazione delle prestazioni relative ai DRG di tipo chirurgico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, dal regime di ricovero ordinario al regime di day surgery, definendo le relative soglie di ammissibilità in ricovero ordinario, come da allegato 2 che fa parte integrante del presente decreto medesimo;
- di trasferire l'erogazione delle prestazioni relative ai DRG di tipo medico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, nonché delle prestazioni di ricovero per scompenso cardiaco identificate con il DRG 127, dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, definendo le relative



- soglie di ammissibilità in regime di ricovero, rappresentate dal tasso di ospedalizzazione benchmark per ciascun DRG come da allegati 4 (4.4) e 6, che fanno parte integrante dello stesso decreto;
- di trasferire i ricoveri in discipline mediche di pazienti ultrasessantacinquenni con degenza uguale o superiore a 12 giorni, non appropriati, nei setting ambulatoriali e territoriali come da allegato 7 (4.7);
- di precisare che la metodologia adottata è quella sviluppata dall'Agenas per l'individuazione delle soglie massime di erogazione e descritta nell'allegato 1 al presente decreto medesimo;
- di stabilire che, qualora venga superata la soglia di ammissibilità definita, i nuclei aziendali di controllo dovranno procedere a controllare la totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO attribuite ai DRG ad alto rischio di inappropriata di cui agli allegati 2, 4, 6 e 7 dello stesso decreto;
- di stabilire che il superamento della soglia di ammissibilità comporterà per le strutture inadempienti la valorizzazione del ricovero in day surgery per i DRG chirurgici e l'applicazione delle tariffe vigenti per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente a quelle erogate e documentate nella cartella clinica per i DRG di tipo medico, mentre l'effettuazione delle prestazioni in regime di ricovero, benché comprese nella soglia di ammissibilità, comporterà la decurtazione del valore tariffario del DRG nella misura del 20%;

L'attività di verifica e controllo circa la puntuale applicazione delle disposizioni regionali in ordine alla promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera di cui al DPGR n.5/2014 ha consentito già dall'anno 2014 che in nessuna delle strutture private accreditate operanti nell'ASP di Crotone siano state erogate prestazioni potenzialmente inappropriate per come peraltro verificabile dalle relative SDO.

Peraltro già il contratto 2014 per l'acquisto di prestazioni ospedaliere dalle strutture private accreditate, essendo stato stipulato in epoca successiva all'entrata in vigore del DPGR 5/2014, nella definizione dei volumi e delle tipologie di prestazioni da acquistare di cui all'allegato A) del medesimo contratto non prevede alcuna delle prestazioni potenzialmente inappropriate sia mediche che chirurgiche.

Proposta budget e determinanti della politica di acquisto dell'ASP

Tenuto conto di quanto sopra evidenziato in allegato alla presente si trasmette la **Tabella 2** relativa nella quale sono indicate le singole strutture, il budget assegnato per l'anno 2014 e la proposta di budget per l'anno 2015 con le indicazioni dei determinanti della politica di acquisto definiti dall'ASP.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

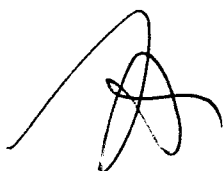
Si conferma il fabbisogno di prestazioni ed il budget già assegnati per l'anno 2014 alle strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che hanno raggiunto o superato il budget già assegnato per il 2014 e quello effettivamente utilizzato per le strutture che non hanno raggiunto il budget già assegnato per il 2014.

La specifica proposta aziendale relativa al piano di acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato è riportata nella **Tabella 3** allegata alla presente.

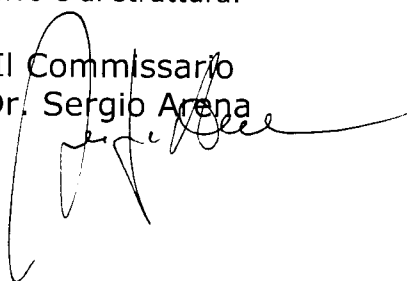
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIO SANITARIA E DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE

Si conferma il fabbisogno di prestazioni ed i budget già assegnati per l'anno 2014 alle strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale di riabilitazione territoriale extraospedaliera. La specifica proposta aziendale relativa al piano di acquisto delle prestazioni di cui trattasi da privato accreditato è riportata nella **Tabella 4**.

Tuttavia considerato che allo stato con il DCA n. 62 del 11 Giugno 2015 è stata dichiarata la cessazione dell'efficacia giuridica delle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 125/2009 e n. 141 dell'11/03/2009 in quanto non conformi alle disposizioni legislative nazionali e regionali in materia, in attesa delle nuove tariffe il piano medesimo potrà subire variazioni sia in ordine ai volumi e alle tipologie di prestazioni da acquistare sia in ordine al budget complessivo e di struttura.



Il Commissario
Dr. Sergio Arena



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
CONSUNTIVO ANNO 2014 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO ACCREDITATO

CONSUNTIVO ANNO 2014 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO ACCREDITATO													
BUDGET VOLUMI E TIPOLOGIA PRESTAZIONI CONTRATTI 2014				Numero casi trattati e importo produzione da flussi SDO innesco della struttura prima della validazione aziendale				Validazione Produzione validata anno 2014 dopo attività di verifica e controllo ASP					
Denominazione Struttura	Discipline accreditate	Budget assegnato e contrattualizzato anno 2014	Volumi e tipologie prestazioni stabiliti da tabella allegata al contratto 2014	Numero casi e importo produzione totale consuntivo 2014	di cui Residenti ASP Cure	di cui Residenti altre ASP Regioni	di cui Residenti altre Regioni	Importo valore prestazioni eccedenti i volumi contrattualizzati	Prestazioni non previste nell'allegato A) del contratto	Valore prestazioni eccedenti del 90% del budget al 31 ottobre 2014	Esiti accertati attività di controllo per errori di codifica	Quota di compensazione alla spesa per prestazioni AAPAC	Valore produzione validata e riconosciuta dopo attività di controllo a verifica
Romolo Hospital	Urologia	6.413.999	1.462	1.932	1.403	470	59	1.762.040	16.512	4.972	461.250	-	6.413.999
	Riabilitaz. urologica e respiratoria (cod. 56)	513.099	103	8.658.775	5.938.254	2.368.431	352.090	4	-	-	-	-	513.099
	APA e PAC	595.815	1.096	544.766	472.239	64.935	7.592	-	-	56.881	-	14.157	524.177
Totale Struttura				7.523.913	7.005.708	2.433.366	358.682	1.793.707	16.512	61.953	481.250	14.157	7.451.275
Madonna dello Scoglio	Reumatologia	1.025.946	430	1.032	345	463	224	631.299	-	530.767	23.414	-	1.025.946
	Totale Struttura		1.025.946	2.211.426	724.913	895.699	480.824	611.299	-	530.767	23.414	-	1.025.946
	Chirurgia Maxillofaciale e Odontostomatologia	3.109.600	1.868	3.221	873	2.215	133	267.047	107.988	1.968.854	-	-	3.109.600
Calabrodermal	Totale Struttura		3.109.600	5.453.489	1.492.453	3.736.907	224.129	267.047	107.988	1.968.854	-	-	3.109.600
	Chirurgia Generale	927.658	288	592	481	100	11	-	522.150	-	278.270	-	927.658
	Lungodegenza (cod. 60)	550.242	85	1.728.078	1.439.100	261.396	27.582	42.196	-	-	-	-	550.242
S Rita	APA e PAC	367.696	519	592.438	565.334	27.104	-	60.350	177.797	-	-	10.535	357.161
	Totale Struttura		1.845.596	3.650.277	2.610.277	308.500	27.582	102.546	689.847	-	278.270	10.535	1.835.061
	Istituto S. Anna	13.992.892	706	798	440	308	50	1.329.186	-	-	4.009	-	13.992.892
SADEL	Totale Struttura		13.992.892	15.326.087	6.920.998	7.577.968	1.227.119	1.328.186	-	-	4.009	-	13.992.892
	Riabilitaz. muscoloscheletrici e ortopedica (cod. 56)	940.153	142	1.006.823	762.208	205.707	39.008	52.629	-	-	14.141	-	940.153
	Totale Struttura		940.153	-	1.006.823	762.208	205.707	39.008	52.629	-	-	14.141	-
TOTALE ACUTI				11.477.203	4.048	7.362.423	1.094.625	2.660.386	646.650	2.504.593	762.934	-	11.477.203
TOTALE POST ACUTI				15.996.386	1.036	7.875.715	1.273.719	1.455.678	-	-	18.150	-	15.996.386
TOTALE APA / PAC				964.511	1.615	1.201.058	-	60.350	177.797	56.881	-	24.692	881.338
TOTALE GENERALE				28.438.100	6.699	15.238.138	2.368.344	4.176.414	824.447	2.561.474	781.084	24.692	28.354.927
Totale produzione non validata acuti				36.723.040				Totale produzione non validata acuti					
Totale produzione non validata post acuti				36.723.040				Totale produzione non validata post acuti					
Totale produzione non validata AAPAC				36.723.040				Totale produzione non validata AAPAC					
Totale generale produzione non validata anno 2014				36.723.040				Totale generale produzione non validata anno 2014					

ANNO 2014

Tetto di spesa DCA n. 66 del 20 ottobre 2014

28.438.100

28.438.100

DETERMINANTI POLITICA DI ACQUISTI PRESTAZIONI ASSISTENZA OSPEDALIERA

PROPOSTA PIANO ACQUISTI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATI ACCREDITATI ANNO 2015

PROPOSTA PIANO ACQUISITI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATI ACCREDITATI ANNO 2015							
Codice Struttura	Denominazione Struttura	Budget anno 2014	Proposta di Budget 2015 per Assistenza Ospedaliera Acuti, Post Acuti e APA/PAC	Determinanti della politica di acquisto dell'ASP	Totale Proposta Budget 2015	Volumi e tipologie di prestazioni da acquistare	
180085	Romolo Hospital	6.413.999	acuti	7.149.499	Determinazione del budget, dei volumi e della tipologia di prestazioni per acuti della disciplina di Urologia in incremento rispetto al quello già assegnato per l'anno 2014 in considerazione che la maggiore produzione registrata a consuntivo 2014 rispetto al budget assegnato è riferita, rispettivamente, per € 2.433.366 a prestazioni rese a cittadini di altre ASP della regione e per € 359.682 a prestazioni rese a cittadini di altre regioni, con percentuali di attrazione della struttura e di mobilità attiva pari, rispettivamente, al 27% e al 4%. Si è, inoltre, tenuto conto dell'elevata percentuale (oltre 80%) di DRG chirurgici sul totale dei casi trattati. La struttura opera in via esclusiva in videolaparo ed allo stato registra la casistica di casi trattati per la disciplina di urologia con particolare riferimento ai casi oncologici tra le più significative della regione anche con il confronto con le U.O. di urologia degli ospedali Hab della rete regionale pubblica tanto da essere inserita nella rete oncologica regionale con DCA n. 10/2015. Considerato che già per l'anno 2013, per come indicato nelle tabelle allegate al DCA sulla rete oncologica, la struttura di che trattasi registra i maggiori volumi osservati per il tumore della prostata tra le strutture pubbliche e private della regione e che trattasi ha registrato significativi valori sui volumi osservati per i tumori del rene. Considerato ancora che la mobilità passiva extraregionale per interventi chirurgici per tumore della prostata, della vescica e del rene risulta ancora elevata ed omogeneamente distribuita per le tre aree geografiche nord, centro e sud della regione e considerato che la struttura di che trattasi può adeguatamente concorrere al recupero almeno di una quota parte della mobilità passiva extraregionale. Per le motivazioni espresse nella relazione di sintesi e per quanto specificatamente qui riportato per l'anno in corso si propone di integrare il budget per acuti della disciplina di urologia della struttura Romolo Hospital di € 735.500 finalizzato all'acquisto di ulteriori casi chirurgici oncologici per tumore della prostata, della vescica e del rene rispetto a quelli già trattati per l'anno 2014.	8.361.813	Si precisa che i volumi e la tipologia delle prestazioni da acquistare da ciascuna struttura è quella che sarà indicata nell'allegato A) del contratto che si andrà a stipulare per l'anno 2015
		513.099	post acuti	513.099			
		596.815	APA/PAC	699.215			
Totale struttura		7.523.913		8.361.813			
180103	Madonna dello scoglio (ex Olivetti)	1.025.946	acuti	2.015.946	Premesso che la struttura è l'unica struttura accreditata per la disciplina di reumatologia operante nella regione e pertanto eroga le prestazioni per acuti della disciplina di reumatologia per i cittadini di tutte le ASP della regione con una quota significativa di prestazioni erogate a cittadini residenti in altre regioni. Considerato che la determinazione del budget, dei volumi e della tipologia di prestazioni per acuti della disciplina di reumatologia è proposta in incremento rispetto al quello già assegnato per l'anno 2014 in considerazione che la maggiore produzione registrata a consuntivo 2014 rispetto al budget assegnato è riferita, rispettivamente, per 463 casi e per un corrispettivo di € 995.689 a prestazioni rese a cittadini di altre ASP della regione e per 224 casi per un corrispettivo di € 490.827 a prestazioni rese a cittadini di altre regioni. Che la unicità regionale della struttura e della disciplina di reumatologia ha determinato nell'anno 2014 che il 67% dell'intera produzione della struttura è riferita a prestazioni di ricovero rese a cittadini di altre ASP per il 45% e a cittadini di altre regioni per il 22%. Che in sostanza la struttura ha assicurato nell'anno 2014 oltre alle prestazioni della disciplina ai cittadini dell'ASP di Crotone ben 463 casi di ricovero per i cittadini delle altre ASP e più specificatamente 214 casi per l'ASP di Cosenza per un corrispettivo di 466.708, 101 per l'ASP di Catanzaro per un corrispettivo di 218.975, 90 casi per l'ASP di Vibo Valentia per un corrispettivo di 190.102 e 58 casi per l'ASP di Reggio Calabria per un corrispettivo di 119.904. Dato atto che sulla struttura sono intervenute già nel corso del 2013 i provvedimenti di trasferimento delle prestazioni ritenute potenzialmente inappropriati dal regime di ricovero al setting della specialistica ambulatoriale e che conseguentemente tutte le prestazioni già erogate nell'anno 2014 non rientrano tra quelle a rischio di inappropriatazza. Per le motivazioni espresse nella relazione di sintesi e per quanto specificatamente qui riportato per l'anno in corso si propone di integrare il budget per acuti della disciplina di reumatologia della struttura di € 1.050.000 finalizzato all'acquisto di ulteriori casi di ricovero a recupero di ulteriore mobilità passiva extraregionale e per consentire la remunerazione delle rilevante quota di prestazioni rese a cittadini delle altre ASP della regione che per la unicità della struttura e della disciplina nella regione la scelgono anche in alternativa a strutture analoghe di altre regioni con conseguente riduzione della mobilità passiva regionale per le prestazioni della disciplina di reumatologia.	2.015.946	2.015.946
Totale struttura		1.025.946					

PROPOSTA PIANO ACQUISTI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATI ACCREDITATI ANNO 2015

DETERMINANTI DELLA POLITICA DI ACQUISTO DELL'ASP					Totale Proposta Budget 2015	Volumi e tipologie di prestazioni da acquistare
Codice Struttura	Denominazione Struttura	Budget anno 2014	Proposta di Budget 2015 per Assistenza Ospedaliera Acuti, Post Acuti e APA/PAC	Determinanti della politica di acquisto dell'ASP		
180102	Sadel (ex Olivetti)	940.153	940.153	post acuti	940.153	Si propone di confermare il fabbisogno di prestazioni di ricovero post acuti di riabilitazione muscolo scheletrica e reumatologica nonché il correlato budget già assegnato e contrattualizzato per l'anno 2014.
	Totale struttura	940.153	940.153			
180054	Istituto S. Anna	13.992.892	15.092.892	post acuti	15.092.892	Determinazione del budget, dei volumi e della tipologia di prestazioni per post acuti per la disciplina di neuroriabilitazione (cod. 75) Unità di risveglio e gravicerebrosioni, riabilitazione intensiva neurologica e ortopedica (cod. 56) e lungodegenza specializzata (cod. 60) per pazienti in stato vegetativo permanente, in incremento rispetto al quello già assegnato per l'anno 2014 in considerazione che la maggiore produzione registrata a consuntivo 2014 rispetto al budget assegnato è riferita, rispettivamente, per € 7.577.969 a prestazioni rese a cittadini di altre ASP della regione e per € 1.227.119 a prestazioni rese a cittadini di altre regioni, con percentuali di attrazione della struttura e di mobilità attiva pari, rispettivamente, al 49% e al 8%. Si è ancora considerato che la struttura eroga le prestazioni per post acuti acuti quale centro di riferimento regionale integrativa delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica a gestione diretta che allo stato non eroga prestazioni di ricovero per post acuti. Pertanto per l'anno in corso si propone di integrare il budget per post acuti della struttura di € 1.100.000 finalizzato all'ulteriore acquisto di prestazioni di ricovero per i residenti delle altre ASP della regione con particolare riferimento all'area centro ed al fine di assicurare una maggiore disponibilità di ggdd ai residenti delle ASP di Cosenza e Reggio Calabria per i quali già nell'anno 2014 si sono registrati rispettivamente 89 casi per un corrispettivo di € 2.306.875 e 105 casi per un corrispettivo di € 2.763.758, tenuto conto ovviamente della capacità produttiva delle giornate di degenza che la struttura può assicurare.
	Totale struttura	13.992.892	15.092.892			
180101	Calabro dental	3.109.600	3.789.600	acuti	3.789.600	Determinazione del budget, dei volumi e della tipologia di prestazioni per acuti della disciplina di chirurgia maxillofaciale e odontostomatologia in incremento rispetto al quello già assegnato per l'anno 2014 in considerazione che la maggiore produzione registrata a consuntivo 2014 rispetto al budget assegnato è riferita, rispettivamente, per € 3.736.907 a prestazioni rese a cittadini di altre ASP della regione e per € 224.129 a prestazioni rese a cittadini di altre regioni, con percentuali di attrazione della struttura e di mobilità attiva pari, rispettivamente, al 69% e al 4%. Si è ancora considerato che la struttura eroga le prestazioni per acuti della disciplina in regime di day surgery e che le stesse risultano integrative delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica a gestione diretta quale il P.O. di Crotone. Pertanto per l'anno in corso si propone di integrare il budget per acuti della struttura di € 680.000.
	Totale struttura	3.109.600	3.789.600			
180045	S. Rita	927.658	1.377.658	acuti	2.295.596	Determinazione del budget, dei volumi e della tipologia di prestazioni per acuti della disciplina di chirurgia generale in incremento rispetto al quello già assegnato per l'anno 2014 considerato che la mobilità passiva extraregionale per interventi chirurgici per tumore della mammella, del colon retto e del polmone risulta ancora elevata ed omogeneamente distribuita per le tre aree geografiche nord, centro e sud della regione e considerato che la struttura di cui sopra. Per le motivazioni espresse nella relazione di sintesi e per una quota parte della mobilità passiva extraregionale di cui sopra. Per le motivazioni espresse nella relazione di sintesi e per quanto specificatamente già riportato per l'anno in corso si propone di integrare il budget per acuti della disciplina di chirurgia generale della struttura S. Rita di € 400.000 finalizzato all'acquisto di ulteriori casi chirurgici oncologici per tumore della mammella, del colon retto e del polmone nonché degli interventi chirurgici sulla tiroide. Si è ancora considerata la poco significativa attrazione della struttura per prestazioni rese in mobilità attiva intraregionale e ancor più extraregionale e che il fabbisogno di prestazioni di chirurgia generale può essere assicurato anche dal presidio ospedaliero a gestione diretta di Crotone.
	Totale struttura	550.242	550.242	post acuti		Si propone di confermare il fabbisogno di prestazioni di ricovero post acuti di lungodegenza nonché il correlato budget già assegnato e contrattualizzato per l'anno 2014.
		367.696	367.696	APA/PAC		In considerazione che a consuntivo 2014 la maggiore produzione di prestazioni APA e PAC registrata (€ 238.147) rispetto al budget assegnato è riferita a volumi e tipologia di prestazioni prevalentemente di tipo medico non richieste dall'ASP e non previste nell'allegato A) del contratto 2014, si conferma, per l'anno 2015, il budget nonché i volumi e la tipologia di prestazioni già assegnata per l'anno 2014.
	Totale struttura	1.845.596	2.295.596	-		
	TOTALE GENERALE	28.438.100	32.496.000			

PROPOSTA PIANO ACQUISTI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATI ACCREDITATI ANNO 2015

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
DETERMINANTI POLITICA DI ACQUISTO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Si conferma il fabbisogno di prestazioni già assegnate per l'anno 2014, tuttavia considerato che talune strutture a consuntivo 2014 non hanno raggiunto il budget assegnato si propone una riduzione del budget 2014 per come indicato nella tabella che segue

PROPOSTA PIANO ACQUISTO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANNO 2015

DENOMINAZIONE STRUTTURA	Budget lordo assegnato anno 2014	Produzione lorda complessiva anno 2014	Importo minore produzione lorda rispetto al budget assegnato 2014	Proposta Budget lordo anno 2015	Importo Ticket stimato anno 2015	Proposta Budget netto anno 2015	Volumi e tipologie di prestazioni da acquistare
ALTOMARI	405.582	463.400	-	405.582	60.289	345.293	Si precisa che i volumi e la tipologia delle prestazioni da acquistare da ciascuna struttura è quella che sarà indicata nell'allegato A) del contratto che si andrà a stipulare per l'anno 2015
ANALISI CUTRO	71.691	62.393	-	62.393	55	62.338	
ANMIC FKT	89.567	106.493	-	89.567	12.837	76.730	
ARS MEDICA	306.936	320.213	-	306.936	5.599	301.337	
ATENA S.R.L.	81.053	86.292	-	81.053	156	80.897	
BIOLAV-VALENTE	112.514	80.508	32.006	80.508	3.442	77.066	
BIOS Laboratorio	710.139	958.714	-	710.139	58.158	651.981	
BIOS Polispecialistica allergologia	44.862	46.751	-	44.862	3.444	41.418	
BIOS Polispecialistica cardiologia	159.858	172.179	-	159.858	1.268	158.590	
BIOS Polispecialistica ecografia	164.638	176.157	-	164.638	289	164.349	
BIOS Polispecialistica endocrinol.	43.765	46.129	-	43.765	334	43.431	
BIOS Polispecialistica med. Sport	23.164	70.026	-	23.164	217	22.947	
C.M.G. SRL	118.656	132.919	-	118.656	3.526	115.130	
CALABRODENTAL (odontoiatria)	1.250.746	1.279.608	-	1.250.746	94.501	1.156.245	
EMATOLOGICO MORRONE	229.422	433.754	-	229.422	14.988	214.434	
EURO GIARDINO	54.357	37.160	17.197	37.160	1.562	35.598	
FAMILIARI	500.230	524.846	-	500.230	50.525	449.705	
FLEMING	86.518	70.968	-	70.968	334	70.634	
GARRITANI SRL	78.606	66.114	12.492	66.114	2.384	63.730	
IST. STOM. MERIDIONALE	104.254	118.325	-	104.254	1.644	102.610	
LAB	558.360	564.658	-	558.360	51.623	506.737	
MADONNA dello SGOGLIO lab. (ex OLIVETI)	19.364	19.804	-	19.364	1.016	18.348	
EX OLIVETI FKT (*)	4.238	4.238	-	4.238	-	4.238	
EX OLIVETI Rx (**)	18.456	18.456	-	18.456	-	18.456	
PASTEUR	96.778	129.448	-	96.778	5.762	91.016	
PIRO	48.050	49.887	-	48.050	10.342	37.708	
POLIAMBULATORIO SALUS S.R.L.	121.047	124.753	-	121.047	4.875	116.172	
R.M. s.a.s. SCALISE	134.557	145.562	-	134.557	-	134.557	
RILLO	45.276	16.449	28.827	16.449	28	16.421	
RODIO laboratorio	81.432	134.345	-	81.432	949	80.483	
S. RITA laborat.	15.304	28.777	-	15.304	1.284	14.020	
S. RITA TAC	84.654	107.673	-	84.654	7.440	77.214	
SADEL	379.409	427.329	-	379.409	54.139	325.270	
SALUS S.A.S.	550.848	562.107	-	550.848	48.102	502.746	
STARBENE	1.025.272	1.054.838	-	1.025.272	75.791	949.481	
TOMASSO	325.786	338.621	-	325.786	21.759	304.027	
TURANO S.R.L.	400.218	568.370	-	400.218	12.751	387.467	
VIA	269.882	320.064	-	269.882	18.811	251.071	
VOLANTE	402.920	416.514	-	402.920	36.156	366.764	
TOTALI	9.218.409	10.284.846	-	9.103.039	666.380	8.436.659	

PROPOSTA PIANO ACQUISTI PRESTAZIONI ASSISTENZA TERRITORIALE ANNO 2015

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	STRUTTURE EROGATRICI	posti letto e attività accreditate	quota a carico del FSR	Proposta volumi e budget anno 2015	
				Volumi 2015	Budget 2015
Attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani non autosufficienti	RSA Villa S. Giuseppe	46	70%	16.570	9.999.338
	RSA Centro S. Giuseppe	46	70%	16.473	
	RSA S. Rita	58	70%	20.530	
	CP Giardino	47	50%	13.852	
	CP Savelli Hospital	56	50%	19.720	
	CP S. Teodoro	40	50%	14.320	
	CP Villa del Rosario	30	50%	10.931	
	CP S. Ermelinda	60	50%	20.994	
Totali				133.390	9.999.338
Attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	CP Carusa	60	40%	21.880	3.687.838
	C.P. Spirito Santo	55	40%	19.942	
	RSA Santino Covelli	42	70%	15.259	
	RSA Verzino Solidale	10	100%	3.577	
Totali				60.658	3.687.838
Attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di persone dipendenti da sostanze stupefacenti	Agorà Croton residen.	15	100%	3.488	566.200
	C.A.S.T. Cirò M. resid.	15	100%	3.488	
	CO.RI.SS. Crotone semir	10	100%	2.015	
	Fond. Exodus Caccuri re	20	100%	2.170	
	Totali			11.161	566.200
Attività sanitaria riabilitativa riabilitativa ambulatoriale e domiciliare ex DGR 3137/99 e ex L. 833/78	ANMIC Crotone Ambulat.	80 giornal.	100%	22.000	3.284.496
	ANMIC Crotone Domicil.	60 giornal.	100%	16.800	
	Cent. S. Giuseppe ambul	36 giornal.	100%	10.008	
	Starbene ambulator.	36 giornal.	100%	10.044	
	Totali			58.852	3.284.496
Attività sanitarie di riabilitazione estensiva a ciclo continuativo	Centro San Giuseppe	56	100%	20.355	3.497.803
	Totali			20.355	3.497.803
	Giacobbe Coop. Soc. ambul	24	100%	6.600	1.107.876
Attività sanitaria riabilitativa riabilitativa ambulatoriale e domiciliare ex DGR 3137/99 e ex L. 833/78	Giacobbe Coop. Soc. domic	48	100%	13.200	
	Totale			19.800	1.107.876
	Studio Turano ambulator.	36	100%	9.900	703.461
	Studio Turano domicil.	12	100%	3.300	
Totale				13.200	
TOTALE EROGATORI					22.847.013
Altra assistenza da privato (sanitaria e socio-sanitaria) mobilità extraregionale					238.587
TOTALE GENERALE					23.085.600



Allegato 2

Proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera, emergenza urgenza e reti tempo dipendenti dell'ASP di Crotone e correlate proposte di modifica. Si precisa che nella parte relativa alla rete emergenza urgenza è riportata la proposta aziendale in ordine alle postazioni di emergenza e alla rimodulazione delle postazioni di continuità assistenziale.



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Direttore Generale

Dr. Sergio Arena

**RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA,
RETE EMERGENZA-URGENZA E RETI TEMPO
DIPENDENTI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE**

**Piano Attuativo Locale
degli Indirizzi e delle Disposizioni di cui al DCA N. 9/2015**

Presentazione del Piano di riorganizzazione e implementazioni della rete Ospedaliera, della rete Emergenza-Urgenza e delle reti tempo dipendenti

Il presente piano di riorganizzazione e implementazione della rete Ospedaliera, della rete Emergenza-Urgenza e delle reti tempo dipendenti, dell'ASP di Crotone è redatto in esecuzione delle disposizioni di cui al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e secondo le indicazioni e la tempistica stabilita nel documento allegato allo stesso DCA.

Il piano è articolato in tre sezioni una per la rete ospedaliera, una per la rete emergenza-urgenza e una per le reti tempo dipendenti (Rete SCA-Sindrome Coronarica Acuta; Rete Stroke; Rete Politrauma; Rete trasposto neonatale)

Il processo di attuazione concreta nella nostra ASP dei provvedimenti di riordino e razionalizzazione delle reti assistenziali definiti nel DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 deve rappresentare l'occasione per avviare un circuito virtuoso che consenta da una parte la razionalizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nel comprensorio e dall'altra il miglioramento, lo sviluppo e la sostenibilità economica del sistema sanitario locale.

Con l'adozione del presente provvedimento l'Azienda ha adottato un documento denso di contenuti e capace di offrire:

- alla Regione un puntuale riscontro circa l'attuazione a livello locale delle disposizioni e degli indirizzi relativi al riordino delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza-urgenza e tempo dipendenti;
- alle Autonomie Locali, Comuni e Provincia la garanzia del mantenimento di tutte le prestazioni sanitarie già oggi assicurate all'utenza, sia pure diversamente articolate e razionalizzate sul piano organizzativo interno e dei costi, nonché la ulteriore fruizione di nuove e qualificate prestazioni che saranno rese ai cittadini presso le nuove U.O. ospedaliere con un miglioramento ed uno sviluppo complessivo dei servizi sanitari appropriati in tutto l'ambito provinciale;
- ai dirigenti ed al personale dell'ASP indirizzi attuativi specifici per la riorganizzazione della nuova rete assistenziale ospedaliera e obiettivi operativi finalizzati ad assicurare una effettiva crescita del sistema sanitario locale sia in termini di miglioramento dei servizi e delle prestazioni sanitarie all'utenza, sia in termini di economicità, efficienza ed efficacia della gestione aziendale, sia di imparzialità e buon andamento dell'amministrazione.

I concetti di appropriatezza delle prestazioni erogate, continuità assistenziale e integrazione ospedale/ territorio, percorsi diagnostici e terapeutici, nonché di governo economico e razionale uso delle risorse, sono assunte come parole d'ordine di tutti i processi operativi e di miglioramento previsti nel presente piano di riorganizzazione e implementazione delle reti assistenziali, ciò nella consapevolezza che l'obiettivo prioritario è rappresentato dalla centralità del cittadino-utente soddisfatto nei suoi bisogni sanitari e assistenziali e dal rispetto dei vincoli stabiliti dalla programmazione regionale e dalla razionalizzazione e contenimento della spesa.

In relazione alla concreta attuazione a livello locale dei provvedimenti di riordino relativi alla rete ospedaliera, alla rete dell'emergenza-urgenza e alle reti tempo dipendenti di cui al presente piano, l'attuale articolazione delle strutture organizzative e logistiche interessate è ridefinita per come specificatamente indicato nelle tre sezioni di cui il presente piano si compone, rinviando al successivo riordino della rete territoriale ed all'adozione del nuovo atto aziendale il più complessivo riassetto organizzativo e di funzionamento dell'intera azienda.

Nell'ambito del nuovo Programma Operativo 2013-2015 approvato con DCA n.14/2015 e più in particolare con l'approvazione del DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 recante "Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti" adottati dal Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, è stata definita la nuova organizzazione della rete assistenziale ospedaliera, dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti prevedendo rilevanti e significativi interventi di razionalizzazione e miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria da rendere ai cittadini calabresi.

Occorre, tuttavia, evidenziare talune criticità relative al piano di riordino della rete ospedaliera che sono emerse in sede di implementazione e adozione del presente provvedimento e che sono sinteticamente riassunte e proposte nella sezione prima del presente provvedimento per il necessario confronto con la struttura commissariale e che, ferme restando la dotazione

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and a final upward stroke, followed by a small superscript '2'.

- complessiva di posti letto assegnate alla rete ospedaliera pubblica nonché la dotazione complessiva di strutture organizzative complesse, semplici e semplici dipartimentali, vengono formulate quali specifiche proposte di modifica del fabbisogno di posti letto e discipline del presidio ospedaliero di Crotone che a nostro parere migliorano l'offerta assistenziale ed organizzativa della nuova rete ospedaliera pubblica.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping 'M' shape followed by a smaller, more complex flourish.

SEZIONE PRIMA

RIORGANIZZAZIONE E IMPLEMENTAZIONE RETE OSPEDALIERA AZIENDALE



La riorganizzazione della rete ospedaliera

Nel quadro degli interventi previsti dalla nuova programmazione regionale e con specifico riferimento al riordino della rete ospedaliera, occorre da una parte considerare i profondi cambiamenti, organizzativi, assistenziali e anche culturale, che nel loro complesso assumono i presidi ospedalieri di cui si compone la nuova rete ospedaliera regionale basata sul modello Hub e Spoke, ivi compresi gli aspetti relativi ai costi ed alla sostenibilità economica e dall'altra tenere conto del nuovo e diverso ruolo che, in questo quadro, assume in sede locale il presidio ospedaliero di Crotone quale centro Spoke della rete ospedaliera regionale.

Il cambiamento sostanziale del ruolo dell'ospedale

Il provvedimento di riorganizzazione e implementazione della rete ospedaliera e di razionalizzazione e miglioramento dell'assistenza ospedaliera pone il problema del nuovo e diverso ruolo che gli ospedali (almeno i centri Hub e Spoke) devono svolgere rispetto a quello pre riordino e li configura come ospedali moderni ovvero struttura ad alta tecnologia per la diagnosi e il trattamento dei ricoveri urgenti e programmati, strettamente integrato con gli altri punti della rete ospedaliera regionale e con i servizi territoriali residenziali e domiciliari, di diagnostica e specialistica ambulatoriale che fungono da filtro a ricoveri inappropriati.

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

Un punto fermo del nuovo modello di organizzazione dell'ospedale dovrà essere la centralità del paziente (facilitazione dell'accesso ai servizi e ai percorsi, equità nella possibilità di fruizione delle prestazioni, umanizzazione e comfort delle strutture, deburocratizzazione) integrando l'innovazione tecnologica con gli aspetti relativi al governo clinico (efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, qualità tecnica e qualità percepita).

L'ospedale è sede riconosciuta di alte competenze professionali, di tecnologie sempre più sofisticate, luogo di formazione e di prestigio professionale, ma è anche divenuto una delle principali fonti di spesa del sistema sanitario. Questo aspetto ha accentuato la convinzione che non può più essere considerato la forma prevalente o prioritaria di fornitura dei servizi sanitari. Il problema non è meramente economico, ovvero lo "spendere meno" (economicità), ma lo "spendere meglio", cioè, a parità di spesa, produrre più salute (efficienza), attraverso percorsi di diagnosi e cura in grado di produrre i migliori risultati (efficacia).

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

I pazienti che possono essere gestiti o con accessi limitati agli ospedali (cure ambulatoriali o giornaliere) o presso strutture non dotate di alte tecnologie e cure intensive (residenze sanitarie, strutture protette, assistenza domiciliare) devono trovare in tali sedi la risposta ai loro bisogni. Ottimizzazione, in questi casi, significa che trattamenti specialistici di alta qualificazione devono essere riservati solo ai casi più complessi, utilizzando le tecnologie appropriate, per tempi limitati, in modo da lasciare spazio ad altri pazienti che presentano gli stessi problemi (equità).

Questa impostazione deriva soprattutto dalla constatazione che mantenere una struttura ospedaliera ha dei costi elevatissimi, che devono essere rapportati all'effettivo vantaggio dell'utilizzo di questa forma di erogazione dell'assistenza.

Vi sono poi anche problemi di competenza, perché concentrare l'esperienza dei professionisti sui casi complessi, significa qualificarne ed aggiornarne continuamente il repertorio di conoscenze, e quindi garantire i migliori risultati nei casi più critici.

Con una nota esemplificativa, pensare di risolvere tutti i problemi di salute dei cittadini basandosi sull'ospedale è come pretendere di avere a disposizione un autocarro per fare la spesa quotidiana dal salumiere o dal fornaio; per questo tipo di necessità, consideriamo normale andare a piedi, o

in bicicletta, o al massimo in automobile, e utilizzare invece l'autocarro in quei rari casi della nostra vita in cui, ad esempio, dobbiamo fare un trasloco.

L'uso dei servizi ospedalieri si modifica rispetto a quello abitualmente prevalente: l'ospedalizzazione tradizionale, con accesso seguito da un periodo di degenza che conclude l'episodio assistenziale, non è più, ad esempio, la risposta adatta per i pazienti portatori di patologie croniche. Il day-hospital, l'ospedalizzazione saltuaria per controllare il paziente ed aiutare la famiglia a sostenere il peso dell'assistenza, l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata, in un continuum assistenziale, con i servizi sanitari che sostengono la persona nel proprio ambito di vita, saranno le forme assistenziali da sviluppare maggiormente.

Occorre, quindi, da un lato concentrare nell'ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie e, dall'altro, potenziare le strutture territoriali dedicate alla diagnosi, alla prevenzione, ai controlli ed alla presa in carico delle cronicità. Ciò significa sviluppare ulteriormente la rete dei servizi territoriali, differenziandoli a loro volta per complessità e tipologia di assistenza, per assistere tutti i pazienti che non sono più assegnati in carico all'ospedale.

Questa evoluzione pone evidentemente problemi di ordine strutturale ed organizzativo, ma anche di ordine culturale, in quanto le conoscenze degli operatori (medici, infermieri, ecc.) non possono più essere limitate ai soli percorsi diagnostico-terapeutici della fase acuta, ma devono essere estesi ai progetti assistenziali e riabilitativi di lunga durata, o "di vita". D'altro canto questa evoluzione comporta anche che l'ospedale deve essere sempre più in grado di rispondere a situazioni critiche e di urgenza-emergenza in tempi rapidi, perché, in termini percentuali, vedrà quote sempre maggiori di pazienti complessi, che dovrà gestire rapidamente attraverso percorsi diagnostico-terapeutici definiti e concordati, utilizzando al meglio le tecnologie ed i professionisti, in forma coordinata ed integrata.

L'ottica con cui si intende affrontare tali argomenti e tali problematiche è quella di un sistema "cittadino-centrico" e non "ospedale-centrico", con un vero collegamento in rete di tutti i servizi sanitari, a partire da un nuovo modello di ospedale, umanizzato, trasparente, collaborativo, aperto a tutti gli operatori ed alla collettività. Non si possono peraltro trascurare i profondi cambiamenti in atto nella sanità, che conseguono ad una straordinaria evoluzione nelle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesilogiche e rianimatorie.

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

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

Si dovrà essere sempre più capaci di supportare il bisogno formativo degli operatori, per renderli più adeguati nel fornire assistenza sanitaria e di accogliere la persona nella sua globalità. Il lavoro di equipe e il rapporto con il paziente assumeranno sempre maggiore importanza, così come l'ambiente di vita della persona malata. I bisogni tenderanno ad essere sempre più differenziati e conseguentemente occorrerà sempre più personalizzare le risposte. Questo nuovo approccio, per essere condotto con prospettive di successo richiede che venga portato a compimento il processo di ridefinizione strategica di questo nuovo e moderno ruolo dell'ospedale nell'ambito del sistema delle cure.

Riorganizzazione e implementazione della rete ospedaliera dell'ASP di Crotone

Il riordino della rete ospedaliera dell'ASP di Crotone è naturalmente parte del più complessivo piano di razionalizzazione della rete ospedaliera regionale, esso trova nelle disposizioni e negli indirizzi contenuti nel DCA n. 9/2015 nonché nel quadro di riferimento, anche culturale, sopra



delineato, i punti di riferimento fondamentali per il suo riordino, la sua razionalizzazione e il suo sviluppo.

La rete ospedaliera pubblica dell'ASP è oggi costituita dall'Ospedale di Crotone. A differenza di tutte le altre realtà regionali dove tra gli interventi di riordino della rete ospedaliera locale risultano determinati quelli correlati alla riconversione di strutture ospedaliere pubbliche, nella nostra realtà pur non prevedendosi interventi di chiusura e/o riconversione di presidi pubblici essendo il nostro P.O. l'unico dell'azienda, tuttavia il riordino e la razionalizzazione della rete ospedaliera locale si rende oltremodo necessaria al fine di procedere a ridefinire i fabbisogni dell'offerta ospedaliera pubblica.

Occorre, inoltre, evidenziare anche i necessari interventi di adeguamento e ammodernamento strutturale e tecnologico della struttura ospedaliera di Crotone in relazione al nuovo ruolo (centro Spoke) che lo stesso assume nel disegno della più complessiva nuova rete ospedaliera regionale, con particolare riferimento all'attivazione delle nuove unità operative e dei servizi previsti dal piano di riordino regionale nonché al riassetto e alla ricollocazione organizzativa e logistica di quelle già esistenti in una logica di ospedale per intensità di cura che l'azienda intende dare al presidio ospedaliero di Crotone.

L'obiettivo più generale per il riassetto del P.O. di Crotone è di mettere al centro della struttura il paziente e organizzare l'assistenza per intensità di cura: ciascun paziente indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi (Medico tutor/Infermiere referente), per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza qualificata continua e personalizzata.

Occorre pertanto sviluppare nuovi ruoli che consentano il superamento dell'organigramma consolidato, la riorganizzazione e differenziazione delle responsabilità clinico-assistenziali-gestionali sia in ambito medico che infermieristico, l'integrazione intraprofessionale ed interprofessionale, l'introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari, per processi ed obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi e la focalizzazione sulle necessità del paziente secondo criteri di continuità di cura ed intensità assistenziale.

Inoltre la riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura, configurando sempre più il momento ospedaliero come il momento dell'acuzie, richiede una qualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la qualità della presa in carico del paziente, rispondendo contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza e di uso efficiente delle risorse.

Il riassetto organizzativo del presidio ospedaliero di Crotone

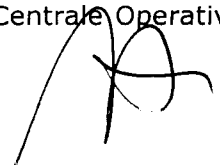
Nella nuova rete ospedaliera regionale basata sul modello Hub e Spoke il presidio ospedaliero di Crotone si caratterizza quale presidio Spoke dotato di dipartimento di emergenza urgenza di primo livello (DEA), con presenza delle discipline di alta e altissima diffusione dell'area medica, dell'area chirurgica,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

Il quanto centro spoke il presidio ospedaliero di Crotone è dotato:

1. Del dipartimento di emergenza urgenza di primo livello, in grado di compiere in 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 in relazione alle discipline e posti letto non presenti. Il presidio ospedaliero di Crotone, 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 e da personale infermieristico operante 24 ore su 24 e dotata di posti di osservazione breve (OBI), di letti tecnici per la terapia sub intensiva e di tecniche di triage infermieristico.

L'ospedale di Crotone in quanto sede di DEA è dotato di specifiche strutture organizzative quali: Medicina generale, Chirurgia generale, Anestesia e rianimazione, Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia con Stroke Unit,, Nefrologia con dialisi, Gastroenterologia ed endoscopia in urgenza, Oculistica, ORL tutti dotati guardia attiva 24 ore su 24 o pronta disponibilità.

Sono, inoltre, disponibili 24 ore su 24 i servizi di Radiologia con TAC, RMN ed ecografia, 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.

2. Delle discipline e unità operative di media, alta e altissima diffusione con posti letto dell'AFO Medica (medicina generale, geriatria; oncologia; nefrologia con dialisi; cardiologia con Utic; neurologia con stroke unit, con articolazioni dipartimentali di malattie infettive e microcitemia/ematologia, oltre che dermatologia e pneumologia;) dell'AFO Chirurgica (Chirurgia Generale, Oculistica, Ortopedia e traumatologia, ORL) dell'AFO Materno-Infantile (Pediatria; Neonatologia con TIN; Ostetricia e Ginecologia) nel presidio è, inoltre, presente il Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura del DSM.
3. Delle unità operative di supporto quali: Laboratorio, Radiologia, SIT, Anatomia patologica, Medicina nucleare, Angiologia, Gastroenterologia, Dermatologia, Diabetologia, Pneumologia, Emodialisi, Comparto Operatorio con 4 sale operatorie centralizzate e una di specialità in oculistica, Day Hospital multidisciplinare centralizzato per AFO Medica e Day Surgery multidisciplinare centralizzato per AFO Chirurgica, Direzione medica di presidio e Servizio farmaceutico ospedaliero.

In sintesi il presidio ospedaliero di Crotone così per come ridefinito dal presente provvedimento non solo continuerà ad assicurare tutte le prestazioni oggi erogate, sia pure diversamente strutturate dal punto di vista organizzativo, ma ad essi si aggiungeranno le prestazioni delle nuove unità operative di cui il piano regionale ne prevede l'attivazione quali: nefrologia e neonatologia con TIN oltre a quelle derivanti dalla riconversione dei p.l. di urologia per come in seguito specificato, all'apporto fondamentale della nuova strutturazione del dipartimento di emergenza urgenza che di fatto costituisce una sorta di ospedale nell'ospedale.

In sostanza a regime il nostro presidio ospedaliero riconvertito e razionalizzato per come previsto dal piano di riordino della rete ospedaliera non solo migliora l'erogazione quali-quantitativa delle prestazioni appropriate erogate ai cittadini ma consente all'azienda razionalizzando e accorpendo strutture e personale, di realizzare l'equilibrio economico tra costi e ricavi dello stesso presidio che a tutt'oggi ha registrato costanti perdite economiche così per come risulta dai bilanci d'esercizio separati del presidio medesimo all'interno del bilancio aziendale.

Tuttavia occorre evidenziare che il successo del processo di riorganizzazione del nostro presidio dipenderà oltre che dalla capacità programmatica ed operativa che l'azienda riuscirà ad esprimere con la redazione, adozione e realizzazione concreta del presente piano attuativo, dal coinvolgimento e dalla condivisione dell'intero processo di riconversione da parte degli operatori sanitari del presidio, degli ordini professionali, della Conferenza dei Sindaci, dei rappresentanti sindacali e dei cittadini che sono in ultima analisi i destinatari dei servizi sanitari. Occorrerà, quindi, che il processo di riassetto e razionalizzazione del presidio necessiti della dovuta gradualità e di un periodo di attuazione compatibile con i tempi imposti dal piano di rientro che dovrà consentire, partendo dalla riorganizzazione del dipartimento di emergenza urgenza, di costruire attorno ad esso tutte le altre attività ordinarie che il nuovo presidio dovrà assicurare ai cittadini.

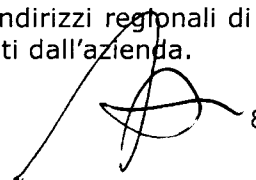
Implementazione della nuova rete ospedaliera

In esito ai provvedimenti di riordino della rete ospedaliera regionale ed ai conseguenti provvedimenti attuativi aziendali adottati con il presente provvedimento già a decorrere dall'esercizio in corso 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.

Si tratta di definire e specializzare le vocazioni del P.O. di Crotone quale presidio Spoke della nuova rete ospedaliera regionale, in una logica di rete governata, partendo dalla valutazione dell'impatto determinato dal flusso di utenza tra il nostro presidio e i presidi Hub e la sostenibilità della struttura tecnica e tecnologica di supporto per garantire la massimizzazione dell'eccellenza e del beneficio sociale, dove il cittadino viene accompagnato all'ambito di cura più appropriato e coerente.

Gli ambiti prioritari di intervento e implementazione della nuova rete ospedaliera in corso di attuazione operativa riguardano:

- il completamento degli interventi di riordino del P.O. in attuazione degli indirizzi regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei provvedimenti attuativi adottati dall'azienda.



- l'applicazione di criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni ospedaliere erogate.
- l'integrazione con i servizi territoriali residenziali e domiciliari per sviluppare e migliorare i percorsi clinico assistenziali.

Dovranno, inoltre, essere costantemente 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.

La riorganizzazione interna del presidio in Aree Funzionali Omogenee (AFO)

Gli indirizzi e le azioni per i Dipartimenti Ospedalieri

Rinviando allo specifico provvedimento che sarà adottato in ordine al nuovo Atto Aziendale gli aspetti più squisitamente organizzativi e di funzionamento dei dipartimenti ospedalieri, qui di seguito si riportano gli indirizzi e gli obiettivi strategici che nell'ambito della nuova organizzazione della rete ospedaliera gli stessi dipartimento dovranno costantemente attuare e perseguire.

Il dipartimento ospedaliero o aree funzionali omogenee (AFO) è un modello organizzativo che, attraverso l'integrazione funzionale ed il coordinamento delle strutture e delle attività che vi afferiscono, ottimizza la gestione del processo assistenziale per soddisfare al massimo livello di qualità il diritto alla salute del cittadino.

Ogni attività assistenziale svolta in ospedale è inquadrata all'interno di un Dipartimento o area funzionale omogenea con specifica collocazione definita dei provvedimenti aziendali attuativi delle disposizioni regionali in materia di riordino della rete ospedaliera.

In questo senso si vuole sottolineare che il Dipartimento o l'area funzionale omogenea:

- Supera la logica dei reparti, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali assegnate e garantisce l'integrazione quale momento fondamentale del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'attività.
- Fornisce al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
- Persegue il livello più elevato possibile d'appropriatezza delle cure e la tempestività e coerenza nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

I livelli di integrazione da raggiungere attraverso i Dipartimento o l'AFO sono:

- *organizzativa*, in termini di ottimizzazione e razionalizzazione nell'uso delle risorse in condivisione.
- *clinica* in termini di omogeneizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali.
- *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.



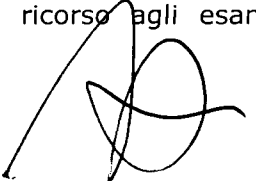
- L'organizzazione dei servizi sanitari su base dipartimentale o area funzionale omogenea persegue i seguenti obiettivi:
 - la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto (organizzati e articolati per AFO), dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi.
 - il 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 generale e direzione delle singole strutture.
 - la 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.
 - la gestione globale del caso clinico e degli aspetti sociosanitari 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.

Gli indirizzi e le azioni per le 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, da trasmettere alla Direzione Medica di Presidio.
- 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 annualmente 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.

Gli indirizzi e le azioni per i Servizi Ospedalieri sanitari 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 inappropriatezza.



- 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.

I principali indicatori di riferimento per l'attività ospedaliera

I principali indicatori di riferimento per l'attività ospedaliera allo stato sono individuati e definiti 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%).

Ulteriori azioni e attività per l'implementazione della rete ospedaliera

- concorso al completamento 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 posti letto 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 extra-ospedalieri.

PROPOSTE DI RIDEFINIZIONE INTERNA DEI POSTI LETTO E DELLE DISCIPLINE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE

Ferme restando la dotazione complessiva di posti letto assegnate alla rete ospedaliera pubblica nonché la dotazione complessiva di strutture organizzative complesse, semplici e semplici dipartimentali, occorre evidenziare talune criticità relative al piano di riordino della rete ospedaliera che sono emerse in sede di implementazione e adozione del presente piano attuativo e che sono sinteticamente riassunte nel presente provvedimento nel quale vengono in merito formulate specifiche proposte di modifica che a nostro parere migliorano l'offerta assistenziale ed organizzativa della nuova rete ospedaliera.

Il rationale delle modifiche di cui trattasi nasce dal fatto che il provvedimento di riorganizzazione allegato al DCA 9/2015 – Tabella 1 – prevede nell'ambito della nuova programmazione dei posti letto del presidio ospedaliero di Crotone la dotazione di 10 posti letto ordinari della disciplina di urologia con correlata struttura complessa.

Valutato che allo stato nell'ASP di Crotone opera una struttura accreditata con il SSR per l'erogazione di prestazioni di ricovero per acuti della disciplina di urologia con una dotazione di 30 posti letto.

Considerato che allo stato la struttura di cui trattasi oltre a soddisfare il fabbisogno di prestazioni di assistenza ospedaliera per la disciplina di urologia per i cittadini residenti nell'ASP di Crotone assicura anche prestazioni di ricovero per la disciplina a cittadini residenti in altre ASP della regione per circa il 30% della sua produzione annua e ai cittadini di altre regioni per il 4% della sua produzione annua.

Valutato che allo stato l'attivazione della U.O. complessa della disciplina di urologia programmata per il presidio ospedaliero di Crotone comporterebbe significativi investimenti finanziari, peraltro oggi non disponibili, sia in termini di reperimento e adeguamento degli spazi e della logistica necessari ed adeguati sia in termini di attrezzature e di personale con conseguente incremento strutturale di costi in conto economico che allo stato a parità di prestazioni erogate sono già ricompresi nella spesa per acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato.

Che per le motivazioni sinteticamente sopra indicate, allo stato, appare non necessario ed economicamente molto oneroso procedere all'attivazione della U.O. di urologia specie se si considera che il fabbisogno assistenziale previsto è ampiamente assicurato sia in termini qualitativi che quantitativi dall'acquisto annuale di prestazioni erogabili dalla struttura accreditata già presente sul territorio.

Ciò premesso e considerato si propone pertanto, ferma restando la dotazione complessiva dei posti letto e delle strutture organizzative assegnati al presidio ospedaliero di Crotone, di poter utilizzare i 10 posti letto e la struttura complessa programmati per la U.O. di urologia per come di seguito indicato e per le motivazioni di carattere assistenziale indicate:

- a) Incrementare di 5 unità i posti letto della disciplina di malattie infettive portando a complessivi 10 posti letto la struttura organizzativa semplice dipartimentale nell'AFO medica; ciò al fine di poter far fronte ai frequenti picchi di fabbisogno di ricovero per patologie infettive o parassitarie correlati sia ai frequenti e numerosi sbarchi di immigrati che arrivano al porto di Crotone sia al costante fabbisogno di ricoveri per le medesime patologie per i circa 3.500 ospiti costantemente presenti nel campo profughi di Isola Capo Rizzuto.
- b) Prevedere 4 posti letto della disciplina di chirurgia vascolare quale struttura organizzativa semplice dipartimentale dell'AFO chirurgica; ciò al fine di poter meglio assicurare nell'ambito del rete politrauma le funzioni del CTZ (Centro Traumi di Zona), funzioni che coincidono con i centri spoke, di per se dotati già delle strutture che attengono alle discipline di anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, chirurgia generale, ortopedia, neurologia con SU, nefrologia con dialisi, integrate con funzioni di chirurgia vascolare ed endoscopia digestiva e devono essere presenti e disponibili H24 i servizi radiologia con TAC ed ecografia, il laboratorio d'urgenza e servizio trasfusionale. Inoltre si supererebbero i numerosi trasferimenti, richiesti sia dal pronto soccorso che dai reparti, prevalentemente verso la struttura di chirurgia vascolare del presidio Hub di Cosenza e in misura minore, probabilmente per la scarsa dotazione di p.l. oggi attivi, presso il presidio hub di Catanzaro
- c) La struttura complessa già assegnata dalla nuova programmazione regionale alla U.O. di urologia si propone sia utilizzata per la U.O. di nefrologia e dialisi in considerazione che oltre agli 8 posti letto della U.O. di nefrologia nel presidio ospedaliero di Crotone sono attivi e funzionanti ben 21 posti rene e la struttura medesima dirige governa e coordina anche gli 8 posti rene di dialisi territoriale presenti e funzionanti nella struttura di Mesoraca e in



prospettiva gli ulteriori 8 posti letto territoriali già programmati presso la struttura poliambulatoriale di Cirò Marina a completamento della rete dialitica aziendale.

Inoltre, valutato che nella programmazione regionale è previsto un fabbisogno di 15 posti letto diurni del day surgery multidisciplinare dell'AFO chirurgica, si ritiene sufficientemente adeguato in relazione ai volumi e alle tipologie di attività erogabili un fabbisogno pari a 10 posti letto diurni di day surgery multidisciplinare e si propone pertanto di utilizzare i 5 p.l. di cui trattasi incrementando di pari numero la dotazione di posti letto della disciplina di medicina generale che allo stato si sono dimostrati insufficiente specie nei picchi stagionali di maggiore fabbisogno di posti letto correlati alle epidemie influenzali.

Posti letto, discipline e strutture organizzative ospedaliere rete pubblica

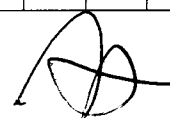
La tabella di sintesi che seguono riportano il quadro generale degli interventi di riordino della rete ospedaliera pubblica.

I numero dei posti letto, le discipline e le unità operative complesse, semplici e semplici dipartimentali del Presidio Ospedaliero di Crotone sono quelle stabilite dall'allegato 1 del documento di riorganizzazione di cui al DCA n. 9/2015 per come rimodulate dalla presente proposta.

RETE OSPEDALIERA PUBBLICA ASP CROTONE CON MODIFICHE

Codice Azienda	Codice Struttura	Tipologia	Denominazione struttura	Codice area	Diffusione	Codice disciplina	Area Disciplina	Denominazione Disciplina	Posti letto nuova programmazione				Incarichi nuova programmazione		
									Posi letto DH	Posti letto DS	Posti letto DO	Totale Posti Letto	Struttura Complessa	Struttura Semplice	Struttura Semp. Dipartimentale
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	3	08	Medica	Cardiologia	-	-	20	20	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	2	18	Medica	Microcitemia/Ematologia	-	-	-	-	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	2	19	Medica	Malattie endocrine	-	-	-	-	-	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	2	21	Medica	Geriatria	-	-	20	20	1	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	2	24	Medica	Malattie infettive e tropicali	-	-	10	10	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	3	26	Medica	Medicina Generale	-	-	36	36	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	3	29	Medica	Nefrologia e Dialisi	-	-	8	8	1	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	3	32	Medica	Neurologia (con stroke unit)	-	-	10	10	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	2	52	Medica	Dermatologia	-	-	-	-	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	2	58	Medica	Gastroenterologia	-	-	-	-	1	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	3	64	Medica	Oncologia	-	-	10	10	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	1	2	68	Medica	Pneumologia	-	-	-	-	-	1	-
TOTALE AREA MEDICA									-	-	114	114	7	6	3

202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	2	3	09	Chirurgica	Chirurgia generale	-	-	30	30	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	2	3	34	Chirurgica	Oculistica	-	-	-	-	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	2	3	36	Chirurgica	Ortopedia e traumatologia	-	-	30	30	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	2	3	38	Chirurgica	Otorinolaringoiatria	-	-	-	-	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	2	2	14	Chirurgica	Chirurgia Vascolare	-	-	4	4	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	2	3	43	Chirurgica	Urologia	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE AREA CHIRURGICA									-	-	64	64	2	2	3
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	3	3	37	Materno infantile	Ostetricia e ginecologia	-	4	26	30	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	3	3	33	Materno infantile	Neuropsichiatria Infantile	-	-	2	2	-	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	3	3	39	Materno infantile	Pediatria	2	-	8	10	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	3	3	62	Materno infantile	Neonatologia	-	-	6	6	1	-	-
TOTALE AREA MATERNO INFANTILE									2	4	42	48	3	2	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	4	3	49	Emergenza	Terapia intensiva	-	-	10	10	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	4	3	50	Emergenza	Unità coronarica	-	-	10	10	-	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	4	3	51	Emergenza	MCAE (posti letto tecnici)	-	-	6	6	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	4	2	73	Emergenza	Terapia intensiva neonatale	-	-	4	4	-	1	-
TOTALE AREA EMERGENZA									-	-	24	24	2	4	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	5	3	40	Psichiatria	Psichiatria (SPDC)	2	-	14	16	1	1	-
TOTALE AREA PSICHIATRIA									2	-	14	16	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	6	3	56	Post acuzie	Recupero e riabilit. Funzion.	-	-	-	-	-	-	1
TOTALE AREA POST ACUZIE									-	-	-	-	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	02	Supporto	Day hospital multidisciplinare AFO medica	10	-	-	10	-	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	03	Supporto	Anatomia patologica	-	-	-	-	1	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	05	Supporto	Angiologia	-	-	-	-	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	54	Supporto	Emodialisi	-	-	-	-	-	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	61	Supporto	Medicina nucleare (posti letto tecnici)	-	-	2	2	1	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	69	Supporto	Radiologia	-	-	-	-	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	98	Supporto	Day Surgery multidisciplinare AFO chirurgica	-	10	-	10	-	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	12	Supporto	Comparti operatori	-	-	-	-	-	-	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	-	10	Supporto	Laboratorio analisi	-	-	-	-	-	-	1

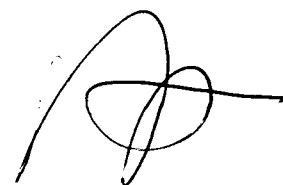


202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	10 2	Supporto	Servizio Trasfusionale				-	-	-	1
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	12 4	Supporto	Farmacia ospedaliera				-	1	1	-
202	180032	Spoke	Ospedale civile S. Giovanni di Dio	7	DS	Supporto	Direzione sanitaria PO				-	1	1	-
TOTALE AREA SUPPORTO								10	10	-	20	5	5	3
Totale Ospedale Civile S. Giovanni di Dio								14	14	258	286	20	20	10

Posti letto, discipline e strutture organizzative ospedaliere rete erogatori privati

La tabella di sintesi che segue riporta il quadro di dettaglio delle attività ospedaliere per strutture erogatori privati accreditati.

Codice Azienda	Codice Struttura	Denominazione Struttura	Area	Diffusione	Codice Disciplina	Denominazione Disciplina	Posti Letto Programmazione Regionale			
							DO	DH	DS	Totale
202	180045	Casa di Cura S. Rita	2	3	09	Chirurgia Generale	30	0	3	33
202	180045	Casa di Cura S. Rita	6	3	60	Lungodegenza	14	0	0	14
202	180054	Istituto S. Anna	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale neurologica e ortopedica	60	8	0	68
202	180054	Istituto S. Anna	6	3	60	Lungodegenza Specializzata per pazienti in stato vegetativo permanente	50	0	0	50
202	180054	Istituto S. Anna	6	2	75	Neuroriabilitazione per gravi cerebrolesioni e unità di risveglio	30	0	0	30
202	180085	Romolo Hospital	2	3	43	Urologia	30	0	3	33
202	180085	Romolo Hospital	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale urologica e/o respiratoria	12	2	0	14
202	180101	Calabrodental srl	2	1	10	Chirurgia Maxillofacciale	0	0	6	6
202	180101	Calabrodental srl	2	2	35	Odontostomatologia	0	0	2	2
202	180102	SADEL (ex Oliveti)	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale reumatologica e muscolo scheletrica	12	2	0	14
202	180103	Casa di Cura Madonna Dello Scoglio	1	1	71	Reumatologia	30	3	0	33
Totale Erogatori Privati Accreditati							268	15	14	297





REGIONE CALABRIA
DIREZIONE REGIONALE PROTEZIONE CIVILE
CROTONE

SEZIONE SECONDA

RIORGANIZZAZIONE E IMPLEMENTAZIONE RETE EMERGENZA/URGENZA

RETE EMERGENZA-URGENZA

Il documento di riorganizzazione allegato al DCA n. 9 del 2 aprile 2015, al punto 3 definisce gli aspetti più significativi per il riordino delle rete di emergenza-urgenza sia nella sua fase territoriale che in quella ospedaliera.

La rete dell'emergenza-urgenza dell'ASP di Crotone risulta allo stato già articolata secondo il modello indicato dalla programmazione regionale ovvero risulta articolata nelle due grosse aree che caratterizzano il sistema locale dell'emergenza urgenza ovvero l'area dell'emergenza intraospedaliera e quella della rete dell'emergenza territoriale.

La rete ospedaliera dell'emergenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è fondamentalmente costituita dal dipartimento di emergenza urgenza (DEA) di primo livello del presidio ospedaliero di Crotone di cui si è già trattato nella sezione prima del presente provvedimento. In quanto presidio Spoke il presidio ospedaliero di Crotone è quindi dotato di DEA di primo livello con attività di pronto soccorso in grado di compiere interventi diagnostico terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro Hub o al polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

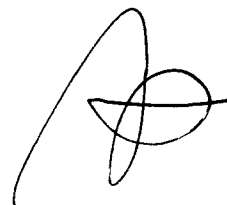
La struttura di pronto soccorso del DEA del presidio ospedaliero di Crotone dispone di una dotazione di servizi ospedalieri di base e specialistici di complessità medio-alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il personale medico è costituito da medici d'urgenza, inquadrati nella struttura complessa di Medicina e Chirurgia di accettazione e di urgenza operante sia in guardia attiva che in reperibilità. La struttura è dotata di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di letti tecnici per la terapia sub intensiva, inoltre, è operativo nell'ambito del servizio la tecnica del triage infermieristico.

La struttura è collocata in un presidio dotato della U.O. di Medicina generale, chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con Utic, Neurologia con SU, Servizio dialisi per acuti, Endoscopia in urgenza, Psichiatria, oculistica e chirurgia vascolare, con servizio medico di guardi attiva H24 o di pronta disponibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Nello stesso presidio ospedaliero di Crotone sede del DEA sono presenti e disponibili H 24 i servizi di radiologia con TAC Ecografia e RMN, di laboratorio e servizio immunotrasfusionale.

Nella tabella che segue è riportato lo schema delle specifiche funzioni di emergenza urgenza ospedaliera del Centro Spoke presidio ospedaliero di Crotone.



PRESIDIO OSPEDALIERO DI CROTONE DEA 1° LIVELLO FUNZIONI EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA	
BACINO D'UTENZA	173.425 abitanti
APERTURA ATTIVITA'	24 ore su 24 365 giorni anno
NUMERO ACCESSI ANNUI	Superiore a 45.000 (59.178 nel 2014)
RESPONSABILITA' CLINICA E ORGANIZZATIVA	SC Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza
PRESENZA POSTI LETTO TECNICI DI OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA-OB	Allo stato attivi 8 (programmati 14) in relazione all'effettivo fabbisogno
Strutture di Specialità di cui dispone il DEA del Presidio Ospedaliero	
Medicina Interna	Guardia attiva H24
Chirurgia Generale	Guardia attiva H24
Anestesia e Rianimazione	Guardia attiva H24
Ortopedia e Traumatologia	Guardia attiva H24
Ostetricia e Ginecologia	Guardia attiva H24
Pediatria	Guardia attiva H24
Neonatologia con TIN	Guardia attiva H24
Cardiologia con UTIC	Guardia attiva H24
Neurologia con stroke unit	Guardia attiva H24/Reperibilità
Psichiatria (SPDC)	Guardia attiva H24/Reperibilità
Oculistica	Guardia attiva H12/Reperibilità
Otorinolaringoiatria	Guardia attiva H12/Reperibilità
Chirurgia Vascolare (non ancora attiva)	Guardia attiva H12/Reperibilità
Gastroenterologia ed Endoscopia in urgenza	Guardia attiva H12/Reperibilità
Servizio di Radiologia con TAC - RMN ed	Guardia attiva H24
Servizio di Laboratorio Analisi	Guardia attiva H24
Servizio Immunotrasfusionale	Guardia attiva H24

Funzioni emergenza urgenza ospedaliera nel presidio SPOKE di Crotone

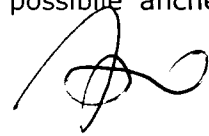
La struttura ospedaliera di Crotone sede di DEA di I livello esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di PS e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza al D.E.A. di II Livello (Hub) per livello superiore di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia con SU, Psichiatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Chirurgia vascolare, con servizio medico di guardia attiva o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono.

Sono presenti o disponibili in rete h.24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Il DEA è dotato, inoltre, di letti tecnici di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Il Personale medico del DEA di I livello è costituito da Medici afferenti alla Disciplina di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa ed operanti sia in guardia attiva che in reperibilità.

Alcuni Centri SPOKE, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse tempo-dipendenti, possono essere dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica, a questo riguardo si ritiene possibile anche in



ragione dei volumi di attività e dei correlati trasferimenti presso l'Hub di riferimento la previsione di un servizio di emodinamica presso la U.O. di cardiologia del Presidio ospedaliero di Crotone dove, peraltro, è già attiva la terapia intensiva cardiologica.

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o ove eventualmente previsti in Centri sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000/ 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000.

La rete dell'emergenza territoriale

Il sistema di emergenza urgenza 118 dell'ASP di Crotone è stato il primo ad essere attivato nella Regione Calabria ed è operativo sin dal gennaio 1995. Il sistema è operativo su tutto il territorio dell'azienda, è gestito e organizzato dalla Centrale Operativa SUEM 118 che governa tutte le risorse tecnico-sanitarie e di personale afferenti al sistema dell'emergenza urgenza presenti sul territorio.

L'organizzazione del servizio è sostanzialmente quella prevista dal DM 27 marzo 1992, dalla legislazione regionale e dall'atto aziendale.

La rete dell'emergenza territoriale è sostanzialmente distinta in due fasi principali:

- 1) Fase di allarme sanitario in cui la Centrale Operativa del 118 riceve le richieste di soccorso, valuta il grado di complessità dell'evento e garantisce, coordinandoli, tutti gli interventi di soccorso nell'ambito territoriale di riferimento.
- 2) Fase di risposta territoriale nella quale classificati gli eventi utilizzando codici noti e definiti, la Centrale Operativa dispone l'invio di mezzi di soccorso od attiva le postazioni territoriali.

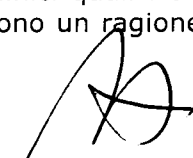
Per svolgere tali funzioni la C.O. del 118 deve essere a conoscenza, in tempo reale della dislocazione e tipologia dei mezzi di soccorso utilizzabili e delle postazioni relative alla emergenza territoriale rappresentata dal personale e dai mezzi di soccorso delle PET e dai medici di continuità assistenziale la cui attività deve essere di collaborazione attiva all'interno del servizio "118", per le ore di competenza. Analogamente anche i medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta devono essere coinvolti nella gestione delle urgenze/emergenze, sempre in collaborazione con la Centrale Operativa. Il raccordo è considerato essenziale nella gestione del soccorso trattandosi, spesso, di interventi terapeutici risolutivi di modesto impegno assistenziale su pazienti noti ai medici di base e può essere assicurato dai medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, riuniti in associazione, consentendo di affrontare le situazioni di emergenza nei periodi di tempo non "coperti" dal servizio di continuità assistenziale, senza dislocare i pazienti.

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

La fase territoriale è inoltre assicurata omogeneamente su tutto il territorio aziendale da tre punti di primo intervento (PET) coordinati dalla C.O. del 118 e collocati in ciascuno dei tre distretti in cui è articolato il territorio dell'azienda. In ciascuno dei Punti di Emergenza Territoriale, attivo 24 ore su 24 e dotato di personale medico dell'emergenza territoriale, di infermieri professionali e di autisti di ambulanza, oltre che delle attrezzature indispensabili per il soccorso, si effettuano interventi minori, stabilizzazione dei pazienti e, se del caso, trasporto presso il presidio ospedaliero dell'azienda o altro presidio ospedaliero idoneo.

Indirizzi azioni e obiettivi specifici per il miglioramento e la razionalizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza.

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



• riferimento programmatico i tempi standard di intervento del soccorso extraospedaliero indicati dalla normativa nazionale.

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

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

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

Sulla base di tali criteri è compito della centrale operativa 118 di provvedere a mappare il territorio in specifici settori, con i relativi tempi di intervento, individuando e descrivendo eventuali zone critiche che richiedano o tempi di intervento più lunghi o una diversa dislocazione dei mezzi.

Allo stato è già stata individuata quale area critica quella litoranea ionica ricompresa tra Steccato di Cutro e Crotone. Per far fronte a tale criticità allo stato è attiva presso il Comune di Isola Capo Rizzuto la quarta PET dell'ASP gestita in convenzione dalla Misericordia e di cui si sta programmando la gestione diretta da parte dell'ASP.

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

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

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

Sempre ai fini 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.

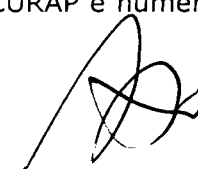
L'esigenza di considerare l'apparato del 118 come un sistema in grado di erogare prestazioni assistenziali anche ad elevata complessità, richiede che si tenga conto, oltre che della variabile tempo di intervento, anche di altre variabili che consentano valutare il sistema per quello che ha prodotto in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

Azioni prioritarie per la completa implementazione della rete dell'emergenza territoriale sono quelle qui di seguito indicate:

- 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 PET e nella CO.
- Formazione continua del personale.

Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate per l'integrazione tra le reti e le connessioni fra sistema dell'emergenza e sistema delle cure primarie CURAP e numero unico 116117.



Altri elementi di razionalizzazione previsti sono quelli relativi ad una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale, riorganizzando il servizio secondo le previsioni programmatiche delle postazioni di continuità assistenziale previste dalla programmazione regionale nel numero di 29 postazioni a fronte delle attuali 31 postazioni oggi attive.





SEZIONE PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CAGLIARI

SEZIONE TERZA

RIORGANIZZAZIONE E IMPLEMENTAZIONE RETI TEMPO DIPENDENTI



Rete SCA
Sindrome Coronarica Acuta

RETE SCA - SINDROME CORONARICA ACUTA

Il documento relativo alla rete SCA è riportato in allegato 4 al DCA n. 9/2015 a cui si rimanda per gli specifici aspetti relativi: all'analisi del fabbisogno (Tabella 1 e Tabella 2 allegato 4), del numero atteso di ricoveri della SCA (Tabella 3 allegato 4), del tasso di ospedalizzazione grezzo per 1000 abitanti per patologia (Tabella 4 allegato 4), del fabbisogno stimato di angioplastiche coronariche per area di riferimento (Tabella 5 allegato 4) e parametri per l'articolazione della rete ospedaliera (ex DPGR 18/2010) (Tabella 6 allegato 4).

Inoltre nello stesso allegato 4 a cui si rimanda è riportata la valutazione dell'offerta relativa all'anno 2014 (Tabella 8 allegato 4), l'analisi dei dati di attività PTCA e coronarografie (Tabella 10 allegato 4) nonché l'individuazione dello standard di riferimento dei nodi della rete (punto 1.5 allegato 4), gli specifici indicatori di performance (punto 1.6 allegato 4). Sono, inoltre, riportati al punto 1.7.2 dell'allegato 4, gli indirizzi per la gestione del trasporto dei pazienti in condizioni di emergenza/urgenza cardiologica.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto con specifico riferimento al presidio ospedaliero dell'ASP di Crotone.

Nodi della rete

Di seguito sono riportati i nodi della rete Hub e Spoke.

- Centri Hub sede di DEA di II Livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR n. 18/2010;
- Centri Spoke sede di Dea di I livello della rete dell'emergenza di cui al DPGR n. 18/2010 tra i quali è compreso il P.O. di Crotone che rispondono ai requisiti del bacino di utenza ed ai tempi di percorrenza dettati dal protocollo con il 118 da articolare secondo le indicazioni riportate nel documento allegato 4, dotati di emodinamica e UTIC secondo i DPGR n. 106 e 136 del 2011;
- Centri Spoke con UTIC senza emodinamica di cui al DPGR n. 18/2010.

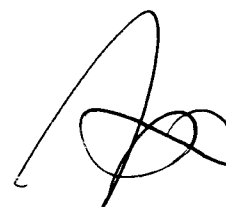
1. Rete dell'Area Centrale: gli Ospedali delle Province di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia, che hanno come Hub di riferimento l'Ospedale Pugliese-Ciaccio e l'AOU Mater Domini di Germaneto;

Posti letto della rete

Di seguito sono riportati il numero di posti letto relativi alla cardiologia, all'unità coronarica ed all'emodinamica per area e struttura previsti dalla nuova programmazione regionale con specifico riferimento all'area centro ed al presidio ospedaliero di Crotone.

Posti letto Area Centro

Aziende	Codice Struttura	Denominazione Azienda	Comune	Cardiologia	Unità Coronarica	Emodinamica
Azienda Ospedaliera	180913	A.O. Pugliese Ciaccio	Catanzaro	20	12	si
Azienda Ospedaliera Universitaria	180914	A.O. Mater Domini	Catanzaro	10	12	si
ASP Catanzaro	180033	Ospedale Lamezia Terme	Lamezia Terme	14	6	no
ASP Crotone	180.32	Ospedale San Giovanni di Dio Crotone	Crotone	20	10	no
ASP Vibo Valentia	180034	Ospedale Jazzolino Vibo Valentia	Vibo Valentia	12	8	no
Strutture Private	180053	Casa di Cura S. Anna Hospital	Catanzaro	27	6	si





Rete Stroke

RETE STROKE

Il documento relativo alla rete Stroke è riportato in allegato 5 al DCA n. 9/2015 a cui si rimanda per gli specifici aspetti relativi:

- all'analisi del fabbisogno (punto 1.2 allegato 4) e della casistica ictus per area geografica (Tabella 1 e Tabella 2 allegato 5);
- del fabbisogno di stroke unit e dei parametri per l'articolazione della rete (Tabella 3 allegato 5).

Inoltre nello stesso allegato 5 a cui si rimanda al punto 1.3 è riportata l'analisi dell'offerta delle strutture dedicate anche all'assistenza a pazienti con evento ictale di tipo ischemico o emorragico.

Sono, ancora, individuati al punto 1.4 dell'allegato 5 gli standard di riferimento dei nodi della rete nonché al punto 1.4.1.1 i requisiti dei nodi della rete hub e spoke articolati in S.U. di I livello quale quella programmata per il presidio ospedaliero di Crotone in quanto centro spoke sede di DEA di primo livello e S.U. di II Livello presso i centri hub sede di DEA di secondo livello.

Nella Tabella 7 dell'allegato 5 a cui si fa rinvio è riportata l'individuazione dei centri hub e spoke con S.U. di I e II livello.

Nella Tabella 9 dell'allegato 5 sono, inoltre, indicati i posti letto dei centri hub e spoke dell'area centro.

Il documento relativo alla rete riportato in allegato 5 al punto 1.5 definisce gli indicatori di carattere generale per la gestione dello stroke sia nella fase pre-ospedaliera che nella fase ospedaliera che dell'assistenza riabilitativa.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto relativamente all'area centro ed al presidio ospedaliero di Crotone.

Nodi della rete area centro

Area Centro Hub con S.U. di II livello	Area Centro Spoke con S.U. di I livello
Hub AO Pugliese Ciaccio Catanzaro con integrazione funzionale per la neuroradiologia interventistica con AOU Mater Domini	
	Spoke Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio Crotone
	Spoke Presidio Ospedaliero Jazzolino Vibo Valentia

Posti letto centri hub e spoke area centro

Tipo Azienda	Denominazione	Comune	P.L. neurologia	P.L. Stroke Unit I livello	P.L. Stroke Unit II livello	P.L. Neurochirurgia	P.L. Neuroradiologia
HUB	AO Pugliese/Ciaccio	Catanzaro	20		x	20	x
SPOKE	Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio Crotone	Crotone	10	x			
SPOKE	Presidio Ospedaliero Jazzolino Vibo Valentia	Vibo Valentia	15	x			





Rete Politrauma

RETE POLITRAUMA

Il documento relativo alla rete SCA è riportato in allegato 6 al DCA n. 9/2015 a cui si rimanda per gli specifici aspetti relativi: all'analisi della domanda e dell'offerta (punto 1.3 allegato 6), alla organizzazione della rete ed ai requisiti dei nodi della rete (punto 1.4 allegato 6), alle considerazioni e indirizzi per la realizzazione operativa della rete di cui al punto 1.5 dell'allegato 6.

Inoltre nello stesso allegato 6 al punti 1.6 e 1.7 sono riportati gli indirizzi per la rete delle strutture per la riabilitazione e i per i protocolli di trasferimento.

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto con specifico riferimento al presidio ospedaliero San Giovanni di Dio dell'ASP di Crotone.

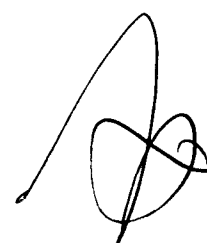
Nodi della rete

Di seguito sono riportati i nodi della rete Hub e Spoke.

Area Centro Hub CTZ	Area Centro Spoke PTS
Hub AO Pugliese Ciccio Catanzaro AOU Mater Domini (solo per le funzioni ad integrazione funzionale)	
	Spoke Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio Crotone
	Spoke Presidio Ospedaliero Lamezia Terme
	Spoke Presidio Ospedaliero Jazzolino Vibo Valentia

Posti letto della rete

Area	Azienda	DEA/PS	P.L. neurochirurgia	P.L. Terapia Intensiva	P.L. Ortopedia	P.L. Chirurgia Gen
Centro	AO Pugliese/Ciccio Catanzaro	DEA II Livello	20	10	30	30
	ASP Crotone P.O. San Giovanni di Dio	DEA I Livello	0	10	30	30
	ASP Catanzaro P.O. Lamezia Terme	DEA I Livello	0	12	30	20
	ASP Vibo Valentia P.O. Jazzolino	DEA I Livello	0	6	20	20
	ASP Catanzaro P.O. Soverato	PS	0	0	10	20
	ASP Vibo Valentia P.O. Tropea	PS	0	0	10	10





Rete trasporto neonatale

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a cursive or semi-cursive script.

RETE PER IL TRASPORTO NEONATALE

Il documento relativo alla rete per il trasporto neonatale è riportato in allegato 7 al DCA n. 9/2015 a cui si rimanda per gli specifici aspetti relativi:

- Al servizio di trasporto materno assistito (STAM) per come specificato al punto 1.2 dell'allegato 7;
- Al servizio di trasporto dell'emergenza neonatale (STEN) per come specificato al punto 1.3 dell'allegato 7;

Di seguito si sintetizzano i nodi della rete ed i posti letto con specifico riferimento al presidio ospedaliero San Giovanni di Dio dell'ASP di Crotone area centro.

Nodi della rete

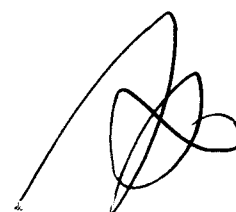
Di seguito sono riportati i nodi della rete Hub e Spoke dell'area centro.

- Hub AO Pugliese Ciaccio;
- Spoke P.O. Lamezia, Crotone e Vibo Valentia
- Ospedale generale Soverato

Posti letto della rete

Di seguito sono riportati il numero di posti letto programmati per l'area delle terapie intensive neonatali e per l'area materno infantile nell'area centro ed indicati in Tabella 2 dell'allegato 7 al DCA n. 9/2015, con specifico riferimento all'area centro ed al P.O. di Crotone.

Area	Codice azienda	Codice struttura	Tipologia struttura	Denominazione struttura	Codice disciplina	Denominazione disciplina	P.L. Da Programmazione			
							DH	DS	DO	Tot.
Centro	913	180913	Hub	AO Pugliese Ciaccio	37	Ostetricia e Gin. (Mater Domini)	0	2	18	20
						Ostetricia e Gin. (Pugliese)	0	2	18	20
					62	Neonatologia	2	0	23	25
					73	TIN	0	0	5	5
	203	180033	Spoke	P.O. Lamezia Terme	37	Ostetricia e Gin.	0	1	29	30
					62	Neonatologia	0	0	6	6
					73	TIN	0	0	4	4
		180055	OG	Soverato	37	Ostetricia e Gin.	0	1	19	20
	202	180032	Spoke	P.O. Crotone	37	Ostetricia e Gin.	0	4	26	30
					62	Neonatologia	0	0	6	6
					73	TIN	0	0	4	4
	204	180034	Spoke	P.O. Jazvolino	37	Ostetricia e Gin.	0	2	18	20
					62	Neonatologia	0	0	2	2





Allegato 3

Richiesta autorizzazione assunzioni di personale.

**REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE**

ASP Crotone

Magna Grecia

Protocollo nr.37807 del 03/06/2015 (PARTENZA)



Dr. Massimo Scura
Commissario ad Acta Settore Sanità
Regione Calabria
Sede

Dr. Andrea Urbani
Sub Commissario Settore Sanità
Regione Calabria
Sede

Direttore Generale
Dipartimento Sanità Regione Calabria
Sede

E p/c

On. Mario Oliverio
Presidente Giunta Regionale
Sede

OGGETTO: DCA n. 2/2015 reclutamento di personale nelle aziende del SSR.
Richiesta autorizzazione assunzioni ASP Crotone.

PREMESSO

che con Decreto del Commissario ad Acta n. 2 del 26 marzo 2015 sono state emanate specifiche disposizioni in materia di autorizzazione e reclutamento di personale nelle aziende del SSR.

che le disposizioni di cui sopra prevedono che per il rilascio delle autorizzazioni all'assunzione, le aziende, unitamente alla richiesta di autorizzazione, presentino specifica documentazione attestante:

- L'avvenuta ottimizzazione delle risorse disponibili.
- L'impossibilità per l'azienda di soddisfare il fabbisogno di personale anche attraverso ulteriori procedure di riorganizzazione per aree omogenee.

- L'adozione di misure volte al ricollocamento aziendale del personale.
- Le specificità che rendono assolutamente indispensabile e indifferibile il rilascio dell'autorizzazione.

che ai fini del rilascio delle autorizzazioni di cui trattasi le aziende devono fornire, unitamente alla richiesta, l'analisi dei dati relativi alla ricognizione dell'assetto organizzativo ottimizzato da cui dovranno emergere l'avvenuta adozione da parte dei Direttori Generali delle possibili misure di razionalizzazione del personale disponibile a qualsiasi titolo e l'impossibilità di ricollocamento interno del medesimo al fine di ricoprire le posizioni per cui viene richiesta l'autorizzazione all'assunzione.

CONSIDERATO

che lo stesso DCA n. 2/2015 precisa che al fine di salvaguardare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, la cui erogazione, in assenza di personale dedicato, rischia di essere fortemente compromessa con gravi ripercussioni per l'utenza, con specifico decreto del Commissario ad acta potrà essere concessa, in deroga alla procedura di cui all'Allegato A) del DCA 2/2015, l'autorizzazione al reclutamento di figure appartenenti al ruolo sanitario, ritenute necessarie, infungibili e indispensabili per garantire i LEA e il diritto alla salute dei cittadini.

che il fabbisogno di personale di cui si richiede l'autorizzazione all'assunzione dovrà essere articolato tra percorso di urgenza e percorso standard, secondo le Classi di priorità indicate al punto 2 dell'Allegato A) del DCA 2/2015.

che le specifiche disposizioni di cui alla legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Legge finanziaria 2010) e, in particolare, l'art. 2, comma 71, nel dettare i vincoli di spesa del personale, ha riconfermato l'applicabilità dell'art. 1, comma 565, della legge 296/2006, ed ha conseguentemente disposto che *"gli enti del Servizio Sanitario Nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento"* che l'art. 17, comma 3, del D.L. 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011, come sostituito dall'art. 15, comma 21, D.L. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012, e successivamente modificato dall'art. 1, comma 584, letto a), legge 23 dicembre 2014, n. 190, ha espressamente stabilito che *"l'applicabilità delle disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 è estesa anche in ciascuno degli anni dal 2013 al 2020"*.

che l'obiettivo del contenimento della spesa per il personale (che dovrà comunque nel 2015, indipendentemente dal raggiungimento dell'equilibrio economico da parte del sistema regionale, essere pari alla spesa 2004 diminuita dell'1,4% al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al medesimo anno), in coerenza con le disposizioni normative sopra richiamate,



sarà conseguito a livello di sistema regionale, in un'ottica di graduale e progressivo allineamento allo stesso.

TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO

Al fine di ottenere l'autorizzazione all'assunzione di personale di cui alle disposizioni regionali in materia, approvate con DCA n. 2/2015, si comunica quanto segue.

- A. Che l'Azienda ha proceduto a definire il fabbisogno del personale da assumere per come indicato e rappresentato nella Tabella 1) allegata alla presente quale parte integrante e sostanziale ed ha proceduto ad articolare il medesimo fabbisogno tra percorso di urgenza e percorso standard secondo le Classi di priorità I e II specificati nella Tabella 2) allegata alla presente quale parte integrante e sostanziale.
- B. Che nelle citate Tabella 1) e Tabella 2) è stato analiticamente indicato, per ciascuna unità operativa del Presidio Ospedaliero di Crotone, il profilo professionale e il numero di unità di cui si richiede l'autorizzazione all'assunzione ed è stato quantificato il relativo costo.
- C. Che il fabbisogno del personale di cui trattasi così per come indicato nelle citate Tabelle allegate è coerentemente correlato ai posti letto, alle discipline e alle strutture organizzative previsti dalla nuova rete ospedaliera per il Presidio Ospedaliero di Crotone di cui all'allegato 1 del documento di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato con il DCA n. 9/2015.
- D. Che l'autorizzazione all'assunzione del personale di cui trattasi è richiesta in deroga alla procedura di cui all'Allegato A) del DCA 2/2015, al fine di salvaguardare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, la cui erogazione, in assenza di personale dedicato, rischia di essere fortemente compromessa con gravi ripercussioni per l'utenza e precisando che trattasi di figure appartenenti al ruolo sanitario, ritenute necessarie, infungibili e indispensabili per garantire i LEA e il diritto alla salute dei cittadini.

Si comunica, inoltre, che in attuazione di quanto stabilito dalle specifiche disposizioni in materia di reclutamento di personale nelle aziende del SSR (DCA n. 2/2015), qui di seguito si forniscono le informazioni richieste dovute e necessarie al fine di ottenere una positiva valutazione della presente richiesta di autorizzazione alle assunzioni del personale di cui trattasi.

- 1) In ordine alla ottimizzazione delle risorse disponibili occorre evidenziare che l'avvenuta ottimizzazione delle risorse disponibili, con particolare riferimento al presidio ospedaliero di Crotone, era già stata avviata nella nostra ASP in attuazione delle disposizioni regionali di cui al DPGR n. 18/2010 e al DPGR n. 106/2011 e nel concreto formalizzata con deliberazione n. 386 del 12 luglio 2012 del Direttore Generale pro tempore. La stessa ha consentito già una prima ottimizzazione delle risorse disponibili conseguente alla riorganizzazione



del presidio ospedaliero di Crotone sia intermini di rideterminazione e adeguamento del numero di posti letto e di discipline oltre che nella intervenuta riorganizzazione interna del presidio nelle quattro Aree Funzionali Omogenee (AFO) di seguito indicate: Medicina, Chirurgia, Emergenza-Urgenza e Accettazione, Servizi Diagnostici e di Supporto e Materno-infantile, con contestuale aggregazione del personale nelle stesse AFO e razionalizzazione delle strutture organizzative secondo le indicazioni regionali a suo tempo stabilite.

Allo stato la scrivente direzione aziendale in attuazione della nuova programmazione regionale di cui al Piano Operativo 2013-2015 approvato con DCA n. 14/2015 e più specificamente in attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti approvate con il DCA n. 9/2015, sta procedendo alla definitiva implementazione della nuova rete ospedaliera pubblica in termini di adeguamento di posti letto, delle discipline e delle strutture organizzative del presidio ospedaliero di Crotone.

Più specificamente le azioni e gli interventi aziendali, attuative di quanto previsto dal documento di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato con DCA 9/2015, e allo stato in corso di definitiva implementazione, che l'azienda già nell'incontro da Voi programmato per il giorno 17 giugno 2015 presso il dipartimento sanità l'ASP è in grado di formalizzare con la presentazione della specifica proposta di piano attuativo locale della nuova rete ospedaliera pubblica, sono caratterizzati da ulteriori interventi di riorganizzazione e ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse coerenti con i nuovi indirizzi regionali e finalizzati alla realizzazione di modelli assistenziali innovativi e performanti.

Al riguardo, occorre, tuttavia, evidenziare e precisare che l'autorizzazione al reclutamento del personale di cui alla presente nota, richiesta in deroga alla procedura di cui all'Allegato A) del DCA 2/2015, assume rilievo essenziale non solo ai fini della definitiva implementazione e riorganizzazione della rete ospedaliera che necessita delle figure appartenenti al ruolo sanitario, ritenute necessarie, infungibili e indispensabili per garantire i LEA e il diritto alla salute dei cittadini, ma al fine di salvaguardare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, la cui erogazione, in assenza di personale dedicato, rischia di essere fortemente compromessa con gravi ripercussioni per l'utenza.

- 2) In ordine alla impossibilità per l'azienda di soddisfare il fabbisogno di personale anche attraverso ulteriori procedure di riorganizzazione per aree omogenee occorre evidenziare e precisare che già oggi nel P.O. di Crotone sono definite ed operative le procedure di riorganizzazione per aree omogenee, per come già indicato al punto a) che precede.
- 3) In ordine all'adozione di misure volte al ricollocamento aziendale del personale, in parte già definito e attuato in sede di riorganizzazione del Presidio Ospedaliero di Crotone in Aree Funzionali Omogenee (AFO), occorre evidenziare e precisare che allo stato tali misure sono già state oggetto di specifica valutazione e analisi da parte della scrivente direzione strategica e



hanno riguardato le numerose unità di personale in servizio presso il P.O. di Crotone con limitazioni funzionali e/o in godimento dei benefici di cui alla legge 104. Le specifiche valutazioni e analisi condotte hanno maturato nella direzione strategica aziendale la necessità e l'urgenza, peraltro già anticipate alle OO.SS., di un più razionale e migliore utilizzo di tali unità, in coerenza con le vigenti disposizioni contrattuali. Pertanto le numerose unità di personale in servizio con limitazioni e/o con godimento dei benefici di cui alla legge 104, peraltro, analiticamente indicati nell'elenco di cui alla Tabella 3 allegata alla presente, saranno utilizzati per lo sviluppo delle attività sanitarie e assistenziali della nuova rete territoriale e per l'integrazione effettiva ospedale-territorio con particolare riferimento a PDTA e dimissioni protette e assistenza domiciliare.

4) In ordine alle specificità che rendono assolutamente indispensabile e indifferibile il rilascio dell'autorizzazione occorre evidenziare quanto segue:

- Presso la nostra ASP il blocco automatico del turn-over, unitamente all'esodo pensionistico del personale verificatosi negli ultimi anni ha procurato profonde carenze nelle dotazioni organiche con particolare riferimento all'unico Presidio Ospedaliero dell'ASP ovvero il San Giovanni di Dio di Crotone, aggravando in modo sempre più insostenibile anche le condizioni di lavoro del personale.

Nel quadriennio 2010-2014 nella nostra azienda, solo tra il personale in servizio nel Presidio Ospedaliero di Crotone, sono cessate per collocamento a riposo ben 127 unità di personale del ruolo sanitario di cui 40 unità di dirigenti medici e 87 unità di personale del ruolo sanitario del comparto (CPS, CPSE, Tecnici Sanitari e OSS - senza contare le altre unità di personale appartenente agli altri ruoli) la cui riduzione ha procurato nel tempo e oggi non risulta più sostenibile, situazioni di criticità per le attività dirette ad assicurare i livelli minimi di assistenza, determinando la riduzione dell'orario di attività di alcuni servizi, tanto da determinarne in alcuni casi la sospensione.

- Le unità di personale di cui alla citata Tabella 1) allegata alla presente nota e di cui si richiede l'autorizzazione all'assunzione, sono tutte relative ai soli servizi del Presidio Ospedaliero di Crotone e a personale del solo ruolo sanitario, secondo le classi di priorità I (area dell'emergenza urgenza, delle terapie intensive e sub-intensive) e II (area delle discipline chirurgiche e mediche, dei servizi e materno infantile) per come meglio specificato nella citata Tabella 2) allegata alla presente nota;
- Tutte le unità di personale di cui si richiede l'autorizzazione all'assunzione sono finalizzate a salvaguardare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza la cui erogazione, in assenza di personale dedicato rischia di essere fortemente compromessa con gravi ripercussioni per l'utenza, da ciò derivando la richiesta di autorizzazione all'assunzione in deroga alla procedura di cui all'allegato A) del DCA n. 2/2015, trattandosi di figure appartenenti al ruolo sanitario, ritenute necessarie, infungibili e indispensabili per garantire i LEA e il diritto alla salute dei cittadini;



- Le numerose unità di personale in servizio con limitazioni e/o con godimento dei benefici di cui alla legge 104, analiticamente indicati nell'elenco di cui alla citata Tabella 3) allegato alla presente, saranno utilizzati per lo sviluppo delle attività sanitarie e assistenziali della nuova rete territoriale per l'integrazione effettiva ospedale-territorio con particolare riferimento a PDTA e dimissioni protette e assistenza domiciliare.
- La costante riduzione del personale per collocamento a riposo registrata negli ultimi anni e sopra evidenziata nonché l'impossibilità della sostituzione per il blocco totale del tourn over, associata alle limitazioni funzionali e al godimento della L. 104 di numerose unità di personale in servizio nel Presidio Ospedaliero di Crotone costituiscono un ulteriore elemento di criticità e preoccupazione ancor più se si considera la circostanza che allo stato con l'approssimarsi del periodo estivo e quindi del godimento delle ferie del personale l'eventuale impossibilità di reclutamento del personale oggetto della presente richiesta di autorizzazione potrebbe comportare per la gran parte delle unità operative del P.O. di Crotone oltre che disservizi certi per l'utenza anche la sospensione obbligata delle attività ivi comprese quelle di taluni servizi dell'area emergenza urgenza.
- Un ulteriore elemento di criticità è dato dal fatto che fatta eccezione per il personale a T.D. di cui all'art. 2 del DPCM sulla stabilizzazione (si veda elenco allegato Tabella A), le unità di personale a TD determinato in servizio alla data del 31.12. 2014 ed indicati in Tabella 1) sono quasi tutti in scadenza alla data del 30 giugno 2015, pertanto in caso di impossibilità a procedere al reclutamento del personale di cui si richiede l'autorizzazione potrebbe, anche in considerazione delle ferie estive, risultare gravemente compromessa la continuità assistenziale delle prestazioni ospedaliere ordinarie e di emergenza-urgenza erogate nel presidio ospedaliero di Crotone, presidio spoke della rete ospedaliera che rappresenta dopo i quattro presidi Hab il quarto ospedale della regione per numero di posti letto, discipline presenti e tecnologie diagnostiche.

5) Quantificazione e sostenibilità del costo totale del personale di cui si richiede l'autorizzazione.

In ordine alla sostenibilità dei costi delle unità di personale di cui si richiede l'assunzione e del rispetto del vincolo normativo di *"garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni dal 2013 al 2020 il corrispondente ammontare del l'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento"* si comunica e si da atto che il costo complessivo di € 91.899.839 relativo al personale, comprensivo del costo previsto per l'assunzione delle unità richieste con la presente autorizzazione pari ad € 5.826.797, rispetta il vincolo normativo della diminuzione dell'1,4% della spesa per il personale rispetto al costo dell'anno 2004 per come evidenziato



nella tabella che segue, al netto, peraltro, dei TD già in servizio ex art. 2 DPCM sulla stabilizzazione e senza contare la minore spesa derivante dal collocamento a riposo del personale per l'anno in corso.

Spesa per il personale anno 2004	Riduzione del 1.4%	Tetto di spesa dopo riduzione	Costo per il personale consuntivo 2014	Costo assunzioni unità richieste al netto del personale a TD già in servizio ex art. 2 DPCM stabilizzazione
€ 95.223.000	€ 1.333.122	€ 93.889.878	€ 86.114.500	€ 5.868.255

Spesa complessiva anno per il personale compreso costo unità richieste e personale già in servizio a TD ex art. 2 DPCM stabilizzazione	€ 91.982.755
--	--------------

Occorre, inoltre, evidenziare e precisare che relativamente alla spesa per il personale con qualifica di autista ambulanza e operatore socio sanitario indicati in Tabella 1) e rispettivamente pari a 8 e 64 unità, di cui si richiede l'autorizzazione all'assunzione, la scrivente direzione all'atto del suo insediamento ha registrato che per l'anno in corso in virtù di uno specifico provvedimento aziendale di esternalizzazione di servizi tra cui quello reso dalle unità di personale (autisti ambulanza e OSS) sopra indicati, l'ASP sostiene un costo complessivo pari a € 4.800.000 iva compresa e che per il solo personale con qualifica di autista ambulanza e di OSS (8 + 64) comporta una spesa annua che grava a conto economico su costi per beni e servizi e cuba per un importo pari a € 2.658.846 ben maggiore di quello che sarebbe il costo che graverebbe sulla voce costi per il medesimo personale (€ 2.010.670) in caso di autorizzazione all'assunzione delle stesse unità di personale con evidente miglioramento del conto economico complessivo dell'ASP di € 648.170.

Atteso, peraltro, che le disposizioni in materia di reclutamento del personale di cui al DCA n. 2/2015 espressamente stabiliscono che l'attivazione di tutte le nuove esternalizzazioni di servizi è subordinata alla dimostrazione che la scelta operata costituisce un vantaggio per l'organizzazione e determina risparmi in termini di costi ed è soggetta alla preventiva autorizzazione della Struttura Commissariale, in ordine alla specifica richiesta di autorizzazione all'assunzione del personale con qualifica di autista ambulanza e di OSS indicati in Tabella 1) si evidenzia, per le motivazioni sinteticamente qui rappresentate, che l'autorizzazione all'assunzione consente la dismissione dell'attuale esternalizzazione del servizio in essere a decorrere dall'anno 2016, costituisce un vantaggio per l'organizzazione e determina risparmi significativi in termini di costi.

Riservarsi di richiedere con successivo e separato atto l'autorizzazione all'assunzione di personale in relazione alla riorganizzazione dell'assistenza distrettuale, del dipartimento di prevenzione e della direzione strategica e altre



aree e servizi di cui alle corrispondenti Classi di priorità III, IV e V indicate al punto 2. Dell'allegato A del DCA 2/2015.

Si resta in attesa di cortese urgente riscontro e si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Alla presente comunicazione sono acclusi i seguenti allegati:

- Tabella 1)
- Tabella 2)
- Tabella 3)
- Tabella A)



Il Commissario
Dr. Sergio Arena

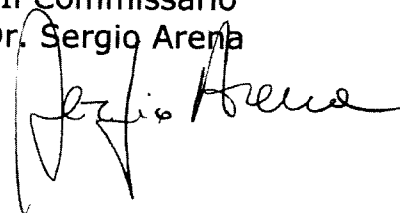


TABELLA 1.1

Codice		Descrizione		Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014		Anno 2015		Anno 2016		Anno 2017		Anno 2018		Anno 2019		Anno 2020		Anno 2021		Anno 2022		Anno 2023		Anno 2024		Anno 2025		Anno 2026		Anno 2027		Anno 2028		Anno 2029		Anno 2030		Anno 2031		Anno 2032		Anno 2033		Anno 2034		Anno 2035		Anno 2036		Anno 2037		Anno 2038		Anno 2039		Anno 2040		Anno 2041		Anno 2042		Anno 2043		Anno 2044		Anno 2045		Anno 2046		Anno 2047		Anno 2048		Anno 2049		Anno 2050		Anno 2051		Anno 2052		Anno 2053		Anno 2054		Anno 2055		Anno 2056		Anno 2057		Anno 2058		Anno 2059		Anno 2060		Anno 2061		Anno 2062		Anno 2063		Anno 2064		Anno 2065		Anno 2066		Anno 2067		Anno 2068		Anno 2069		Anno 2070		Anno 2071		Anno 2072		Anno 2073		Anno 2074		Anno 2075		Anno 2076		Anno 2077		Anno 2078		Anno 2079		Anno 2080		Anno 2081		Anno 2082		Anno 2083		Anno 2084		Anno 2085		Anno 2086		Anno 2087		Anno 2088		Anno 2089		Anno 2090		Anno 2091		Anno 2092		Anno 2093		Anno 2094		Anno 2095		Anno 2096		Anno 2097		Anno 2098		Anno 2099		Anno 2100		Anno 2101		Anno 2102		Anno 2103		Anno 2104		Anno 2105		Anno 2106		Anno 2107		Anno 2108		Anno 2109		Anno 2110		Anno 2111		Anno 2112		Anno 2113		Anno 2114		Anno 2115		Anno 2116		Anno 2117		Anno 2118		Anno 2119		Anno 2120		Anno 2121		Anno 2122		Anno 2123		Anno 2124		Anno 2125		Anno 2126		Anno 2127		Anno 2128		Anno 2129		Anno 2130		Anno 2131		Anno 2132		Anno 2133		Anno 2134		Anno 2135		Anno 2136		Anno 2137		Anno 2138		Anno 2139		Anno 2140		Anno 2141		Anno 2142		Anno 2143		Anno 2144		Anno 2145		Anno 2146		Anno 2147		Anno 2148		Anno 2149		Anno 2150		Anno 2151		Anno 2152		Anno 2153		Anno 2154		Anno 2155		Anno 2156		Anno 2157		Anno 2158		Anno 2159		Anno 2160		Anno 2161		Anno 2162		Anno 2163		Anno 2164		Anno 2165		Anno 2166		Anno 2167		Anno 2168		Anno 2169		Anno 2170		Anno 2171		Anno 2172		Anno 2173		Anno 2174		Anno 2175		Anno 2176		Anno 2177		Anno 2178		Anno 2179		Anno 2180		Anno 2181		Anno 2182		Anno 2183		Anno 2184		Anno 2185		Anno 2186		Anno 2187		Anno 2188		Anno 2189		Anno 2190		Anno 2191		Anno 2192		Anno 2193		Anno 2194		Anno 2195		Anno 2196		Anno 2197		Anno 2198		Anno 2199		Anno 2200		Anno 2201		Anno 2202		Anno 2203		Anno 2204		Anno 2205		Anno 2206		Anno 2207		Anno 2208		Anno 2209		Anno 2210		Anno 2211		Anno 2212		Anno 2213		Anno 2214		Anno 2215		Anno 2216		Anno 2217		Anno 2218		Anno 2219		Anno 2220		Anno 2221		Anno 2222		Anno 2223		Anno 2224		Anno 2225		Anno 2226		Anno 2227		Anno 2228		Anno 2229		Anno 2230		Anno 2231		Anno 2232		Anno 2233		Anno 2234		Anno 2235		Anno 2236		Anno 2237		Anno 2238		Anno 2239		Anno 2240		Anno 2241		Anno 2242		Anno 2243		Anno 2244		Anno 2245		Anno 2246		Anno 2247		Anno 2248		Anno 2249		Anno 2250		Anno 2251		Anno 2252		Anno 2253		Anno 2254		Anno 2255		Anno 2256		Anno 2257		Anno 2258		Anno 2259		Anno 2260		Anno 2261		Anno 2262		Anno 2263		Anno 2264		Anno 2265		Anno 2266		Anno 2267		Anno 2268		Anno 2269		Anno 2270		Anno 2271		Anno 2272		Anno 2273		Anno 2274		Anno 2275		Anno 2276		Anno 2277		Anno 2278		Anno 2279		Anno 2280		Anno 2281		Anno 2282		Anno 2283		Anno 2284		Anno 2285		Anno 2286		Anno 2287		Anno 2288		Anno 2289		Anno 2290		Anno 2291		Anno 2292		Anno 2293		Anno 2294		Anno 2295		Anno 2296		Anno 2297		Anno 2298		Anno 2299		Anno 2300		Anno 2301		Anno 2302		Anno 2303		Anno 2304		Anno 2305		Anno 2306		Anno 2307		Anno 2308		Anno 2309		Anno 2310		Anno 2311		Anno 2312		Anno 2313		Anno 2314		Anno 2315		Anno 2316		Anno 2317		Anno 2318		Anno 2319		Anno 2320		Anno 2321		Anno 2322		Anno 2323		Anno 2324		Anno 2325		Anno 2326		Anno 2327		Anno 2328		Anno 2329		Anno 2330		Anno 2331		Anno 2332		Anno 2333		Anno 2334		Anno 2335		Anno 2336		Anno 2337		Anno 2338		Anno 2339		Anno 2340		Anno 2341		Anno 2342		Anno 2343		Anno 2344		Anno 2345		Anno 2346		Anno 2347		Anno 2348		Anno 2349		Anno 2350		Anno 2351		Anno 2352		Anno 2353		Anno 2354		Anno 2355		Anno 2356		Anno 2357		Anno 2358		Anno 2359		Anno 2360		Anno 2361		Anno 2362		Anno 2363		Anno 2364		Anno 2365		Anno 2366		Anno 2367		Anno 2368		Anno 2369		Anno 2370		Anno 2371		Anno 2372		Anno 2373		Anno 2374		Anno 2375		Anno 2376		Anno 2377		Anno 2378		Anno 2379		Anno 2380		Anno 2381		Anno 2382		Anno 2383		Anno 2384		Anno 2385		Anno 2386		Anno 2387		Anno 2388		Anno 2389		Anno 2390		Anno 2391		Anno 2392		Anno 2393		Anno 2394		Anno 2395		Anno 2396		Anno 2397		Anno 2398		Anno 2399		Anno 2400		Anno 2401		Anno 2402		Anno 2403		Anno 2404		Anno 2405		Anno 2406		Anno 2407		Anno 2408		Anno 2409		Anno 2410		Anno 2411		Anno 2412		Anno 2413		Anno 2414		Anno 2415		Anno 2416		Anno 2417		Anno 2418		Anno 2419		Anno 2420		Anno 2421		Anno 2422		Anno 2423		Anno 2424		Anno 2425		Anno 2426		Anno 2427		Anno 2428		Anno 2429		Anno 2430		Anno 2431		Anno 2432		Anno 2433		Anno 2434		Anno 2435		Anno 2436		Anno 2437		Anno 2438		Anno 2439		Anno 2440		Anno 2441		Anno 2442		Anno 2443		Anno 2444		Anno 2445		Anno 2446		Anno 2447		Anno 2448		Anno 2449		Anno 2450		Anno 2451		Anno 2452		Anno 2453		Anno 2454		Anno 2455		Anno 2456		Anno 2457		Anno 2458		Anno 2459		Anno 2460		Anno 2461		Anno 2462		Anno 2463		Anno 2464		Anno 2465		Anno 2466		Anno 2467		Anno 2468		Anno 2469		Anno 2470		Anno 2471		Anno 2472		Anno 2473		Anno 2474		Anno 2475		Anno 2476		Anno 2477		Anno 2478		Anno 2479		Anno 2480		Anno 2481		Anno 2482		Anno 2483		Anno 2484		Anno 2485		Anno 2486		Anno 2487		Anno 2488		Anno 2489		Anno 2490		Anno 2491		Anno 2492		Anno 2493		Anno 2494		Anno 2495		Anno 2496		Anno 2497		Anno 2498		Anno 2499		Anno 2500		Anno 2501		Anno 2502		Anno 2503		Anno 2504		Anno 2505		Anno 2506		Anno 2507		Anno 2508		Anno 2509		Anno 2510		Anno 2511		Anno 2512		Anno 2513		Anno 2514		Anno 2515		Anno 2516		Anno 2517		Anno 2518		Anno 2519		Anno 2520		Anno 2521		Anno 2522		Anno 2523		Anno 2524		Anno 2525		Anno 2526		Anno 2527		Anno 2528		Anno 2529		Anno 2530		Anno 2531		Anno 2532		Anno 2533		Anno 2534		Anno 2535		Anno 2536		Anno 2537		Anno 2538		Anno 2539		Anno 2540		Anno 2541		Anno 2542		Anno 2543		Anno 2544		Anno 2545		Anno 2546		Anno 2547		Anno 2548		Anno 2549		Anno 2550		Anno 2551		Anno 2552		Anno 2553		Anno 2554		Anno 2555		Anno 2556		Anno 2557		Anno 2558		Anno 2559		Anno 2560		Anno 2561		Anno 2562		Anno 2563		Anno 2564		Anno 2565		Anno 2566		Anno 2567		Anno 2568		Anno 2569		Anno 2570		Anno 2571		Anno 2572		Anno 2573		Anno 2574		Anno 2575		Anno 2576		Anno 2577		Anno 2578		Anno 2579		Anno 2580		Anno 2581		Anno 2582		Anno 2583		Anno 2584		Anno 2585		Anno 2586		Anno 2587		Anno 2588		Anno 2589		Anno 2590		Anno 2591		Anno 2592		Anno 2593		Anno 2594		Anno 2595		Anno 2596		Anno 2597		Anno 2598		Anno 2599		Anno 2600		Anno 2601		Anno 2602		Anno 2603		Anno 2604		Anno 2605		Anno 2606		Anno 2607		Anno 2608		Anno 2609		Anno 2610		Anno 2611		Anno 2612		Anno 2613		Anno 2614		Anno 2615		Anno 2616		Anno 2617		Anno 2618		Anno 2619		Anno 2620		Anno 2621		Anno 2622		Anno 2623		Anno 2624		Anno 2625		Anno 2626		Anno 2627		Anno 2628		Anno 2629		Anno 2630		Anno 2631		Anno 2632		Anno 2633		Anno 2634		Anno 2635		Anno 2636		Anno 2637		Anno 2638		Anno 2639		Anno 2640		Anno 2641		Anno 2642		Anno 2643		Anno 2644		Anno 2645		Anno 2646		Anno 2647		Anno 2648		Anno 2649		Anno 2650		Anno 2651		Anno 2652		Anno 2653		Anno 2654		Anno 2655		Anno 2656		Anno 2657		Anno 2658		Anno 2659		Anno 2660		Anno 2661		Anno 2662		Anno 2663		Anno 2664		Anno 2665		Anno 2666		Anno 2667		Anno 2668		Anno 2669		Anno 2670		Anno 2671		Anno 2672		Anno 2673		Anno 2674		Anno 2675		Anno 2676		Anno 2677		Anno 2678		Anno 2679		Anno 2680		Anno 2681		Anno 2682		Anno 2683		Anno 2684		Anno 2685		Anno 2686		Anno 2687		Anno 2688		Anno 2689		Anno 2690		Anno 2691		Anno 2692		Anno 2693		Anno 2694		Anno 2695		Anno 2696		Anno 2697		Anno 2698		Anno 2699		Anno 2700		Anno 2701		Anno 2702		Anno 2703		Anno 2704		Anno 2705		Anno 2706		Anno 2707		Anno 2708		Anno 2709		Anno 2710		Anno 2711		Anno 2712		Anno 2713		Anno 2714		Anno 2715		Anno 2716		Anno 2717		Anno 2718		Anno 2719		Anno 2720		Anno 2721		Anno 2722		Anno 2723		Anno 2724		Anno 2725		Anno 2726		Anno 2727		Anno 2728		Anno 2729		Anno 2730		Anno 2731		Anno 2732		Anno 2733		Anno 2734		Anno 2735		Anno 2736		Anno 2737		Anno 2738		Anno 2739		Anno 2740		Anno 2741		Anno 2742		Anno 2743		Anno 2744		Anno 2745		Anno 2746		Anno 2747		Anno 2748		Anno 2749		Anno 2750		Anno 2751		Anno 2752		Anno 2753		Anno 2754		Anno 2755		Anno 2756		Anno 2757		Anno 2758		Anno 2759		Anno 2760		Anno 2761		Anno 2762		Anno 2763		Anno 2764		Anno 2765		Anno 2766		Anno 2767		Anno 2768		Anno 2769		Anno 2770		Anno 2771		Anno 2772		Anno 2773		Anno 2774		Anno 2775		Anno 2776		Anno 2777		Anno 2778		Anno 2779		Anno 2780		Anno 2781		Anno 2782		Anno 2783		Anno 2784		Anno 2785		Anno 2786		Anno 2787		Anno 2788		Anno 2789		Anno 2790		Anno 2791		Anno 2792		Anno 2793		Anno 2794		Anno 2795		Anno 2796		Anno 2797		Anno 2798		Anno 2799		Anno 2800		Anno 2801		Anno 2802		Anno 2803		Anno 2804		Anno 2805		Anno 2806		Anno 2807		Anno 2808		Anno 2809		Anno 2810		Anno 2811		Anno 2812		Anno 2813		Anno 2814		Anno 2815		Anno 2816		Anno 2817		Anno 2818		Anno 2819		Anno 2820		Anno 2821		Anno 2822		Anno 2823		Anno 2824		Anno 2825		Anno 2826		Anno 2827	
--------	--	-------------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--

Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO

Sintesi Richiesta Autorizzazione Assunzioni

Area Attività e Priorità	Profilo	Unità Operativa	N° Unità Richieste	Costo Unità Richieste
CLASSE I Area dell'emergenza urgenza e delle terapie intensive e sub-intensive; personale che svolge attività di supporto alle prestazioni assistenziali, della rete emergenza-urgenza ospedaliera e territoriale (DEA 1° Liv. - Pronto Soccorso - SUEM 118 - terapie Intensive (T.I. - T.I.N. - U.T.I.C.) e sub-Intensive Stroke Unit)	Dirigente Medico OSS	Terapia Intensiva	2	175.268
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Terapia Intensiva	4	109.212
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Unità Coronarica	2	175.268
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Unità Coronarica	2	69.506
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Unità Coronarica	4	109.212
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	MCAE	8	701.072
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	MCAE	2	69.506
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	MCAE	6	163.818
	Dirigente Medico SC già in serv.vinc.conc.	Terapia Intensiva Neonatale	2	175.268
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Terapia Intensiva Neonatale	4	109.212
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Neurologia-Stroke Unit	1	-
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Neurologia-Stroke Unit	4	350.536
	Dirigente Medico CPS Infermiere Autisti Ambulanza OSS	Neurologia-Stroke Unit	3	104.261
	Dirigente Medico CPS Infermiere Autisti Ambulanza OSS	Neurologia-Stroke Unit	3	81.909
CLASSE II Area delle discipline chirurgiche e mediche, dei servizi e materno -Infantile	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	SUEM 118	2	175.268
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	SUEM 118	2	69.506
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	SUEM 118	8	267.278
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	SUEM 118	4	109.212
	Dirig. Medico SC già in serv.vinc.conc.		63	3.015.312
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Chirurgia Generale	1	-
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Chirurgia Generale	2	175.268
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Chirurgia Generale	3	104.259
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Chirurgia Generale	5	136.515
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Ortopedia /Traumatologia	1	87.634
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Ortopedia /Traumatologia	5	136.515
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Oculistica	1	87.634
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Oculistica	2	69.506
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Oculistica	3	81.909
CLASSE II Area delle discipline chirurgiche e mediche, dei servizi e materno -Infantile	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Otorinolaringoiatria	3	69.506
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Otorinolaringoiatria	3	81.909
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Medicina Generale	2	175.268
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Medicina Generale	4	109.212
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Oncologia	1	87.634
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Oncologia	3	104.259
	Dirigente Medico CPS Infermiere OSS	Oncologia	2	54.606
	CPS Infermiere/tecn riabil. OSS	Angiologia	1	87.634
	CPS Infermiere/tecn riabil. OSS	Angiologia	1	34.753
	Dirigente Medico CPS Tecnico Laboratorio	Laboratorio Analisi	2	27.303
	Dirigente Medico CPS Tecnico Laboratorio	Laboratorio Analisi	3	175.268
	Dirigente Medico CPS Tecnico Laboratorio	Laboratorio Analisi	3	104.259
	Dirigente Medico CPS Ostetrica OSS	Ostetrica e Ginecologia	3	81.909
	Dirigente Medico CPS Ostetrica OSS	Ostetrica e Ginecologia	1	87.634
CLASSE II Area delle discipline chirurgiche e mediche, dei servizi e materno -Infantile	Dirigente Medico CPS Ostetrica OSS	Ostetrica e Ginecologia	4	139.012
	Dirigente Medico CPS Ostetrica OSS	Ostetrica e Ginecologia	5	136.515
	CPS Fisioterapista OSS	Pediatria	3	81.909
	CPS Fisioterapista OSS	Recupero e riabilitazione	2	69.506
	Dirigente Medico OSS	Recupero e riabilitazione	2	54.606
	Dirigente Medico OSS	Psichiatria (SPDC)	1	87.634
	Dirigente Medico OSS	Psichiatria (SPDC)	3	81.909
	Dirigente Medico OSS	Psichiatria (SPDC)	72	2.811.485
	Dirigente Medico OSS	Psichiatria (SPDC)	135	5.826.797
TOTALE GENERALE			135	5.826.797

TABELLA 3)

Personale in servizio al 31.12. 2014 con limitazioni funzionale e godimento benefici legge 104



COGNOME	NOME	NASCITA	RAPPROF. PROFESSIONALITÀ	UNITÀ OPERATIVA	COD. SEDE	BENEFICIARI LEGGE 104/2014
GUERRA	MARIA	09/09/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm. Pediatrico	P.O. CROTONE	
MARASCO	ANGELA	31/07/1965	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	P.O. CROTONE	
MAURO	MARIA	08/11/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.Biomed.	P.O. CROTONE	L.104
MAZZA	SERAFINA	17/02/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.Biomed.	P.O. CROTONE	
MUSICO'	FRANCESCA	21/08/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.Biomed.	P.O. CROTONE	
PAPALEO	NADIA	11/08/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.Biomed.	P.O. CROTONE	
PARRILLA	CATERINA ROSALIA	04/09/1969	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	P.O. CROTONE	L.104- LMC
PIZZI	GIANDOMENICO	22/10/1971	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	P.O. CROTONE	
PUTRINO	INNOCENZA	16/07/1967	TI	Dirigente Medico - Prof.le di Base > 5 Anni	P.O. CROTONE	
ROMANO	ANTONietta	27/12/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	P.O. CROTONE	LMC
SINISCALCHI	ANTONietta	09/07/1953	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	P.O. CROTONE	LMC
TALLARIGO	FEDERICO	31/08/1964	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Area Medica	P.O. CROTONE	
TOMMASINI	ADALGISA	03/10/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.Biomed.	P.O. CROTONE	
VITALE	FILOMENA	04/09/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.Biomed.	P.O. CROTONE	
VITTIMBERGA	FERNANDO	04/01/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.Biomed.	P.O. CROTONE	

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PROF. O PROFESSIONALITÀ	RELAZIONE	OSPCRO
BAROZZI	ERCOLE	14/04/1954	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	OSPCRO
BOSSIO	FRANCESCO	15/12/1958	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	OSPCRO
BRUNO	ORLANDO	13/01/1979	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato	OSPCRO
CALIO'	STEFANIA	28/04/1969	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
CAPORALE	ANGELA	04/05/1975	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
CAPPA	BENEDETTA	25/08/1978	TD	Dirigente Medico	OSPCRO
CARA	MARIA STELLA	30/04/1981	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
CHIARAVALLOTTI	CORRADO	03/09/1977	TD	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non Esclusivo	OSPCRO
CIAMPA'	CINZIA	18/06/1973	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
CIMIERI	ANNUNZIATA	12/05/1951	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	OSPCRO
COSCO	GIOVANNI	11/05/1981	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	OSPCRO
DURANTE	ANTONIO	19/03/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
FEDERICI	CINZIA	29/03/1973	TI	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	OSPCRO
FONTE	FRANCESCO	08/04/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
IULIANO	SALVATORE	03/05/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
LIGUORI	ANGELO	20/10/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	OSPCRO
LUCENTINI	MARIA CRISTINA	22/03/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
MAMMONE	ARMANDO	25/11/1953	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	OSPCRO
MARCHESE	MANUELA	16/03/1976	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	OSPCRO
MASAPOLLO	GIANLUCA	13/02/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
MENZANO	ROSARIO	06/03/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
MERCURI	ROCCO ROSARIO	02/08/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
MERCURIO	FRANCESCO	25/02/1945	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	OSPCRO
OLIVERIO	SALVATORE	01/09/1952	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	OSPCRO
PICCIRILLO	MARISA	04/12/1958	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	OSPCRO
RANIERI	SALVATORE	20/02/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
RUGIERO	FRANCESCA	17/02/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
SCARPINO	ANTONELLA	24/03/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
SIRIANNI	SALVATORE	19/02/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
TANCIONI	FULVIO	02/03/1950	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Area Medica	OSPCRO
TORCASO	MARIA	23/09/1978	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	OSPCRO
TORCHIA	TOMMASO	07/06/1959	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	OSPCRO
VACCARO	FORTUNATO	22/10/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
VASAPOLLO	FRANCA	06/01/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO
VERO	ILARIA	08/07/1976	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	OSPCRO
VULCANO	SERAFINO	19/09/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	OSPCRO
ORLANDO	ANDREA	30/08/1982	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	OSPCRO

L.104

L.104/ NO NOTTURNO

LMC

L.104

Cognome	Nome	Nascita	Professione	Località	OSPCRO
ANGIOLOGIA					
CIMIERI	STEFANO	19/05/1956	Infermiere Generico Esperto	Angiologia Crotone	OSPCRO
IOZZI	ERCOLE	18/04/1954	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Angiologia Crotone	OSPCRO
TALERICO	AGOSTINO	04/02/1955	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Angiologia Crotone	OSPCRO

Cognome	Nome	Matr. Scuola	Part. Programm. Pro.	Classe	NO	Attività	OSPCRO
AUDIOLOGIA							
AMODEO	SUSANNA	30/07/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Logopedista		Audiologia Crotone	OSPCRO
BONASSO	ANNA MARIA	23/05/1981	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn. Audiometri		Audiologia Crotone	OSPCRO
TEON	VITO	24/11/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn. Audiometri		Audiologia Crotone	OSPCRO

ARENA	09/11/1954	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Cardiologia Crator OSPCRO	LMC
AUDIA	31/03/1951	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
BARBERIO	30/07/1987	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
BARILARI	20/01/1987	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
BORGIA	06/05/1944	TIE	Suora	Cardiologia Crator OSPCRO	
CAMPAGNA	11/11/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
CARUSO	06/02/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
CATALANO	11/08/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
CATANZARO	20/01/1958	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Espert	Cardiologia Crator OSPCRO	
CELSI	07/05/1954	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Cardiologia Crator OSPCRO	
CUSATO	03/10/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
CUSTODE	23/10/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
DE BIASE	21/07/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
DE LUCA	08/12/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
DIMA	15/10/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
DRAGO	05/07/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
ELIA	04/03/1949	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Ai	Cardiologia Crator OSPCRO	
FERRISE	02/04/1975	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
FONTANA	27/04/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
GIANCOTTI	31/10/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
GIORDANO	26/02/1958	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Cardiologia Crator OSPCRO	
IEMMA	29/12/1956	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
LIGORIO	18/09/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
LUMARE	25/03/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Cardiologia Crator OSPCRO	
MARASCO	02/03/1965	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Cardiologia Crator OSPCRO	
MARTINO	15/12/1952	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Espert	Cardiologia Crator OSPCRO	
MAZZEI	05/03/1969	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
MEGNA	21/05/1974	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 /	Cardiologia Crator OSPCRO	
MEGNA	29/01/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
MIRANTE	19/08/1962	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Cardiologia Crator OSPCRO	
MONTARULI	21/06/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
NICOLETTI	10/03/1973	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
PALERMO	12/03/1990	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
PAPPALARDO	27/04/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
PELLEGRINI	19/12/1954	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
PESCE	06/08/1952	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Cardiologia Crator OSPCRO	
PIGNANELLI	11/02/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
PISCITELLI	12/05/1956	TI	Infermiere Generico Esperto	Cardiologia Crator OSPCRO	
PRESTINICE	02/02/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
RASCHILLA'	05/03/1967	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 /	Cardiologia Crator OSPCRO	
RIOLO	06/10/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
RIZZO	22/02/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
RUSSO	25/09/1953	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Cardiologia Crator OSPCRO	
SAMA'	15/12/1956	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	
SCARA'	24/02/1953	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Cardiologia Crator OSPCRO	
SORACE	06/07/1954	TI	Infermiere Generico Esperto	Cardiologia Crator OSPCRO	
SULLA	13/05/1960	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Cardiologia Crator OSPCRO	
TAVERNA	27/07/1963	TI	Operatore tecnico	Cardiologia Crator OSPCRO	
TROVATO	10/08/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Cardiologia Crator OSPCRO	

LIMITAZ. DERMATOLOGICHE

LIMITAZ.

LMC

LMC
L.104

LMC/ PART-TIME

L.104/LMC

LMC

LMC

LMC

LMC

LMC

COGNOME	NOME	NASCITA	GRADO	PROFESSIONE	DESCRIZIONE
ACCONCIAGIOCO	GIUSEPPE	23/01/1954	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Generale OSPCRO
BARILARI	LUIGI	11/04/1956	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
BONASSO	MARIA RITA	24/08/1974	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
BOSSIO	ANDREA	10/12/1974	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
CANNATELLI	PASQUALE	21/07/1959	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Generale OSPCRO
CARDAMONE	EUGENIA	19/04/1978	TD	Dirigente Medico	Chirurgia Generale OSPCRO
CATALDI	GIOVANNA	21/02/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
CHIARELLO	MARIA MICHELA	14/01/1970	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Speciali	Chirurgia Generale OSPCRO
CORTESE	VINCENZO	17/10/1958	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Espert	Chirurgia Generale OSPCRO
COSCARRELLI	UMBERTO	27/09/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
CURCIO	FRANCESCO	27/12/1953	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
DE LUCA	ANNA	02/12/1931	TI	TSuora	Chirurgia Generale OSPCRO
DIACO	VINCENZO	29/11/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Speciali	Chirurgia Generale OSPCRO
INGRASSIA	DANIELA	14/05/1967	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Chirurgia Generale OSPCRO
LO PRESTI	CARMELO	30/08/1988	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
MARTINO	CHIARA	30/01/1989	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
MEGNA	SALVATORE	17/04/1955	TI	Infermiere Genetico Esperto	Chirurgia Generale OSPCRO
MESSINA	ANTONIO	11/06/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
MINUTOLI	SANTINO	03/09/1987	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
MORGIONE	GIUSEPPE IVAN	14/07/1949	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Generale OSPCRO
OLIVERIO	ROSA	24/06/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
OTTAVIANO	SALVATORE ICAR	30/01/1960	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Speciali	Chirurgia Generale OSPCRO
PETA	GIUSEPPINA	05/12/1967	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Chirurgia Generale OSPCRO
POLIMENI	ANDREA ANTONIC	11/05/1954	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Generale OSPCRO
PRATO	DOMENICO	01/11/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
PRESTINICE	FABIO	23/01/1976	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
PUPA	GIUSEPPE	26/04/1953	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
RIITANO	ANNA	11/08/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
RUGIERO	GIOVANNI	12/02/1969	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Chirurgia Generale OSPCRO
SELLARO	LUCA	26/10/1979	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
SERGI	NINNA SABRINA	01/06/1972	TD	Dirigente Medico	Chirurgia Generale OSPCRO
SESSA	VINCENZO	14/05/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
TORRISI	ALESSIO MARIA	09/07/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Chirurgia Generale OSPCRO
VALENTE	PATRICIA	09/09/1970	TD	Dirigente Medico	Chirurgia Generale OSPCRO
VIGGIANI	PAOLA	10/07/1975	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Chirurgia Generale OSPCRO
VINDIGNI	ANGELO	05/07/1970	TD	Dirigente Medico	Chirurgia Generale OSPCRO

NON IDONEA ALL'AMBIENTE DI LAVORO

NO NOTTURNO

NON IDONEO TEMP.

L.104

NON IDONEO TEMP.

L.104

L.104

NO NOTTURNO

L.104

COGNOME	NOME	NASITA	M.DES.	MANSIONE	D.ESSA	TOTALE ESCE	PAG.
U.O. DERMATOLOGIA							
CRUGLIANO	MARISA	15/09/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Dermatologia	Croti OSPCRO	L.104- LMC	
DARACHILLE	FONDA	15/04/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Dermatologia	Croti OSPCRO	LMC	
DONATO	LORENZO	22/06/1954	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Ar	Dermatologia Croti OSPCRO	L.104+L.104	
MADIA	ANASTASIA	06/10/1958	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Dermatologia Croti OSPCRO	LMC	
SPATARO	GRAZIA	07/01/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Dermatologia	Croti OSPCRO		
APRIGLIANO	MACRINA	20/04/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Dermatologia	Croti OSPCRO		

COGNOME		NO ME	NASCITA	R. DES. ANSIONI	
U.O. DIABETOLOGIA					
BITONTI	MARIA	19/07/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Diabetologia e Mal OSPCRO
FABIANO	MARIA	26/02/1960	TI	Operatore Socio Sanitario	Diabetologia e Mal OSPCRO
FERRARO	SALVATORE	20/07/1952	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Diabetologia e Mal OSPCRO
GALLO	FRANCESCA	18/04/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Diabetologia e Mal OSPCRO
IOZZI	LUIGIA CLELIA	19/03/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Diabetologia e Mal OSPCRO
MELFI	ALBERICO	09/05/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Diabetologia e Mal OSPCRO
PACENZA	SALVATORE	04/09/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Diabetologia e Mal OSPCRO
PALMIERI	GIUSEPPINA	31/01/1952	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Espert	Diabetologia e Mal OSPCRO
VOCE	DOMENICO	26/02/1961	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Diabetologia e Mal OSPCRO
					SI - LMC
					LMC
					LMC

COGNOME	NOME	NASUTA	RAGIONE	PROFessione	DATA	ES
UNITA' OPERATIVA FARMACIA OSPEDALIERA						
BRUNO	GIUSEPPE	18/04/1954	TI	Operatore Tecnico Addetto al Servizio	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
ELIA	GIUSEPPE	12/08/1969	TI	Coadiutore Amministrativo	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
GERARDI	AURELIO	31/12/1962	TI	Operatore Tecnico Addetto al Servizio	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
GUIDO	MARIA ANTONIETTI	08/10/1956	TI	Farmacista Dirigente - Prof.le Rapp. Es	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
LE PIANE	GIUSEPPE	25/08/1958	TI	Coadiutore Amministrativo Esperto	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
LONGO	RAFFAELE	04/10/1970	TI	Coadiutore Amministrativo	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
LOPEZ	GIOVANNI	11/02/1963	TI	Assistente Amministrativo	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
MARCELLO	CARLO	11/09/1957	TI	Operatore Tecnico Addetto al Servizio	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
MARDENTE	CATERINA	14/04/1976	TD	Farmacista Dirigente - Inc. di base <5	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
MEO	ANNA TERESA	01/02/1955	TI	Farmacista Dirigente - Prof.le Rapp. Es	Servizio Farmaceutico	OSPCRO
SCALISE	GIUSEPPINA ANA'	18/03/1950	TI	Farmacista Dirigente - Struttura Compl	Servizio Farmaceutico	OSPCRO

COGNOME		NO ME	NASCITA	RA DES	MAN SIONE	RES	STRUT TURA	OS	SP E	ECCE	02/92
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA											
ATTINA'		ANTONINO	28/04/1959	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice		Fisiopatologia	Res	OSPCRO		
MADDENTE		ROSARIA	25/08/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie		Fisiopatologia	Res	OSPCRO		
RUSSO		MAURIZIO	05/02/1960	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice		Fisiopatologia	Res	OSPCRO	LMC	

COGNOME	NOME	NASCITA	RADES	MISSIONE	DESS	STIP	300	SHDE	EDGE	10092
UNITA' OPERATIVA GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA										
BUONCOMPAGNI	ISIDORO	23/03/1980	TD	Dirigente Medico						
CAPUTO	IDA	10/12/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Gastroenterologia	OSPCRO				L104- LMC
CAVALIERE	CESARE	24/09/1967	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Gastroenterologia	OSPCRO				L.104
CILIBERTO	ENRICO	26/09/1957	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Ar	Gastroenterologia	OSPCRO				
CRUGLIANO	ADELE	04/04/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Gastroenterologia	OSPCRO				
CURIA	TERESA	02/07/1956	TI	Coadiutore Amministrativo	Gastroenterologia	OSPCRO				
FRANDINA	CHIARA	05/01/1966	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Gastroenterologia	OSPCRO				L.104
MANCINA	ORNELLA	04/06/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Gastroenterologia	OSPCRO				L.104
SICARI	ANNA DANIELA	01/08/1960	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Gastroenterologia	OSPCRO				
TEMPESTINI	LUCIA	18/11/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Gastroenterologia	OSPCRO				L104- LMC

COGNOME	NOME	NASCITA	RODE	MAN	GIOR	
BARBERIO	LETIZIA	26/03/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
BEVACQUA	ANNA MARIA	13/07/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
BORELLI	CATERINA	26/09/1985	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
CALIGIURI	CATERINA	19/12/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
CALIGIURI	FILOMENA	13/11/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
CIMINO	ROSETTA	06/06/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
CORRADO	FRANCESCO	21/09/1957	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Geriatria	Crotone
COVELLI	ANGELICA	30/01/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
CRETELLA	BONAVENTURA	11/11/1950	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Ar	Geriatria	Crotone
DRAGO	GIUSEPPE	01/08/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
FLAGELLI	ROSETTA	22/11/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
GIMONDO	RAFFAELLA	22/03/1976	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
IANNONE	FRANCESCO	30/05/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
LETO	ANGELINA	23/06/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
LOBONO	GIUSEPPE	07/08/1960	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.i	Geriatria	Crotone
MAMMONE	FRANCESCA	18/07/1960	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.i	Geriatria	Crotone
MEGNA	FRANCESCO	31/07/1956	TI	Psicologo Dirigente - Strutt. Semplice F	Geriatria	Crotone
MEGNA	ROSANNA	25/11/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
PALOPOLI	CARMELA	15/04/1960	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.i	Geriatria	Crotone
PAPARATTO	PASQUALE	09/04/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
PATARINO	ROSANNA	17/07/1970	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Geriatria	Crotone
SACCO	NATALINA	25/12/1956	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Geriatria	Crotone
SAMMARCO	RITA	30/03/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
SCARPINO	ANTONIO	15/11/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
SINISCALCHI	UGO	02/03/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Geriatria	Crotone	OSPCRO
SPERLI'	TERESA ANNA	19/06/1954	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Geriatria	Crotone

COGNOME	NOME	DATA NASCITA	RADESS	PROFESSIONE	TURNI
ACRI	NICODEMO NATAL	26/12/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
ARABIA	ROSARIO	03/12/1954	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	no notturno
BIFANO	ERMINIA EMI	13/09/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	LMC
BONANNO	ANTONIO	23/11/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Lab.di Analisi Chin OSPCRO	LMC
CARELLI	ELIO	06/02/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
CILIDONIO	FRANCESCO	06/08/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
CIZZA	RITA	15/05/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.i Lab.di Analisi Chin OSPCRO	NO NOTTURNO
COPPOLA	NADIA	26/11/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
CORTESE	ROSINA	11/02/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
DARDANO	ANTONIETTA	03/11/1972	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
FORTUNATO	GIUSEPPINA	26/04/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
FRANCO	CESARE	02/02/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	NO NOTTURNO
FRUSTACE	GIUSEPPE	10/09/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
GALATI	GENATO	22/05/1961	TI	Operatore tecnico	
LACARIA	ANGELA	12/10/1969	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	NO NOTTURNO
LACARIA	ANNA RITA	05/01/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
LEROSE	FRANCO	24/08/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
LIO'	AURORA	28/07/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
LONGO	CARLA	26/05/1970	TI	Operatore tecnico	L.104/ NO NOTTURNO
LONGO	SONIA AURORA	03/04/1969	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
MARTINO	LILIANA ELVIRA	21/05/1955	TI	Biologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclus Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
MAURO	EMILIO	05/08/1960	TI	Coadiutore Amministrativo	SI
MEGNA	ANITA	11/12/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Lab.di Analisi Chin OSPCRO	LMC
MOCCIA	MARIA	05/04/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Lab.di Analisi Chin OSPCRO	LMC
NICOLETTA	TOMMASINA	02/05/1959	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice Lab.di Analisi Chin OSPCRO	NO NOTTURNO
PARISI	STEFANIA	29/08/1978	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
PRISMA	MARIO	29/11/1964	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.i Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
RIZZA	ROSA	21/01/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
ROSSI	ADEODATO	22/01/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
SCARMOZZINO	MARIA GIUSEPPIN	14/11/1969	TD	Biologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclus Lab.di Analisi Chin OSPCRO	SI/ NO NOTTURNO TURNO ANTIMERIDIANI
SECRETI	SERAFINA	25/12/1956	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.La Lab.di Analisi Chin OSPCRO	
SECRETO	LUIGI	15/10/1957	TI	Biologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclus Lab.di Analisi Chin OSPCRO	SI
SENATORE	MARIA NADIA	06/11/1962	TD	Biologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclus Lab.di Analisi Chin OSPCRO	

COGNOME	NOME	NASCITA	RADES	MANISIONE	DESS	UFFICIO	SEDE	EDOE	10492	INIDONEO
APRIGLIANO	FRANCESCO	16/07/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						
CARIOTI	JESSICA	23/02/1977	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 An						
DATTOLI	ROSARIO	20/11/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						L.M.C.
GACCIONE	IOLANDA	01/08/1982	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						
GIAQUINTA	SAVERIA	15/01/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						
LA CAVA	GIUSEPPE	21/05/1954	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						
NAPOLITANO	SALVATORE	14/12/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						L.M.C.
NICOLETTA	MAURIZIO	16/04/1964	TI	Operatore Socio Sanitario						
PELLEGRINI	ROSA	15/12/1976	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						
PELLICANO'	STEFANO	05/10/1955	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne						INIDONEO MESI 6
PERZIANO	LEONARDO	30/03/1956	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						L.M.C.
PLASTINO	VALENTINA	09/08/1975	TD	Dirigente Medico						L. 104
PINO	MAURIZIO	14/03/1966	TI	Dirigente Medico - Prof.le di Base > 5 An						
PULLANO	ANTONIO	23/10/1950	TI	Infermiere Generico Esperto						
SALVATI	LEOPOLDO	31/10/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						
SERRAO	NICOLA ANTONIO	09/06/1957	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice						
VECCHIO	FRANCESCO	03/01/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Malattie Infettive						L.M.C.

COGNOME	NOME	NASCITA	RADES	TRANSIZIONE	ES	STRUTTUR	PROF	OSPCRO	LMC	NO NOTTURNO
ALLO'	MASSIMO	22/04/1957	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Medicina Generale	OSPCRO				NO NOTTURNO
BAGNATO	SERGIO	16/05/1958	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Medicina Generale	OSPCRO				
BENEDETTO	KATIA MARILU'	28/12/1984	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
BIAFORA	CLAUDIA	05/08/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
CALABRIA	MARILENA	03/03/1982	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato	Medicina Generale	OSPCRO				
CALINDRO	MARIA CARMELA	13/09/1962	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Medicina Generale	OSPCRO				
CASTELLITI	NATALE	04/10/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
CERENZIA	BARBARA	10/06/1983	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
CORIGLIANO	ELISABETTA	27/10/1977	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato	Medicina Generale	OSPCRO				
COSTA	RAFFAELE	13/08/1962	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Medicina Generale	OSPCRO				
CURIA	TERESA	20/01/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
FALBO	MARIO ANTONIO	12/02/1960	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Medicina Generale	OSPCRO				NO NOTTURNO
FONTANA	VITTORIO	01/01/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
GALDIERI	ANTONIO	06/07/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				NO NOTTURNO
GALLO	MARIA LOREDANA	04/06/1982	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Medicina Generale	OSPCRO				LMC
IANNICE	ANTONELLA	02/03/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
IOVANE	FRANCESCO	08/02/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
LEOTTA	ROSALBA	06/01/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
LIZZI	ESTERINA	28/02/1971	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
LOPEZ	PASQUALE	23/01/1970	TI	Operatore Socio Sanitario	Medicina Generale	OSPCRO				L.104
LUCENTE	FRANCESCO	12/08/1975	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
REALE	GABRIELLA	17/09/1980	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
MAURO	GAETANO FRANCE	03/07/1953	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Ar	Medicina Generale	OSPCRO				
MELFI	LEONARDO	28/02/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
NOCERA	MARIA	03/08/1968	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Medicina Generale	OSPCRO				
PALETTA	MARIA	11/11/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
PERRONE	GIUSEPPE	14/01/1958	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Medicina Generale	OSPCRO				L.104
SCIDA	CATERINA	05/08/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
SICLARI	DANTE	25/08/1962	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Medicina Generale	OSPCRO				
TALLARICO	DOMENICA	25/09/1969	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				
WOJCIECHOWSKA	MALGORZATA	10/09/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Generale	OSPCRO				L.104- LMC LMC/ NOTTURNO CON RIPOSO

COGNOME	NOME	NASCITA	RADES	MISSIONE	ESISTENTE	ESISTENTE	PAGE
BILOTTA	FRANCESCO	16/12/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico	Medicina Nucleare	OSPCRO	
CAMPISI	ROSINA	12/10/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Medicina Nucleare	OSPCRO	
CARELLI	ROBERTA	26/02/1979	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico	Medicina Nucleare	OSPCRO	
D'ANTONIO	ANTONIO	16/05/1955	TI	Dirigente Medico - Strut. Compl. - Rapp	Medicina Nucleare	OSPCRO	
DE BIASE	ALESSANDRINA	06/01/1960	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Medicina Nucleare	OSPCRO	
DE BIASI	GIOVANNI	22/10/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico	Medicina Nucleare	OSPCRO	
IERARDI	MARIA	08/08/1964	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Medicina Nucleare	OSPCRO	LMC

COGNOME	NOME	NASCITA	RADEE	PROFESSIONE	DESS	PROFESSIONE	COO	DESS	RADEE
ADAMO	ARMANDO	09/12/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
AGOSTINO	LAURA	05/07/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
BATTAGLIA	MARIA TERESA	12/05/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Logopec Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
BUONO	CARLA	11/06/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
CARVELLI	GIOVAMBATTISTA	18/08/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
CATANZARO	TIZIANA	07/06/1973	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
CORRADO	GRAZIELLA	26/12/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
CORRADO	MARIA TERESA	19/08/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
DI FRANCESCO	VALENTINA	15/02/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Logopec Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
FALCO	LUCIA	17/10/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
FORCINITI	SERGIO	25/04/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
GALILEI	ARTURINA	21/02/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
LA GROTTA	SCHIAVONEA	05/06/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
MUSCO'	CHIARA	03/06/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
PETILINO	GUSTAVO	27/01/1952	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
PUGLIESE	CARMELA	31/05/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
PULICE	ROSA MARIA	07/05/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
SILLETTA	CLARA	03/01/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					
VRENNIA	MARIA	25/07/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioter. Riabilitazione e Terapia Fisica (OSPCRO					

L,104

LMC/ TURNO ANTIMERIDIANO

L.104/ NO NOTTURNO

L,104

COGNOME	NOME	NASCITA	PADESE	MISSIONE	DELEGAZIONE	CAPO	LEONE
BOMPAROLA	FRANCESCA	11/11/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
D'ETTORIS	ANNA RITA	01/01/1961	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
GARCEA	MARIA	10/05/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
GEREMICCA	WALTER	15/06/1951	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Area	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
LEONARDO	PATRIZIA	01/09/1958	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
LIGUORI	ANGELA ROSA	17/08/1955	TI	Biologo Dirigente - Struttura Semplice	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
LOMBARDO	NICOLA	27/09/1958	TI	Operatore Prof.le Sanitario Tecn. Centro T	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MADIA	GIUSEPPE	04/01/1967	TI	Operatore Socio Sanitario	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MALTESE	PASQUALE	16/04/1959	TI	Operatore Prof.le Sanitario Tecn. Centro T	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MARANO	LUIGI ANTONIO	04/03/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MARTINO	LUIGI	24/12/1950	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MIGLIO	DIANA	21/05/1969	TI	Coadiutore Amministrativo	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MUNGARI	MARIA ANNA	25/01/1956	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MUSURACA	VITTORIA	27/07/1965	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne r	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MURIANO	MARIA	24/08/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
MUSCA	VALERIA	18/01/1970	TI	Coadiutore Amministrativo	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
PROIETTO	LEONARDO	09/12/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
RANIERI	RAFFAELA	07/06/1959	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
SANTILLI	EMANUELE	21/12/1956	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne r	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
SCICCHITANO	SALVATORE	03/06/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
SECRETI	ANTONIO	10/05/1973	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO
VELTRI	DANIELA	06/06/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn.Labor.	Medicina Trasfusionale	Crato	OSPCRO

COGNOME	NOME	NASCITA	POSSESSO	DESCRIZIONE	OSPCRO
MICROCITEMIA					
CERMINARA	ROSA	25/07/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Ematologia e Microcitemia (OSPCRO	LMC
GRIMALDI	CARMINA	01/05/1954	TI	Coll. Prof.le San. Esperto Assis.te Sani Ematologia e Microcitemia (OSPCRO	
GRIMALDI	SALVATORE	22/10/1950	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice Ematologia e Microcitemia (OSPCRO	L-104/ NON IDONEO TEMP.
ASTORINO	FELICIA	19/09/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Ematologia e Microcitemia (OSPCRO	LMC
ROCCA	MARIO	12/12/1951	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.i Ematologia e Microcitemia (OSPCRO	
BUSCEMA	ANTONIO	29/01/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Ematologia e Microcitemia (OSPCRO	LMC

ASTERITI	ORNELLA	09/06/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
AUDIA	SAVERIO	13/04/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104+L.104
BOITO	ROSALIA	03/10/1973	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 / Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
BORDA	TOMMASO MODES	12/01/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104/NO NOTTURNO
BOVA	FRANCESCA	04/05/1980	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
CALIZZI	CATERINA	18/03/1974	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
CARISTO	FRANCESCO	13/07/1970	TI	Ausiliario Specializzato Cont. Tecnico Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
CARNEVALE	GIUSEPPE	17/01/1950	TI	Operatore Socio Sanitario Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
CATANZARO	DONATELLA	01/05/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
COLACINO	ANGELA	11/11/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
COLACINO	CARMELA	12/09/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
COLUSTRA	PIETRO	05/08/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
COMITO	MARIA GRAZIA	05/03/1972	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
COMMODARI	GUSTAVO	02/02/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
COTTRONE	FRANCA	22/03/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
DE BIASE	CARMINE	23/05/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
FABIANO	GIUSEPPE	23/05/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
FACCIOLO	DANIELA	30/06/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
FALBO	GIUSEPPE	04/04/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	L.104
FEDERICO	GIULIA	29/10/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
FLOTTA	SERGIO CATALDO	31/05/1955	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special. Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
GRECO	SEBASTIANO	29/04/1956	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
GALLO	MARIA LOREDANA	04/06/1982	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
IAQUINTA	ANGELINA G.	19/03/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LA TERZA	RAFFAELLA	06/10/1976	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LACARIA	SALVATORE	20/09/1980	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LAVECCHIA	ROSETTA	25/05/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LETO	FRANCESCO	10/04/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LIDONNICI	MARIA	20/06/1980	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LONETTI	ROBERTA	05/05/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LOPEZ	FRANCESCO	11/10/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
LUCA'	ROSITA	28/03/1974	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 / Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
MALERBA	ERCOLE	18/07/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
MARTINO	FORTUNATA	24/02/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
NOTARIS	GIUSEPPE PIETRO	29/06/1986	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
NOVELLO	ASSUNTA	15/10/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
OLIVERO	FRANCESCA	24/06/1981	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
PANZINO	MARIA TERESA	04/05/1974	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
PEDACE	GAETANA	06/11/1964	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
PELLIZZI	SALVATORE	17/10/1953	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
POLLINZI	FRANCESCO	13/03/1957	TI	Operatore Prof.le Assistente Tecnico Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
RIZZUTO	GIUSEPPE	07/01/1952	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Al Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
SCARFÒ	GRAZIELLA	24/04/1958	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
SCARPELLO	ARMANDO	20/03/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
SCHIPANI	GAETANA	29/09/1963	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special. Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
SCIDA	GIUSEPPE	03/01/1952	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
SCRENCI	FILOMENA	25/12/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
TIGANO	GIUSEPPE	11/11/1974	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
TURCO	MARIA ACHEROPI	23/12/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
ZITO	ERMINIA	01/12/1976	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC
ZITO	MARIA	08/11/1981	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Nefrologia e Dialisi (OSPCRO	LMC

UNITA' OPERATIVA DI NEUROLOGIA
FELCA - 00100 ROMA - VIALE DELL'INDUSTRIA, 155
TEL. 06/493001 - TELEFAX 06/493002

BOSCO
DOMENICO GIOVA 28/06/1970 TI Dirigente Medico

CRISTIANO	DARIO	DOMENICO GIOVA	28/06/1976	II Dirigente Medico - Prof. le Rapp. non	Neurologia OSPRO
CRISTIANO	DARIO	DOMENICO GIOVA	18/12/1976	TD Dirigente Medico - Temp. P. 1976	Neurologia OSPRO

CRUGLIANO	ANNA	10/12/1978	10 D'ingente Medico - tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
CRUGLIANO	ANNA	04/01/1962	TI Collaboratore Prof lo Scatone-Inf	Neurologia OSPCRO

DI LORENZO	ANNA	05/05/1960	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	LMC
DI LORENZO	ANNA	05/05/1962	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	LMC
DI LORENZO	ANNA	05/05/1960	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	LMC
DI LORENZO	ANNA	05/05/1962	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	LMC

MESSINA	02/07/1968	TN	Dirigente Medico	Tempo	Definitivamente
DEMETRIO	02/03/1960	II	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Tempo	Definitivamente
OSPCRO	02/03/1960	II	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Tempo	Definitivamente
Neurologia	02/03/1960	II	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Tempo	Definitivamente
S/ILMC	02/03/1960	II	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Tempo	Definitivamente

PLASTINO
MASIMILIANO
02/07/1968
TD Dirigente Medico - Tempo Determinato
02/04/1966
Tl Dirigente Medico
Brescia di Bassano del Grappa
Neurologia OSPCRO

ANTONIO SPANO¹
04/04/1950 TI Dirigente Medico - Prof. le di Base < 5 Anni
19/03/1952 TI Psichiatra Dirigente Prof. le Base < 5 Anni
Neurologia OSPERO

BOSCO	DOMENICO GIOVA	28/06/1970	TI	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non	Esclusivo	Neurologia OSBPCO
-------	----------------	------------	----	--------------------------------------	-----------	-------------------

CRISTIANO	DARIO	Zendelero - Dirigente medico - Fidiile Rapp. non Esclusivo	Neurologia OSPRO
DARIO	DARIO	18/12/1976	Neurologia OSPRO
		TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPRO

CRUGLIANO ANNA
04/01/1962 TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere
Neurologia OSPEDCRO
Neurologia OSPEDCRO
Neurologia OSPEDCRO
Neurologia OSPEDCRO

DI LORENZO	ANNA	05/05/1960	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Neurologia OSPRO	LMC
DI LORENZO	ANNA	05/05/1960	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Neurologia OSPRO	LMC

MESSINA		S/LMC
DEMETRIO		OSPCRO
02/07/1968	TD Dirigente Medico - Tempora Determinatio	Neurologia
02/07/1968	TD Collaboratore Fisiologia Sanitaria Infermiere	Neurologia
02/07/1968	TD Dirigente Medico - Tempora Determinatio	OSPCRO
02/07/1968	TD Collaboratore Fisiologia Sanitaria Infermiere	OSPCRO

PLASTINO
MASSIMILIANO
04/04/1966
TI Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni
Neurologia OSPRO
Neurologia OSPRO
Neurologia OSPRO
Neurologia OSPRO
TS Dirigente Medico - tempo Determinato

SPANO'	19/03/1952	TI	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclusivo	Neurologia	OSP-CRO
ANTONIO	19/03/1952	TI	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclusivo	Neurologia	OSP-CRO
ANTONIO	19/03/1952	TI	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclusivo	Neurologia	OSP-CRO

BOSCO BOSCO CRISTIANO CRISTIANO DARIO	GIOVA GIOVA DOMENICO TI TI	28/06/1970 28/06/1970 28/06/1970 28/06/1970 28/06/1970	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. Dirigente Medico - Prof.le Rapp. Dirigente Medico - Prof.le Rapp. Dirigente Medico - Prof.le Rapp. Dirigente Medico - Prof.le Rapp.	non Esclusivo Esclusivo Esclusivo Esclusivo	Neurologia Neurologia OSP-CRO OSP-CRO OSP-CRO
---	--	--	--	---	---

CRISPIANO	18/12/1976	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSP-CRO
DARIO			Neurologia OSP-CRO
ANNA			Neurologia OSP-CRO
CRISPIANO			Neurologia OSP-CRO

ANNA CRUGLIANO	04/01/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Neurologia	OSPCRO
ANNA CRUGLIANO				Neurologia	OSPCRO
DIORENBZO				Neurologia	OSPCRO
LMC					

[illegible]

DEMETRIO	02/07/1968	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSP-CRO	SIR/LMC
MESSINA			Neurologia OSP-CRO	
DI ASTINO			Neurologia OSP-CRO	
MACEONIC			Neurologia OSP-CRO	

PLASTINO
TI
04/04/1966
DIRIGENTE MEDICO - Prof.le di Base < 5 Anni
T1
MASSIMILIANO
ATTOMI
Neurologia
Neurologia
OSPCRO
OSPCRO

SPANO*
ANTONIO
19/03/1952 TI Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclusivo
Neurologia OSPCRO
Neurologia OSPCRO

BOCCU	28/06/1970	TI	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non	Esclusivo	Neurologia OSPCRO
DOMENICO GIOVA	49/4/2/14/276	TD	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non	Esclusivo	Neurologia OSPCRO
DABIC	49/4/2/14/276	TD	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non	Esclusivo	Neurologia OSPCRO
CRISTIANO	49/4/2/14/276	TD	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non	Esclusivo	Neurologia OSPCRO

CRISTIANO	04/03/1963	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
CRUGLIANO	04/03/1963	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
DANNO	18/12/1976	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
DARIO	18/12/1976	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO

CRUGLIANO	ANNA	04/01/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario	Infermiere	Neurologia	OSPCRO	LMC
DI LORENZO	ANNA	05/05/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario	Infermiere	Neurologia	OSPCRO	LMC

DI LORENZO	05/05/1960	TI	Collaboratore Prof. Ie Sanitario Infermiere	Neurologia OSPCRO	SI/LMC
ANNA	02/07/1969	TP	Collaboratore Prof. Ie Sanitario Infermiere	Neurologia OSPCRO	SI/LMC
MESSINA	02/07/1969	TP	Collaboratore Prof. Ie Sanitario Infermiere	Neurologia OSPCRO	SI/LMC
MESSINA	02/07/1969	TP	Collaboratore Prof. Ie Sanitario Infermiere	Neurologia OSPCRO	SI/LMC

MESSINA
PLASTINO
DEMEIRIO
DASSIMII IANO
TD Dirigente Medico - Tempo Determinato
02/07/1968
Neurologia OSPCRO
Neurologia OSPCRO

SPERINO
MAMMILIANO
04/04/1966 TI
ANTONIO
19/03/1952 TI
SPANO'
19/03/1952 TI
Neurologia OSPCRO
Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni
Neurologia OSPCRO

DI LORENZO	ANNA	04/07/1962	II Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Neurologia	OSPCRO	LMC
DI LORENZO	ANNA	05/05/1960	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Neurologia	OSPCRO	SULMC
MESSINA	DEMETRIO	02/07/1968	TD Ricercatore Medico	Neurologia	OSPCRO	

[illegible]

CRISTIANO	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
CRUGLIANO	ANNO	
CRUGLIANO	18/12/1976	
CRUGLIANO	04/01/1962	
CRUGLIANO	TI, Colloquio con Prof. G. ...	

OROLOGIANO	ANNA	04/01/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Neurologia	OSPCRO	LMC
DI LORENZO	ANNA	05/05/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Neurologia	OSPCRO	LMC

DI LORENZO	05/07/1968	TO	Neurologia	OSPCRO	SI/LMC
MESSINA	02/07/1968	TO	Neurologia	OSPCRO	SI/LMC
ANNA	05/05/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere		
ANNA	02/07/1968	TO	Neurologia	OSPCRO	SI/LMC

INGLESA	02/07/1968	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
PLASTINO	02/04/1966	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
MESEI R/O	02/07/1968	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO
DEMI R/O	02/07/1968	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Neurologia OSPCRO

PERINO
WASSIMILIANO
04/04/1966 TI
ANTONIO
19/03/1952 TI
Briatore Dirigente Prof. P.
Dirigente Medico - Prof. le di Base < 5 Anni
Neurologia OSPCRO

COGNOME	NOME	NASCITA	PROF. EMISSIONE	DES. STRUTTUR. COND. SERV.	
ACCIANI	ANTONietta	10/06/1956	TI Coll. Prof.le Sanit. - Ortott. - Ass. Oftalmologic	Oculistica Crator OSPCRO	LMC
CIAMPA'	PAOLA	07/03/1977	TP Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	
CIMBALO	GIOVANNI	25/04/1961	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non	Oculistica Crator OSPCRO	
COVELLI	SERAFINA	06/01/1981	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Ortottista	Oculistica Crator OSPCRO	
CRUGLIANO	GENNARO	17/04/1959	TI Dirigente Medico - Struttura Semplice	Oculistica Crator OSPCRO	SI
FRIIO	ANNA MARIA	26/11/1958	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	SI - LMC
FUSTO	ADOLFO	01/01/1952	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	LMC
GRECO	GIUSEPPE	09/05/1957	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	
LIGUORI	ANNA MARIA	05/05/1959	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	LMC
MARCELLO	MARIA GIOVANNA	23/06/1958	TI Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	Oculistica Crator OSPCRO	
MARTINO	ADRIANA	16/01/1956	TI Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non Esclusi	Oculistica Crator OSPCRO	
PARRETTA	FRANCESCO	04/11/1959	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	LMC
RIZZO	PATRIZIA	10/06/1966	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	LMC
VULCANO	CARMINE LUCIANC	13/12/1977	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Oculistica Crator OSPCRO	
LABATE	ALESSANDRO	30/10/1974	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Oculistica Crator OSPCRO	
FIGORE	NATALE	07/08/1950	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oculistica Crator OSPCRO	

COGNOME	NOME	NASCITA	PIÙ DES. Mansioni	DESC. U. D. L.
ANANIA	CINZIA	24/06/1974	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
ANANIA	MARIA	19/06/1963	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne nor	Oncologia Cratone
ARMINIO	DOMENICO	03/01/1956	TI Dirigente Medico - Struttura Semplice	Oncologia Cratone
CORTESE	CARLA	03/07/1971	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne nor	Oncologia Cratone
GIRIMONTE	DOMENICO	14/11/1976	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Oncologia Cratone
LAZZA	CONCETTA	19/05/1960	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
MARASCO	VINCENZINA	02/10/1971	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
MARINO	ANNAMARIA RITA	07/07/1976	TI E Suora	Oncologia Cratone
MESSINA	ANTONINO	10/07/1971	TI Ausiliario Specializzato Cont. Tecnico	Oncologia Cratone
MONTESANTI	VINCENZO	15/02/1965	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
PRANTERA	TULLIA	04/07/1956	TI Dirigente Medico - Strut. Complessa Area Mk	Oncologia Cratone
PROVEDUTO	MARIANNA	26/02/1977	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
PUGLIESE	ROSINA	29/12/1976	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
SACCHETTA	SABRINA	22/09/1978	TI Dirigente Medico	Oncologia Cratone
SACCHI	CINZIA	04/08/1978	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
TUCCI	SAVERIO	14/09/1975	TD Dirigente Medico	Oncologia Cratone
VECCHIO	FRANCESCO	20/04/1949	TI Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	Oncologia Cratone
VILLIRILLO	VITTORINA	24/03/1960	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Oncologia Cratone
CHIARELLA	LILIANA	08/08/1976	TD Dirigente Medico	Oncologia Cratone

L.104

L.M.C.

L.M.C.

NO NOTTURNO

COGNOME	NOME	NASCITA	RADES	TRANSIZIONE	ESCLUSIVITA'	CD	EDF	LEG	10/102
ADAMO	GENNARO	30/08/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
APRIGLIANO	FRANCESCO	10/10/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
APRIGLIANO	PASQUALE	05/02/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
ARCONTE	GIULIA	07/09/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
BITONTI	ANGELO	26/04/1956	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				LMC
BROCCOLO	LORIS	24/07/1973	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				LMC/NO NOTTURNO
BUDILLON	JOELLE	24/03/1963	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
CERAUDO	GERARDO	11/08/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
CERAUDO	ROSARIO	21/06/1972	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
CRISCUOLO	FRANCESCO	13/01/1961	TI	Dirigente Medico - Prof.le di Base > 5 A	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				L.104
DE LUCA	DOMENICO	26/10/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
DE RAFFELE	RAFFAELE	21/03/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
DURANTE	ROSA	28/11/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				L.104
FRISENDA	GIAN PIERO	24/06/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
FURCI	FULVIO	20/04/1971	TI	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
GALLO	DOMENICO	05/11/1950	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
GENOVESE	ANTONIO VINCENZ	01/12/1954	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
GENOVESE	GIUSEPPE	10/12/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
GERMINIO	TERESA	16/11/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
IEMMA	SALVATORE	12/03/1971	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				LMC
MACRI'	SALVATORE	05/10/1954	TI	Infermiere Generico Esperto	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				L.104
MADARENA	ANTONIO	27/08/1982	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
MAROTTA	ERNESTO	16/05/1957	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
MILONE	NUNZIO	14/06/1986	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
OLIVERIO	FRANCESCO PIO	26/07/1959	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Ar	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
OLIVERIO	SALVATORE	12/02/1967	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
OPIPARI	LUIGI	05/08/1953	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
PANUCCI	GIUSEPPE	27/08/1961	TI	Operatore Socio Sanitario	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
PERSIANI	AMELIA	25/03/1954	TI	Operatore tecnico	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
PERTICONE	LIVIO	10/11/1971	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
POERIO	FRANCESCO	09/10/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
RIZZA	PEPPINO	03/01/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
RIZZA	VINCENZO	09/04/1982	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				L.104
ROMANO	GIOVANNI	22/10/1973	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				L.104
TUDISCO	GIUSEPPE	12/05/1954	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie Chirurgia Ortopedia e Traumatol	OSPCRO				
VILLIRILLO	FRANCESCO	14/05/1976	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				
ZITO	ETTORE EDMOND	16/11/1959	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Chirurgia Ortopedia e Traumatol				

COGNOME	NOME	NASCITA	RAPPROF. PROFESSIONALE INCARICO	SEDE	LEGE	DATA
AMMERATA	DANILA	01/07/1965	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	L.104
AMMIRATI	LUIGI ANTONIO	13/07/1952	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
ARTESE	LUISA	06/12/1956	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	L.104
BARCA	MARIA	04/09/1982	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
BARCELLONA	ANTONELLA	01/01/1969	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
BELLANTUONO	RAFFAELLA	05/08/1937	T180 Suora	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
CAVARRETTA	SILVANA	30/11/1957	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esclusivo	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
CHIARAVALLOTTI	FRANCESCO	06/08/1952	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
CIMIERI	FRANCESCHINA	04/12/1971	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
CLAUSI	DELFINA	19/08/1956	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
CONDEMI	ERMINIA	14/02/1958	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
CREA	VINCENZO	26/07/1958	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non Esclusivo	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
CURCIO	LAURA MARIA	23/05/1958	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
DATTOLI	PATRIZIA	27/03/1972	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
DE FAZIO	TOMMASO	18/06/1953	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
DI LULLO	ROSA TERESA	15/03/1958	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
D'ORAZIO	LUIGI	06/01/1955	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
FALSETTA SPINA	ANGELINA	16/12/1959	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
FERRISE	DONATELLA	02/08/1981	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
FILOSA	CATERINA	31/08/1957	Infermiere generico	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
GALEA	DOMENICO	07/06/1959	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non Esclusivo	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
GIUDA	MARIA	28/04/1955	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
GRANDINETTI	ANTONELLA	03/09/1971	TIP6: Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
GRANDINETTI	EMILIA	27/06/1958	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
GRILLO	ANTONETTA	04/10/1970	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
IOZZI	VITTORIO	28/05/1952	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non Esclusivo	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
LOPEZ	ANGELA	02/11/1969	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
MACRI	FRANCESCA	03/10/1981	Dirigente Medico - Tempo Determinato	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
MANCUSO	SONIA	07/06/1984	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
MANFREDI	SANDRA	20/11/1977	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
MANGANO	SILVANA	12/01/1956	Auxiliario Specializzato Cont. Sanitario	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
MARASCO	MARIA CARMELA	29/11/1964	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
MEGNA	MARIA	01/12/1956	Infermiere generico	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
MILELLI	ROSELLA	04/08/1975	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
ORESTE	VITTORIA	17/02/1963	Auxiliario Specializzato Cont. Tecnico	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
PECCIARELLI	ANTONIA	31/03/1951	Auxiliario Specializzato Cont. Sanitario	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
PETRONE	ELVIRA	10/08/1960	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
PONTIERI	FILOMENA	21/09/1961	Operatore Socio Sanitario	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
PULERA'	ROSSELLA	22/06/1980	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
RODIO	FRANCO	28/06/1955	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	
RUGA	ANTONIA MARIA	07/06/1950	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO	

RUSSO	TIZIANA	27/10/1973	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
RZYSKO	MALGORZATA	06/05/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
SIRIANNI	CARMELA	16/10/1950	TI	Operatore Socio Sanitario	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
SOTIRA	CATERINA	27/02/1982	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
TALLARICO	FRANCA	30/07/1952	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
TORCASSO	NORINA	14/01/1957	TI	Infermiere Generico Esperto	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
TRISTAINO	DOMENICA	05/11/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
VERRE	PIETRO	17/11/1952	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Area Chir.	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
ZITO	VITTORIA	04/03/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO
MARRAZZO	SILVANA NATALINA	24/12/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Ostetricia e Ginecologia Crotone	OSPCRO

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	PROF. E QUALIFICAZIONE	DEPT. E UNITA' OPERATIVA	SEDE E DATA DI ASSUNZIONE
AIELLO	EMILIA	11/07/1959	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO LMC
BOSSIO	MAURIZIO	13/04/1961	TI Dirigente Medico - Incar. di base - non eq.	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO L.104
CATALANO	FRANCESCO	28/05/1971	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
D'ANDREA	GABRIELLA	18/12/1971	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
DE VONA	ROSANNA	23/05/1961	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
FAZIO	ANTONIO	22/12/1959	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
LAZZARIN	DANIELE	23/01/1961	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
PANUCCI	VINCENZO	27/02/1955	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
RISPOLI	FRANCESCO	25/10/1960	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Tecn. Audion	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
SARAGO'	ANTONIO	05/01/1960	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne nc	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO
MILITERNO	PATRIZIA	11/04/1969	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Otorinolaringoiatria	Crot. OSPCRO

COGNOME	NOME	NASCITA	PROF. DES. MAN. S. NELLE	DEPT. S. NELLE	PROF. S. NELLE
ALESSIO	FRANCESCA	07/03/1969	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
ARTESE	LUISA	12/09/1954	TI Coli. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	Pediatria Crotone	OSPCRO
BENNARDI	MARIA TERESA	19/06/1962	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm.	Pe. Pediatria Crotone	OSPCRO
CANNATELLI	TERESA	06/11/1962	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
CERRELLI	MARIA FRANCESCA	28/09/1971	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
CHIARELLO	PAOLA	06/04/1980	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Pediatria Crotone	OSPCRO
CIRISANO	ANASTASIA	23/06/1955	TI Dirigente Medico - Struttura Semplice	Pediatria Crotone	OSPCRO
CLAUSI	DANIELA	19/11/1959	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm.	Pe. Pediatria Crotone	OSPCRO
COMITE	MIRIAM	22/12/1981	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
CRETELLA	MAURIZIO	02/09/1955	TI Dirigente Medico - Struttura Semplice	Pediatria Crotone	OSPCRO
CUCONATI	MARIA GRAZIA	05/01/1952	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pediatria Crotone	OSPCRO
DEL LIBANO	PIETRO	24/02/1955	TI Infermiere Generico Esperto	Pediatria Crotone	OSPCRO
FRANDINA	GIUSEPPE, GIOVA	24/06/1967	TI Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non Esc	Pediatria Crotone	OSPCRO
GUALTIERI	IVANA PASQUALIN	16/05/1963	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
LAZZARO	NICOLA	02/07/1964	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pediatria Crotone	OSPCRO
LOPEZ	ANTONELLA	19/09/1963	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
NICOSCIA	ELISABETTA	05/02/1964	TI Collaboratore Prof.le Assistente Sociale	Pediatria Crotone	OSPCRO
PACENZA	CATERINA	28/07/1960	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pediatria Crotone	OSPCRO
PARAVATI	FRANCESCO	09/02/1956	TI Dirigente Medico - Strut. Complessa Area	Pediatria Crotone	OSPCRO
PASSERO	DANIELA	24/07/1968	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
RIBECCO	GIUSEPPINA	08/03/1953	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
ROSSO	CONCETTA	08/05/1967	TI Dirigente Medico - Prof.le di Base > 5 Anr	Pediatria Crotone	OSPCRO
SCALA	ALESSANDRA	18/11/1989	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO
SISIA	SALVATORE	27/10/1955	TI Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pediatria Crotone	OSPCRO
VIZZA	ADRIANA	07/05/1964	TI Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pediatria Crotone	OSPCRO

LMC
L.104

NO NOTTURNO
L.104 - LMC

NO NOTTURNO
L.104

PART-TIME

LMC

L.104

COGNOME	NOME	NASCITA	GRADO	PROFESSIONE	DEPT	PROF. TURNO
ADAMO	MARIA PIA	26/02/1959	TI	Puericultrice Esperta	Patologia Neonata	OSPCRO
ANNUNZIATO	GIOVANNA	02/06/1971	TIF	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
ATTINA'	ANTONIA	11/10/1951	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
BALZANO	FRANCESCA	23/10/1958	TI	Puericultrice Esperta	Patologia Neonata	OSPCRO
BARBERIO	SERAFINA	16/04/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
BATTAGLIA	SARA	16/09/1957	TI	Puericultrice Esperta	Patologia Neonata	OSPCRO
BELCASTRO	ANTONIO	15/10/1961	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Patologia Neonata	OSPCRO
BISCEGLIA	MASSIMO	26/02/1972	TI	Dirigente Medico - Prof.le Rapp. non Esc	Patologia Neonata	OSPCRO
CHIARELLO	CLARA	03/03/1952	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Patologia Neonata	OSPCRO
CHIARELLO	MARIA	03/08/1952	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	Patologia Neonata	OSPCRO
CORAPI	NATALINA	25/12/1953	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm.	Patologia Neonata	OSPCRO
CORTESE	rita FIORELLA	08/09/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm.	Patologia Neonata	OSPCRO
CROPANESE	SILVANA	26/09/1982	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
CRUGLIANO	CATERINA	21/11/1954	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Patologia Neonata	OSPCRO
D'OPPIDO	ORNELLA	23/07/1984	TIF	Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm.	Patologia Neonata	OSPCRO
IEMBO	CATERINA KATIA	04/02/1984	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
MAZZA	MARIA PAOLA	29/06/1959	TI	Puericultrice	Patologia Neonata	OSPCRO
MESURACA	LUIGI	20/05/1962	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Patologia Neonata	OSPCRO
MOSCA	SIMONA	12/01/1972	TP	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
OLIVERIO	TERESA	17/04/1969	TIF	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
PERRI	ALDINA	14/07/1991	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
POERIO	VINCENZO ANTON	30/11/1954	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Patologia Neonata	OSPCRO
PRESTINICE	DONATELLA	24/02/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
RACCO	ADELE	01/04/1973	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
RUGNA	COSTANZA	12/01/1962	TIF	Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm.	Patologia Neonata	OSPCRO
TUDISCO	DANIELA	06/05/1969	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO
TURRA'	TERESA	18/10/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Inferm.	Patologia Neonata	OSPCRO
VRENNIA	STEFANIA	23/03/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Patologia Neonata	OSPCRO

AIELLO	ANTONIO	04/02/1982	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	L.104 / part-time
ALESSIO	GIUSEPPA	07/02/1962	Tif Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
AMORUSO	TERESA	23/11/1971	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Pronto Soccorso € OSPCRO	
ANGOTTI	ANTONIO	29/03/1966	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
ARCIERI	ANTONIO	08/09/1963	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
BEVILACQUA	LOREDANA	25/03/1980	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
BORELLI	ROLANDO	01/07/1956	Ti Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pronto Soccorso € OSPCRO	
CARELLA	SONIA	01/05/1973	TP Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
CARVELLI	DOMENICA	30/01/1955	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
CHIARAVALLOTTI	FRANCESCA	13/03/1970	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Pronto Soccorso € OSPCRO	
CHIMENTO	ROSARIO	27/05/1958	Ti Ausiliario Specializzato Cont. Sanitario	Pronto Soccorso € OSPCRO	
COSTA	TERESA MARIA	27/07/1958	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
COZZA	PASQUALE	17/05/1953	Ti Dirigente Medico - Struttura Semplice	Pronto Soccorso € OSPCRO	
DE LORENZO	VINCENZO	22/12/1964	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
D'ETTORIS	GIUSEPPE	04/08/1953	Ti Dirigente Medico - Struttura Semplice	Pronto Soccorso € OSPCRO	
DIANO	GIUSEPPE	16/04/1961	Ti Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	Pronto Soccorso € OSPCRO	
FLORO	MARCELLA	31/10/1960	Ti Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pronto Soccorso € OSPCRO	
FRANCO	GIOVANNI	10/11/1959	Ti Ausiliario Specializzato Cont. Sanitario	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GALLO	DIONISIO	09/10/1955	Ti Dirigente Medico - Struttura Semplice	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GAROFALO	FRANCESCO	17/07/1954	Ti Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GAROFALO	PASQUALINA	31/03/1961	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GENCARELLI	DOMENICO	18/05/1991	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GENTILE	TOMMASO	26/07/1964	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GIANNONE	COSMA ROBERTO	10/11/1954	Ti Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GIARDINIERE	GIUSEPPE	25/06/1963	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
GIRIMONTE	ROSALBA	30/05/1965	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
IENOPOLI	GIUSEPPE	01/01/1959	Ti Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pronto Soccorso € OSPCRO	
JACH	IWONA BARBARA	28/08/1969	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
LEROSE	RITA	17/06/1967	Ti Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pronto Soccorso € OSPCRO	
LOPEZ	LUIGI	24/05/1980	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MANFREDI	CARLO LORENZO	25/04/1972	TD Dirigente Medico	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MARRAZZO	GIUSEPPINA	18/09/1974	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MARRELLA	ANTONIO	09/04/1965	Ti Ausiliario Specializzato Cont. Sanitario	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MARTINO	GIOORGIO	13/06/1975	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MATTACE	MARIA VIRGINIA	07/06/1969	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MESORACA	FRANCESCO	27/01/1951	Ti Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MORACE	ROBERTO	12/02/1969	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Pronto Soccorso € OSPCRO	
MUNGARI	PASQUALE	04/12/1952	Ti Dirigente Medico - Strut. Complessa Area M	Pronto Soccorso € OSPCRO	
NICASTRO	LEONARDO	25/07/1953	Ti Infermiere Generico Esperto	Pronto Soccorso € OSPCRO	
NICOTERA	TERESA	03/07/1956	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Pronto Soccorso € OSPCRO	
NUDO	STANISLAO	28/01/1962	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
OLIVERIO	IMMACOLATA	26/01/1960	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
ORLANDO	MARIA TERESA	07/10/1981	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
PALETTA	CRISTINA	28/10/1962	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
PALMIERI	LUDOVICO	15/02/1952	Ti Assistente Amministrativo	Pronto Soccorso € OSPCRO	
PEDACE	DOMENICO	23/12/1964	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
PRESTA	PIERANGELA	27/05/1979	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Pronto Soccorso € OSPCRO	
REALE	ALESSIA	21/06/1972	TD Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Pronto Soccorso € OSPCRO	
RITELLI	IRMA	06/08/1960	Ti Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	Pronto Soccorso € OSPCRO	
SAMMATRICE	CARLA	14/07/1968	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
SCERRA	ERCOLE ANTONIO	13/11/1954	Ti Infermiere generico	Pronto Soccorso € OSPCRO	
SECRETI	FRANCESCA	27/06/1981	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
SILIPO	DANIELE	25/10/1978	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Pronto Soccorso € OSPCRO	
TALLARICO	TERESINA	05/01/1955	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
TEDESCO	GIOVAMBATTISTA	06/02/1981	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
VACCARO	ANTONIO	04/09/1981	TD Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
VITALE	CATALDO	27/11/1958	Ti Ausiliario Specializzato Cont. Sanitario	Pronto Soccorso € OSPCRO	
VOLANTE	IOLANDA REGINA	04/10/1969	Ti Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Pronto Soccorso € OSPCRO	
ZACCARIA	FRANCESCO	19/12/1975	TD Dirigente Medico - Tempo Determinato	Pronto Soccorso € OSPCRO	

COGNOME	NOME	NASCITA	RADESS	INSEGNARE	DESCRIZIONE	ES	ES	ES
ANDREOLI	TOMMASO	19/08/1964	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Servizio psichiatrico OSPCRO			
BRUGNANO	LUIGI	23/03/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
BRUNO	LUCREZIA	31/12/1964	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 A	Servizio psichiatrico OSPCRO			
CAPUTO	ANNA	26/07/1954	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Servizio psichiatrico OSPCRO			
CARPINO	LOREDANA	23/04/1964	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato	Servizio psichiatrico OSPCRO			
CASSANO	FRANCESCO	05/10/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
CHILLA'	ANTONIO	08/03/1974	TD	Dirigente Medico	Servizio psichiatrico OSPCRO			
FILIPPELLO	ORNELLA	01/12/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
FRANCO	COSTANZA	01/11/1961	TI	Coll. Prof.le Sanitario Infermiere Espert	Servizio psichiatrico OSPCRO			
FRANDINA	ROSA NINA	28/03/1950	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Servizio psichiatrico OSPCRO			
IEMBO	LILIANA	02/08/1954	TI	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esc	Servizio psichiatrico OSPCRO			
LIDONNICI	FRANCESCO	20/01/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
PALMIERI	GIOVANNI	22/02/1977	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
PEDACE	ALFREDO	08/10/1950	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
PIGNOLO	GAETANO	13/07/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
PIGNOLO	GIOVANNI	20/11/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
PRESTINICE	SILVANA	28/01/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
RIZZO	ROSALBA	10/07/1962	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
RIZZO	ROSINA	26/08/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
ROGOLINO	COSIMO GIOVANNI	22/06/1956	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.	Servizio psichiatrico OSPCRO			
RUSSO	MARIA GIOVANNA	11/02/1954	TI	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esc	Servizio psichiatrico OSPCRO			
SCICCHITANO	MARIA GIOVANNA	12/09/1953	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
SQUILLACE	PIETRO	08/09/1950	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
STRAFACE	SERAFINA	25/07/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
TALLARICO	FRANCESCO	02/01/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
TORCHIA	SERGIO MICHELE	17/05/1951	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Ar	Servizio psichiatrico OSPCRO			
TURRA'	SILVANA	10/11/1954	TI	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esc	Servizio psichiatrico OSPCRO			
URSO	FILOMENA	07/12/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			
VINCI	GIOVANNA	11/12/1957	TI	Psicologo Dirigente - Prof.le Rapp. Esc	Servizio psichiatrico OSPCRO			
VULCANO	NICOLA	03/12/1958	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie	Servizio psichiatrico OSPCRO			

LMC/ NO NOTTURNO
NON IDONEA/ NO NOTTURNO

LMC

SI

LMC

L.104

TABELLA A)
Personale già in servizio ex art. 2 DPCM stabilizzazione



BILOTTI	08/07/1965	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
BISULCA	31/10/1973	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
CAFARDA	03/05/1962	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Radiodiagnostica Crotone	LMC
CALABRETTA	28/03/1973	TI	Dirigente Medico - Prof.le di Base > 5 Anni	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
CAL'	09/10/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
CALISTO	01/08/1960	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
CARALLO	13/09/1954	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
CRISTIANO	08/05/1970	TD	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.ne non eq.	Radiodiagnostica Crotone	LMC
ERRICO	29/04/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
FALBO	27/11/1984	TD	Tecnico di radiologia a tempo determinato	Radiodiagnostica Crotone	L.104
FRANCO	14/03/1968	TI	Coadiutore Amministrativo	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
FRONTERA	15/08/1963	TI	Assistente Amministrativo	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
GAGLIARDI	03/11/1974	TD	Dirigente Medico	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
GALLO	01/01/1973	TI	Dirigente Medico - Prof.le di Base > 5 Anni	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
IERARDI	09/06/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
IOZZI	19/11/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
LEONELLI	08/10/1970	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
LOPEZ	18/04/1982	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
LOPEZ	16/08/1978	TD	Tecnico di radiologia a tempo determinato	Radiodiagnostica Crotone	L.104- LMC
MAGNO	19/02/1958	TI	Coadiutore Amministrativo	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
MEGNA	12/11/1974	TD	Dirigente Medico - Tempo Determinato	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
MEGNA	03/05/1955	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
MERCURI	24/12/1972	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
MURANO	25/04/1968	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
NOTARO	05/12/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
NUCERA	17/05/1979	TD	Dirigente Medico	Radiodiagnostica Crotone	L.104
PAGLIUSO	23/04/1952	TI	Coll. Prof.le San. Tecnico Radiologia Med. Esperto	Radiodiagnostica Crotone	LMC/TURNO ANTIMERIDIANO
PAONESSA	26/11/1956	TI	Coll. Prof.le San. Tecnico Radiologia Med. Esperto	Radiodiagnostica Crotone	LMC
PAPARO	13/12/1957	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
PARISI	05/11/1980	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
PARRILLA	10/10/1977	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
PELLIGRO'	12/06/1977	TD	Dirigente Medico - Prof.le di Base < 5 Anni	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
PETRUJO	11/10/1964	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
PETRUJO	21/11/1966	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
PISCIONERI	21/09/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
SCACCIAOCE	12/01/1961	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
SCHIPANI	24/12/1981	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
SCICCHITANO	18/11/1965	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	L.104
SCICCHITANO	04/01/1955	TI	Coll. Prof.le San. Tecnico Radiologia Med. Esperto	Radiodiagnostica Crotone	L.104+L.104
SCICCHITANO	15/05/1971	TI	Ausiliario Specializzato Cont. Tecnico	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
SICILIANI	24/12/1958	TI	Dirigente Medico - Struttura Semplice	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
TODARO	09/08/1976	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
VALENTE	09/05/1969	TI	Ausiliario Specializzato Cont. Tecnico	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
VASAPOLLO	31/10/1959	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
VERO	21/01/1954	TI	Dirigente Medico - Strut. Complessa Area Medica	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO
ZURLO	18/01/1969	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	Radiodiagnostica Crotone	OSPCRO

STAGLIANO'	29/12/1953	TI	Dirigente Medico - Prof.le Alta Special.11	Centrale Operativa Suem 118 C	OSPCRO
STRAFACE	10/04/1980	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie 1	Centrale Operativa Suem 118 C	OSPCRO
ZURLO	22/02/1979	TI	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie 1	Centrale Operativa Suem 118 C	OSPCRO
DE DIECO	20/11/1990	TD	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermie 1	Centrale Operativa Suem 118 C	OSPCRO
BORFILI					

TABELLA "A"

PERSONALE INCARICATO - CROTONE
DIRIGENTI MEDICI
PROROGHE

COGNOME	NOME	QUALIFICA	U.O.	DATA DI ASSUNZIONE	scadenza
PIZZI	GIANDOMENICO	DIRIGENTE MEDICO	X ANATOMIA PATOLOGICA	18/06/2009	31/12/2016
MARASCO	ANGELA	DIRIGENTE MEDICO	X ANATOMIA PATOLOGICA	19/07/2010	31/12/2016
GAGLIARDI	EUGENIO	DIRIGENTE MEDICO	X RADIOLOGIA	01/07/2008	31/12/2016
NUCERA	ANNAMARIA G.	DIRIGENTE MEDICO	X RADIOLOGIA	01/01/2009	31/12/2016
PELLIGRO	MARIAFRANCESCA	DIRIGENTE MEDICO	X RADIOLOGIA	12/03/2008	31/12/2016
CRISTIANO	ERMENEGILDA	DIRIGENTE MEDICO	X RADIOLOGIA	11/05/2009	31/12/2016
NUOTERA	TERESA	DIRIGENTE MEDICO	X PRONTO SOCCORSO	01/07/2009	31/12/2016
CATALANO	FRANCESCO	DIRIGENTE MEDICO	X OTORINOLARINGOIATRIA	22/07/2008	31/12/2016
D'ANDREA	GABRIELLA	DIRIGENTE MEDICO	X OTORINOLARINGOIATRIA	28/07/2008	31/12/2016
VITIELLO	FRANCESCO	DIRIGENTE MEDICO	X ORTOPEDIA	03/03/2009	31/12/2016
SPRIGI	NINNA SABRINA	DIRIGENTE MEDICO	X CHIRURGIA GENERALE	09/02/2009	31/12/2016
GIRARDI	DOMENICO	DIRIGENTE MEDICO	X ONCOLOGIA	26/02/2009	31/12/2016
DE BRANCIO	ANTONIO	FARMACISTA DIRIG.	SER.FARMAC.TERRIT.	11/09/2009	31/12/2016
MAKILNJE	CATERINA	FARMACISTA DIRIG.	SER.FARMAC. OSPEDALIERO	26/07/2010	31/12/2016
CIPARAVALLATI	CORRADO	DIRIGENTE MEDICO	X ANESTESIA	16/03/2009	31/12/2016
SINATORE	MARIA NADIA	BIOLOGO DIRIGENTE	X LABORATORIO ANAL.	16/03/2009	31/12/2016
BUONCOMPAGNI	ISIDORO	DIRIGENTE MEDICO	X GASTROENTEROLOGIA	10/05/2010	31/12/2016
BRUNO	LUCREZIA	DIRIGENTE MEDICO	X PSICHIATRIA	15/06/2010	31/12/2016
PROCCIO	LEONARDO	DIRIGENTE MEDICO	X PSICHIATRIA	01/08/2012	31/12/2016
CHILLA	ANTONIO	DIRIGENTE MEDICO	X PSICHIATRIA	01/02/2010	31/12/2016
RUGIERO	GIOVANNI	DIRIGENTE MEDICO	X CHIRURGIA GENERALE	11/07/2011	31/12/2016
VANDIGNI	ANGELO	DIRIGENTE MEDICO	X CHIRURGIA GENERALE	05/07/2011	31/12/2016
INCRESSIA	DANIELA	DIRIGENTE MEDICO	X CHIRURGIA GENERALE	20/07/2011	31/12/2016
VALENTE	PATRICIA	DIRIGENTE MEDICO	X CHIRURGIA GENERALE	02/07/2012	07/08/2016
TURCI	SAVERIO	DIRIGENTE MEDICO	X ONCOLOGIA	16/08/2011	31/12/2016
COSCO	GIOVANNI	DIRIGENTE MEDICO	X ANESTESIA	06/09/2011	31/12/2016
TORCASO	MARIA	DIRIGENTE MEDICO	X ANESTESIA	06/09/2011	31/12/2016
MACCHIONE	MANUELA	DIRIGENTE MEDICO	X ANESTESIA	16/07/2013	31/12/2016
LUCA	ROSITA	DIRIGENTE MEDICO	X NEFROLOGIA	12/09/2011	31/12/2016

29

Il Direttore Ufficio Risorse Umane
 Dott. Francesco Poverio

BOVA	FRANCESCA	DIRIGENTE MEDICO	X	NEFROLOGIA	01/08/2012	31/12/2016
MEGNA	BARBARA	DIRIGENTE MEDICO	X	RADIOLOGIA	10/03/2012	31/12/2016
MANFREDI	CARLO LORENZO	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	16/03/2011	31/12/2016
AMORUSO	TERESA	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	01/08/2011	31/12/2016
REALE	ALESSIA	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	02/09/2011	31/12/2016
MARRAZZO	GIUSEPPINA	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	06/09/2011	31/12/2016
MORACE	ROBERTO	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	06/09/2011	31/12/2016
VIGGIANI	PAOLA	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	16/09/2011	31/12/2016
PRESTA	PIERANGELA	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	30/03/2011	31/12/2016
CHIARAVALLIOTTI	FRANCESCA	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	06/08/2011	31/12/2016
BISJULCA	FRANCESCA	DIRIGENTE MEDICO	X	RADIOLOGIA	06/11/2006	31/12/2016
CERAUDO	ROSARIO	DIRIGENTE MEDICO	X	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01/03/2007	31/12/2016
RASCHILIA'	FRANCESCO	DIRIGENTE MEDICO	X	MED.D'URGENZA PRONTO SOCC.E ACC.	13/03/2007	31/12/2016
PETA	GIUSEPPINA	DIRIGENTE MEDICO	X	CHIRURGIA GENERALE	01/08/2007	31/12/2016
LONGO	SONIA	DIRIGENTE MEDICO	X	LABORATORIO ANALISI	21/11/2005	31/12/2016
PATARINO	ROSANNA	DIRIGENTE MEDICO	X	GERIATRIA	01/03/2007	31/12/2016
MARCHESI	MANUELA	DIRIGENTE MEDICO	X	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	02/03/2008	31/12/2016
BOIJO	ROSALIA	DIRIGENTE MEDICO	X	NEFROLOGIA E DIAL.	01/03/2008	31/12/2016
CARIOTI	JESSICA	DIRIGENTE MEDICO	X	MALATTIE INFETTIVE	02/04/2007	31/12/2016
DE BIASI	ALESSANDRINA	DIRIGENTE MEDICO	X	MEDICINA NUCLEARE	19/04/2007	31/12/2016
RANIERI	RAFFAELA	DIRIGENTE MEDICO	X	MEDICINA TRASFUSIONALE	01/09/2006	31/12/2016
MEGNA	FABIO	DIRIGENTE MEDICO	X	CARDIOLOGIA	07/03/2006	31/12/2016

Il Direttore Medico Massimo Marante
 Il Direttore Sanitario Massimo Loria
 fr de

TABELLA "B"

PERSONALE COMPARTO IN PROROGA

COGNOME	NOME	QUALIFICA	Data Assunzione	Scadenza	U.O.
IERARDI	FULVIO	IGIENISTA DENTALE	05/04/2007	31/12/2016	DISTRETTO DI MESORACA
MANCUSO	LOREDANA	IGIENISTA DENTALE	16/04/2007	31/12/2016	DISTRETTO DI DROTONE
GABRIELE	FILOMENA	IGIENISTA DENTALE	02/05/2007	31/12/2016	DISTRETTO DI CIRO' MARINA
FALBO	ANGELA	TECNICO RADIOLOGIA	28/05/2007	31/12/2016	RADIOLOGIA
LOPEZ	VITTORIA	TECNICO RADIOLOGIA	29/05/2007	31/12/2016	RADIOLOGIA
LOPEZ	FRANCO G	TECNICO RADIOLOGIA	01/06/2007	31/12/2016	RADIOLOGIA
PARISI	PASQUALE	TECNICO RADIOLOGIA	14/06/2007	31/12/2016	RADIOLOGIA
BERNARDI	ORLANDO	TECNICO RADIOLOGIA	10/07/2007	31/12/2016	RADIOLOGIA

8

Il sottoscritto, **Dr. Francesco Iorio**,
 in qualità di **Responsabile del Comparto**
 del **Dipartimento di Radiologia**

Dr. A. Francesco Iorio