

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
C R O T O N E

Delibera n° 335

ORIGINALE

OGGETTO: Approvazione relazioni e rendicontazione Obiettivi PSN 2007.

In data **02 LUG. 2013**, nella Sede dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, Via Mario Nicoletta Angolo Via G. Di Vittorio;

Su conforme proposta del Responsabile del procedimento designato, nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore del Dipartimento Area Amministrativa.

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO:

CHE con deliberazione della Giunta Regionale n° 248 del 05.05.2009 sono state approvate le linee progettuali per l'anno 2007 di cui allegato A) dell'Accordo Stato/Regioni 1 Agosto 2007 (repertorio atti n. 164/CSR) , per l'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della Legge n° 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ;

CHE con il su citato accordo vengono individuate le linee progettuali di seguito elencate :

- cure primarie , compresa la facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi malattie psico-motorie
- salute della donna e del neonato
- aggiornamento del personale
- reti assistenziali
- governo clinico
- liste di attesa, compreso i CUP
- Piano Nazionale della Prevenzione

CHE l'intesa del 1° Agosto 2007 ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2007 quantificandole per la Regione Calabria, in Euro 45.755.281,00;

CHE la Conferenza Stato Regioni del 17 Dicembre 2009 (Rep. atti n°254/CSR) ha approvato la proposta del Ministero della Salute per l'ammissione al finanziamento dei progetti presentati dalla Regione Calabria con D.G.R. n° 248/09 ;

CHE a questa Azienda Sanitaria Provinciale con la precitata delibera sono state assegnate risorse per come di seguito specificato:

cure primarie	1.092.905,60
salute della donna e del neonato	300.969,82
aggiornamento del personale	39.492,77
reti assistenziali	45.433,65
governo clinico	269.183,03
liste di attesa	101.916,09
Centro Unico Prenotazione	102.551,52
Piano Nazionale della Prevenzione	794.929,41
TOTALE	2.747.381,90

CHE al punto 7 della su citata delibera della Giunta Regionale n° 248/09 é previsto l'obbligo per le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di rendicontare le attività progettuali loro affidate secondo quanto stabilito nell'Accordo del 1° Agosto 2007;

CHE, a tal fine, questa azienda ha richiesto ai Direttori/Responsabili direttamente interessati schede di rendicontazione dei costi sostenuti e relazioni, al fine di avere erogato le risorse finanziarie dal Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;

CHE i Direttori/ Responsabili, direttamente interessati alle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di piano già individuati come prioritari nel PSN 2007, hanno fatto pervenire e acquisire agli atti della Segreteria del Direttore Generale singole schede riassuntive di rendicontazione dei costi totali sostenuti e relazioni sulle attività svolte nell'ambito delle proprie unità organizzative e/o servizi;

RITENUTO di dover approvare le singole schede riassuntive di rendicontazione dei costi totali sostenuti e relazioni sulle attività svolte nell'ambito delle proprie unità organizzative e/o servizi e finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di piano già individuati come prioritari nel PSN 2007;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:

-Approvare le relazioni e le rendicontazioni delle somme assegnate a questa ASP dalla Regione Calabria per gli obiettivi di piano annualità 2007, che allegate al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

-Richiedere, al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria, ai settori Lea ed Economico Finanziario, l'erogazione delle risorse assegnate pari ad Euro 2.747.381,90 per come di seguito specificato:

cure primarie	1.092.905,60
salute della donna e del neonato	300.969,82
aggiornamento del personale	39.492,77
reti assistenziali	45.433,65
governo clinico	269.183,03
liste di attesa	101.916,09
Centro Unico Prenotazione	102.551,52
Piano Nazionale della Prevenzione	794.929,41
TOTALE	2.747.381,90

-Trasmettere copia del presente atto al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

=====

Il Responsabile del Procedimento: Rag. Armando CHIRIACO

Il Direttore Amministrativo : Dr. Giovanni COZZA

Il Direttore Sanitario: Dr. Francesco PARAVATI

Il Direttore Generale: Prof. Rocco Antonio NOSTRO

=====

UFFICIO AFFARI GENERALI
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda il **02 LUG, 2013** con Protocollo della Segreteria Generale n. **065** 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 GIORDANO)

REGIONE PROPONENTE
CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
OBIETTIVI DI PIANO ANNUALITA' 2007
Linea progettuale : Cure primarie
Referente Aziendale progetto: Dott.ssa CALIGIURI Angela
Direttore f.f.del Dipartimento : Dott.ssa CALIGIURI Angela
RELAZIONE
VEDERE ALLEGATI
RENDICONTAZIONE
Spesa del personale
Beni e Servizi
Missioni
Formazione
Pubblicità, Convegni, ecc.
COSTO TOTALE: Euro 1.092.905,60
Erogazione 100%



REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE
Dipartimento di C.T.A.A.D.
Via M. Nicoletta-88900 Crotone

Oggetto : Rendicontazione attività svolta dal Dipartimento Territoriale dell'ASP di Crotone per la realizzazione degli “ Obiettivi di Piano anno 2007”

PREMESSA

L'anno 2007 si caratterizza per il ridimensionamento del numero delle ASL che diventano Aziende Sanitarie Provinciali e pertanto quei Comuni ricadenti in altre Province vengono ad essere inseriti nelle ASP competenti per territorio. Pertanto, dal mese di Maggio del c. a. , i Comuni di San Giovanni in Fiore e Marcedusa vengono incorporati dall'Azienda Sanitaria di Crotone per confluire nelle ASP di Cosenza e Catanzaro.

Per i primi cinque mesi dell'anno, i suddetti Comuni hanno usufruito di tutti i Progetti, Obiettivi e Programmi, che l'Azienda ha messo in campo per l'anno citato.

La popolazione residente ammonta a circa 200.000 abitanti e comprende ventinove comuni.

Il territorio è suddiviso in quattro Distretti Socio-sanitari : Distretto di Crotone, Distretto di Cirò Marina, Distretto di Mesoraca e Distretto di San Giovanni in Fiore. Alla luce di quanto suddetto da maggio i Distretti si riducono a tre, visto lo scorporo del Comune di San Giovanni in Fiore, e l'incorporamento dei paesi ricadenti in quel Distretto in quello di Crotone e la popolazione residente è di circa 180.000 abitanti..

In ogni Distretto, molta attenzione viene rivolta alle Cure Primarie che rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale.

MMG, PLS, CA

Per soddisfare le esigenze sanitarie primarie sul territorio di competenza è stato richiesto un maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta ed alla C.A. così da rispondere correttamente alle esigenze stesse attuando l'integrazione, necessaria al miglioramento, tra le varie professionalità sanitarie operanti sul territorio.

I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta rivestono un ruolo centrale nell'attività sanitaria territoriale, ed infatti si sta cercando di consentire a tutti questi professionisti di dare la collaborazione per la disponibilità telefonica diurna, così da uniformare tale attività su tutto il territorio dell'Azienda.

Allo scopo di migliorare l'offerta di salute in maniera capillare su tutto il territorio l'Azienda Sanitaria ha sollecitato le suddette categorie dei Medici a unirsi in associazioni, così da garantire la presenza costante di almeno un Medico nell'arco di tutta la giornata.

Sono costituite n. 5 associazioni in gruppo (15 MMG + 1 PLS) e n.16 associazioni semplici per i MMG (61 Medici Generici + 3 PLS) e per PLS n.3 associazioni in rete e n. 4 associazioni semplici (9 Pediatri) .

Rientra negli obiettivi aziendali, per migliorare la qualità dei servizi, la riduzione degli accessi al P.S. del Presidio Ospedaliero e visto l'intasamento dovuti agli interventi di Codici Bianchi questo Dipartimento è intervenuto utilizzando, per questo settore, Medici di Continuità Assistenziale.

ADI

Il Servizio di Assistenza Domiciliare diventa strategico nell'attività territoriale, poiché si ottengono vari obiettivi, primo fra tutti è quello che assistendo i pazienti a casa si riducono notevolmente i disagi sia agli stessi che ai loro familiari, a questo si associa una maggiore collaborazione fra tutto il personale sanitario operante sul territorio (MMG, PLS, CA, Specialisti ambulatoriali, Infermieri, Assistenti Sociali ecc.) che porta ad uno scambio costante di informazioni e quindi ad un miglioramento degli interventi. A riprova di quanto detto è l'aumento delle richieste per detta assistenza, generando le basi affinché in un prossimo futuro si possa attuare la politica dell'avvicinare la sanità al domicilio del paziente eliminando le criticità degli spostamenti.

L'attività sanitaria domiciliare riguarda un numero considerevole di pazienti, circa 1.800 tra geriatrici, oncologici e pediatrici, che date le loro condizioni di fragilità si avrà certamente negli anni avvenire un incremento del numero delle prestazioni a domicilio.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Sul territorio è stata costante l'integrazione socio-sanitaria, rendendo partecipi le figure professionali adatte (Assistenti Sociali, Psicologi, Sociologi), così da controllare costantemente pazienti fragili, scarsamente autosufficienti, a rischio di eventi acuti o riacutizzazioni che per le loro condizioni socio-ambientali e sanitarie deficitarie vivono una situazione di criticità e di rischio.

SPECIALISTA AMBULATORIALE

Su tutto il territorio provinciale, nell'anno in questione, particolare attenzione è stata posta agli ambulatori specialistici adeguandoli così da perseguire l'obiettivo di ridurre la complicità delle malattie croniche quali il diabete, l'ipertensione arteriosa, le broncopatie croniche, le malattie cardio-vascolari. Questo è stato possibile assistendo, soprattutto con l'attività degli specialisti ambulatoriali, i pazienti sul loro territorio di residenza prevenendo così le suddette complicanze, e facilitando l'accessibilità ai servizi sanitari.

INFORMATIZZAZIONE

Nella ricerca costante di adeguarsi agli standard nazionali, l'ASP di Crotone ha avviato il processo di informatizzazione nei servizi sanitari presenti sul territorio, al fine di poter disporre di una raccolta dati costantemente aggiornata e di facile consultazione in grado di garantire informazioni utili alla definizione di un profilo di intervento medico e degli altri operatori, ed una gestione integrata del paziente sul territorio in rapporto alla tipologia di cura e dei servizi.

Il Direttore del Dipartimento F.F.
(Dr.ssa Caligiuri Angela)





DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE
Direttore: Dr. Umberto P. Corapi

Prot. n. 052/DMI

Crotone li 22.03.2011

**Oggetto: Relazione attività obiettivi di Piano anno 2007 – Linea progettuale
“Salute della donna e del neonato.**

La gravidanza e parto sono processi fisiologici e, conseguentemente, ogni intervento assistenziale proposto deve avere benefici dimostrati ed essere accettabile per le donne in gravidanza.

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i paesi Europei, In Italia si è passati dall'11,2% del 1980 al 29,8% del 1996 ed al 38,4% del 2008 con notevoli variazioni per area geografica (23,1% in Friuli Venezia Giulia e 61,9% in Campania) e presenza di valori più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nell'Italia centrale, meridionale; nel 2008, sono stati effettuati circa 220.000 interventi di taglio cesareo, con un costo umano ed economico non trascurabile: il rischio di morte materna è, infatti, di 3-5 volte superiore rispetto al parto vaginale e la morbosità puerperale è 10-15 volte superiore.

Accanto alle classiche indicazioni cliniche, al taglio cesareo, assolute e/o relative, materne e/o fetali, coesistono, con sempre maggior frequenza e con un ruolo importante, indicazioni non mediche, alcune delle quali riconducibili a carenze strutturali, tecnologiche ed organizzativo-funzionali, unitamente a medicina difensiva.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 individua al punto 5.1 “La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza”, la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei, attraverso la definizione di Linee Guida nazionali per una corretta indicazione al taglio cesareo.

Il documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario nazionale 2010-2012 prevede al punto 12.1 che saranno analizzati gli aspetti relativi alla sicurezza e all'umanizzazione del parto, al ricorso alla partoanalgesia e alla diminuzione dei tagli cesarei, alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno, alla razionalizzazione della rete dei punti nascita e delle Unità Operative pediatriche-

neonatologiche e delle Terapie Intensive Neonatali, al trasporto materno e neonatale.

L'assistenza in gravidanza dovrebbe mettere la coppia in grado di operare scelte informate basate sui propri bisogni e i propri valori.

E' esperienza comune a tutti gli operatori sanitari che la gravidanza ed il parto, nella nostra area territoriale, sono gravati da una notevole componente di sfiducia, legata al fatto che la gestante, non sempre si sente sostenuta nei suoi bisogni di salute e aiutata in un processo di consapevolezza ed adeguatezza che la gravidanza richiede.

Atteggiamenti poco collaborativi, nella fase del travaglio e del parto, legati alla paura, alla disinformazione, sono spesso causa iatrogena di parti operativi e di vissuti personali traumatici che possono complicare il rapporto madre-bambino e compromettere le competenze genitoriali.

In un'indagine nazionale, meno di metà delle donne coinvolte, ha dichiarato di avere ricevuto durante l'assistenza in gravidanza informazioni adeguate sull'allattamento al seno e sulla contraccezione, meno di un terzo sulle cure neonatali e sulle normative che tutelano la gravidanza, meno della metà sulla contraccezione da utilizzare dopo il parto e sulle vaccinazioni.

Le donne in gravidanza hanno ricevuto maggiori informazioni se assistite dall'ostetrica o dal Consultorio Familiare rispetto ai medici ostetrici (privati o pubblici).

In questa indagine e in una successiva, si è rilevato che la partecipazione a Corsi di accompagnamento alla nascita in un Consultorio Familiare è risultata associata a un minor rischio di taglio cesareo

Confortati da questi dati, i Consultori Familiari dell'A.S.P. di Crotone sono da 2 anni impegnati nella realizzazione di un progetto:

” Umanizzazione del parto vaginale: introduzione alla parto analgesia”

E fra le azioni previste sono state identificate due linee d'intervento:

1. A favore della gravidanza con l'organizzazione di Corsi di accompagnamento alla nascita ed alla genitorialità.
2. A favore di genitori a rischio sociale (genitori soggetti a dipendenza, gravidanze in giovanissime, straniere gravide o con figli minori), organizzando degli incontri, presso le strutture consultoriali, per consentire ascolto e confronto esperienziale e dove necessario anche interventi personalizzati.

Obiettivo del Corso di accompagnamento alla nascita ed alla genitorialità (Linea 1 d'intervento) sono:

- 1) Incrementare la partecipazione ai Corsi di preparazione alla nascita da parte delle gestanti e dei partner.
- 2) Riduzione dei parti operativi e degli eventi patologici ostetrici, legati alla disinformazione della gestante e della coppia.
- 3) Riduzione delle condizioni di disagio legate all'esperienza genitoriale

4) Valorizzazione e potenziamento delle competenze genitoriali, l'aumento dell'autostima come risorse per poter affrontare situazioni problematiche.

AZIONI

- Pubblicizzazione dei Corsi di Preparazione alla nascita ed alla genitorialità presso i Medici di medicina generale, Pediatri di Famiglia, Ginecologi privati, Laboratori di Analisi convenzionati, Farmacie, Presidio Ospedaliero e Distretto sanitario di base.
- Incrementare il numero dei Corsi di preparazione alla nascita, svolgendoli in una fascia oraria che consenta la partecipazione dei partners.
- Prevedere due incontri dopo la nascita, con i genitori ed i bambini, per confronto e verifica dell'esperienza genitoriale.
- Creare la rete di collegamento fra le strutture territoriali ed ospedaliere del Dipartimento Materno-Infantile, che permetta la realizzazione di:

a) Un programma dei Corsi di preparazione alla nascita unificato e condiviso fra operatori consultoriali e operatori ospedalieri (neonatologo, anestesista, ostetrica ospedaliera), con percorsi facilitati per il ricorso alla partoanalgesia.

b) Una scheda della gravidanza unica che comprenda controlli clinici, eventuali ricoveri ospedalieri, esami ematochimici previsti dal D: M.10/9/98 ed ecografie, scheda di accoglienza all'atto del ricovero.

c) Per il sostegno all'allattamento al seno ed il rooming-in, omogeneità di approccio e univocità delle informazioni da fornire alla gestante o puerpera

OBIETTIVI DEI CORSI DI PREPARAZIONE ALLA NASCITA SONO:

a) Fornire informazioni corrette e comprensibili sulla fisiologia della gravidanza e del travaglio sulle modalità del parto e del controllo del dolore anche con ricorso alla partoanalgesia.

b) Offrire strumenti che permettano alla coppia di conoscersi meglio dal punto di vista psicologico a saper ascoltare le diverse emozioni all'interno della coppia, saperle riconoscere ed imparare a trasmetterle.

c) Potenziare le capacità personali nell'affrontare i cambiamenti che la gravidanza e la nascita portano;

d) Apprendere una tecnica di rilassamento psicofisico che aiuti a gestire l'ansia e il dolore da parto, amplificato dalle tensioni muscolari e dall'ansia.

Aiutare la donna ad essere più consapevole del vissuto del travaglio e del parto;

e) Favorire ed aiutare il coinvolgimento dei futuri padri e la partecipazione ai corsi, importante non solo per essere di sostegno alla propria compagna ma anche per stimolare in loro riflessioni sulla paternità, intesa non come ruolo, ma come aspetto intimo e relazionale con il proprio bambino;

f) Favorire la comunicazione e l'interazione fra i partner; preparare alla nascita significa potenziare nei futuri genitori la consapevolezza del proprio ruolo di padre e madre ed una buona comunicazione con il bambino, permettendo un adattamento precoce ai ruoli genitoriali;

g) Offrire uno spazio protetto di ascolto e condivisione; un'opportunità di pensare a sé stessi ed al proprio bambino, ascoltarsi ed esternare sentimenti ed emozioni positive e negative;

h) Nel gruppo, la socializzazione ed il confronto con altre donne o coppie che vivono la stessa esperienza, favorisce la condivisione emotiva, incoraggia la collaborazione e lo scambio e la nascita di nuove amicizie in grado di fornire sostegno e solidarietà riducendo gli elementi di isolamento e i fattori di rischio per depressione post – partum;

g) Incrementare la percentuale di donne che allattano al seno secondo le raccomandazioni dell'OMS e dell'UNICEF ed implementare la donazione del latte di donna usufruendo della Banca del Latte Umano Donato presente nel P.O. di Crotone;

l) Incontri nel post-partum con genitori e bambini per consentire un confronto fra esperienze;

m) Aderire al Progetto Nazionale “nati per leggere “ quale ulteriore opportunità di sviluppo emotivo e cognitivo.

METODOLOGIA

Si effettueranno due incontri settimanali per corso, di circa 2 ore ciascuno per un totale di otto incontri.

Nel corso degli incontri ci si avvarrà dell':

- 1) Utilizzo di attivazioni finalizzate a favorire un clima di partecipazione;
- 2) Ausilio di audiovisivi per la parte pertinente alla fisiologia della gravidanza, del travaglio e del parto, e della fisiologia dell'allattamento al seno con la partecipazione di un medico anestesista e un neonatologo;
- 3) Simulate e prole – play per focalizzare gli atteggiamenti stereotipati e culturali legati al parto e consentire una riflessione personale e di gruppo su atteggiamenti e

comportamenti;

- 4) Esercizi di stretching per predisporre al rilassamento;
- 5) Elementi di training razionale- emotivo per potenziare le competenze personali, e la capacità di adattamento ai cambiamenti;
- 6) Tecniche di rilassamento con modalità finalizzate alla nascita dolce, modulate a consentire un rapporto più emotivo ed intenso con il nascituro, a saper riconoscere le proprie emozioni e comunicarle;
- 7) Spazio di discussione e confronto sui temi degli incontri;
- 8) Visita alla sala travaglio e sala parto del Presidio Ospedaliero e alla conoscenza del personale di sala parto e dell'U.O.C. di Neonatologia-T.I.N.;
- 9) Utilizzo di accompagnamento musicale per facilitare l'isolamento dal mondo esterno e la concentrazione sulle proprie emozioni;
- 10) Audiovisivi per istruire i genitori al massaggio del neonato, informandoli sui benefici fisici e psicologici per genitori e bambini ;
- 11) Esercitazione alla lettura con filastrocche e ninnananne .
- 12) Somministrazione di un questionario, ad inizio corso per valutare le motivazioni di base, e, un questionario di fine corso per valutare la congruità delle azioni intraprese dal personale socio-sanitario del Consultorio e il livello di gradimento del corso da parte dei partecipanti.

RISULTATI ATTESI

- Incremento della partecipazione ai Corsi di preparazione alla nascita del 10%/anno.
- Riduzione delle condizioni di rischio ostetrico con riduzione del ricorso al parto operativo.
- Incremento del 30% dell'allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi.
- Riduzione dell'incidenza delle condizioni di disagio familiare e personali quali la depressione post-partum.

RISULTATI OTTENUTI dopo prima verifica:

- a) incremento dei partecipanti ai Corsi ,con trend positivo del 15% , con la

partecipazione dei partner per il 60% delle gestanti partecipanti;

b) Delle partecipanti ai Corsi ,l'83% sono state nullipare e la modalità del parto è avvenuta per il 76% con parto spontaneo e per il 24% con taglio cesareo.

c) Due parti sono stati espletati in analgesia;

d) La percentuale di donne che allattano esclusivamente al seno è stata del 55%.

Personale impiegato :

Consultorio Familiare di Crotone :

2 Medici Ginecologi, 1 Ostetrica, 1 Anestesista.

Tot.276.548,00

Consultorio Familiare di Cirò Marina:

1 Ginecologo, 1 Pediatra, 1 Ostetrica, 1 Puericultrice, 1 Psicologa.

Tot.299.261,00

P.O. di Crotone:

1 Medico Ginecologo, 1 Neonatologo, 1 Ostetrica, 1 Infermiera Pediatrica, 1 Psicologa.

Tot.309.847,00

Totale complessivo:€885.656,00

A.S. DI CROTONE
Il Direttore del Dipartimento
Materno Infantile
Dr. Umberto P. CORAP

Ufficio Ragioneria

Sede

Prot. n. 236 /EPID

Crotone, 13.06.2013

Oggetto: Attività formative Anno 2007 –

Si comunica che, verificati gli atti ancora custoditi nel mio Ufficio, nell'anno 2007, risulta che a seguito di formale autorizzazione, ho provveduto a accreditare al sistema nazionale di formazione continua "ECM" del Ministero della Salute (provider 7827) gli eventi formativi/pfa qui di seguito indicati:

n. rif.to Crd	Titolo	Professione	Data
281256 Crd 22	CORSO TEORICO-PRATICO DI AGGIORNAMENTO SULLO SCREENING CERVICO-VAGINALE	Tecnico sanitario laboratorio biomedico	13/03/2007
279311 Crd 13	IL PAP-TEST NELLO SCREENING DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA. CORSO DI FORMAZIONE PER CITOSCREENER.	Tecnico sanitario laboratorio biomedico	Ed. 0 25/05/2007
279310 Crd 14		Medico chirurgo, Biologo	Ed. 1 22/06/2007
282317 Crd 11	CORSO DI AGGIORNAMENTO TEORICO PRATICO PER ADDETTI AL PRELIEVO CITOLOGICO PER PAP-TEST	Ostetrica/o	08/06/2007
282316 Crd 12		Infermiere	



285964 Crd 10	AUTISMO, EDUCAZIONE ED INTEGRAZIONE	Tecnico educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	29/06/2007
285962 Crd 9		Logopedista	
285962 Crd 9		Infermiere	
285961 Crd 9		Psicologo	
285960 Crd 9		Medico chirurgo	

Tutti gli eventi sono stati regolarmente realizzati nelle date indicate secondo le modalità didattiche individuate dai singoli Responsabili scientifici.

Come previsto dal regolamento che disciplina la formazione continua delle professioni sanitarie, ciascuna edizione di ciascun corso di aggiornamento si è conclusa con la somministrazione a tutti i partecipanti del questionario di valutazione dell'apprendimento e del test di gradimento.

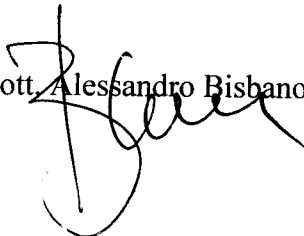
A seguire sono stati regolarmente soddisfatti tutti gli obblighi di rapporto nei confronti della Commissione Nazionale Formazione Continua (CNFC) e sono stati attribuiti i crediti a tutti i partecipanti aventi diritto.

La realizzazione dei Corsi – grazie anche all'esperienza dei docenti – ha registrato la più ampia soddisfazione dei partecipanti che, come stanno a dimostrare i risultati ottenuti, hanno sicuramente arricchito il proprio bagaglio di conoscenze disciplinari ed interdisciplinari per le relazioni interprofessionali che si sono instaurate tra gli stessi partecipanti e tra questi e i docenti.

In conclusione, le finalità conseguite sono risultate essere pienamente congruenti con le finalità proposte e condivise al momento della programmazione.

Nel pieno dovere di collaborazione, tanto dovevo.

Dott. Alessandro Bisbano





AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DISTRETTO SANITARIO DI CROTONE

Relazione attività 2007

Assistenza Domiciliare Integrata

Nell'ultimo decennio l'assistenza domiciliare è stata progressivamente riconosciuta dai decisori di ambito sanitario del nostro Paese come una delle modalità assistenziali su cui investire maggiormente.

La ragione di questa scelta "strategica", assunta nel principale documento di pianificazione sanitaria della nostra ASP, è 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 d'intervento, la semplificazione dell'accesso alla erogazione dei presidi ed ausili (PAA 2007).

Elenco completo del personale e sintesi delle attività.

PERSONALE MEDICO

Dott. Mantella Fernando – Dirigente medico a tempo pieno e indeterminato, coordinatore ADI;
dott. Rajani Vincenzo (Geriatra) –Specialista convenzionato presente 5 gg. a settimana per 25 ore;
dott. Greco Vittorio (oncologo) - Specialista convenzionato presente 3 gg. a settimana per 21 ore;
dott. Perri Luigi (Pediatra) - Specialista convenzionato presente 1 gg. a settimana per 4 ore;
dott. Perziano Francesco (Pneumologo) - Specialista convenzionato presente 1 gg. a settimana per 6 ore;
dott. Ferraggina Antonio (Cardiologo) – dipendente a tempo indeterminato presso il distretto di Mesoraca, autorizzato 2 gg. a settimana ai rientri pomeridiani nel distretto di Crotone per 8 ore.

PERSONALE INFERMIERISTICO

Grillo Francesco (C.P.S.-Infermiere Coordinatore)

COORDINAMENTO DI TUTTO IL PERSONALE INFERMIERISTICO;
TENUTA E CUSTODIA:

- 1) materiale e presidi sanitari di uso corrente per le attività di assistenza domiciliare,
- 2) cartelle cliniche dei pazienti in ADI;
- 3) archivio cartelle cliniche pazienti dimessi, deceduti, non ammessi;
- 4) archivio informatico generale e file dei dati sensibili;
- 5) registrazione prestazioni infermieristiche;
- 6) consegna esami ematochimici;
- 7) buoni carburante, controllo e gestione delle auto di servizio;
- 8) tutoraggio e supervisione degli studenti iscritti ai corsi di Scienze infermieristiche e di O.S.S.;
- 9) effettuazione di prestazioni infermieristiche a supporto degli infermieri.

Camposano Antonella (C.P.S.-Infermiere)

Zappavigna Vincenzo (C.P.S.-Infermiere)

Maiolo Maria (C.P.S.-Infermiere)

Russo Rosa Antonella (C.P.S.-Infermiere)

Manfredi Tiziana (C.P.S.-Infermiere)

Domenichini Caterina (C.P.S.-Infermiere)

Aracri Giuseppe (C.P.S.-Infermiere) utilizzato tre gg a settimana, per due gg a settimana (martedì e giovedì) presta servizio presso la struttura di Rocca Di Neto addetto alle vaccinazioni (Dipart. Prevenzione)

Mancuso Luigi (C.P.S.-Infermiere coordinatore) si occupa esclusivamente dell'assistenza domiciliare dei pazienti di Rocca Di Neto e Belvedere di Spinello.

Si eseguono:

- 1) Prestazioni infermieristiche domiciliari (prelievi, medicazione, terapia iniettiva, E.C.G., gestione del catetere vescicale, educazione alla gestione e controllo della stomia, interventi educativi e addestramento a prestazioni semplici, gestione catetere venoso centrale, educazione e prevenzione delle complicanze da allettamento, trasfusioni di sangue ed emoderivati, ed altri interventi tecnici ed educativi di competenza infermieristica);
- 2) preparazione interventi da effettuare;
- 3) registrazione prestazioni effettuate;
- 4) compilazione diario infermieristico,
- 5) comunicazioni telefoniche con i pazienti;
- 6) comunicazione con il laboratorio analisi;
- 7) compilazione scheda personale delle prestazioni e relativo chilometraggio effettuato;
- 8) relazione con il capo sala e presa in carico di nuovi pazienti.

COLLABORATORI PROFESSIONALI – ASSISTENTI SOCIALI

Vrenna Raffaele

Ferramosca Vincenza

Fregnan Emilia

Fanno parte dell'Unità di Valutazione Territoriale:

visite domiciliari per:

- 1) inserimenti in ADI,
- 2) ricoveri in strutture protette –RA, RSA-
- 3) valutazione socio-economica per l'assegnazione di montascale a cingoli;
- 4) attività di Segretariato Sociale;
- 5) Relazioni con il Pubblico;
- 6) consulenze, istruzione pratiche, colloqui e chiarimenti reclami;
- 7) tutoraggio e supervisione degli studenti iscritti al corso di Laurea in Scienze del Servizio Sociale, in convenzione con UNICAL .

DOTAZIONI

N° 2 autovetture, di cui 1 in dotazione al Distretto è utilizzata dal servizio ADI e saltuariamente dal Distretto per le missioni del personale amministrativo.

In collaborazione con il Dipartimento Acquisizioni Beni e Servizio, vengono periodicamente sottoposte a lavaggio completo, manutenzione, revisione biennale.

A.D.I. attivate e distribuzione territoriale (Tab. allegata A)

Dal 1/06/1999 data di inizio attività del servizio di Assistenza Domiciliare al 31/12/2007 sono state esaminate ben 3514 domande eleggendone in ADI circa il 98%.

Complessivamente si registra un assestamento generale dell'attività con un trend in aumento del numero dei pazienti assistiti (1104 al 31/12/2007) e tale è stato negli anni precedenti.

Sul totale complessivo della popolazione raggiunta dal servizio al proprio domicilio circa l'85 % è costituita da cittadini con età > di 65 anni . Essendo la popolazione complessiva del Distretto di Crotone di età > ai 65 anni pari a 13.015 (dati istat all' 1/1/2006) , attualmente con l'ADI si interviene sul 10,24 % di tale popolazione , che è al di sopra del valore prefissato dal programma regionale triennale di assistenza domiciliare 2006/2009 (attestato al 5,402 % e definito ambizioso dallo stesso staff dell'assessore pro tempore Lo Moro).

La distribuzione territoriale ripartita in sette paesi variamente distanti dal comune capofila, l'elevato numero di pazienti oncologici assistiti (328 pari al 24,62% del totale) unitamente alla scarsità di mezzi messi a disposizione e l'insufficiente dotazione di personale infermieristico hanno fatto sì che l'ADI potesse, stabilmente attivare i primi due livelli di assistenza a bassa e media intensità sanitaria, e soltanto, grazie allo spirito di abnegazione degli operatori che in alcuni casi si è potuto attivare un livello superiore con accessi infermieristici anche per 5-6 giorni a settimana.

Riepilogo sintetico dei volumi di attività per l'anno 2007

N° Accessi MMG	21689
N° Accessi Specialisti	2259 (1)
N° Accessi infermieri	3680
N° ore di assistenza infermieristica	13600 (2)

(1) non si dispongono dei dati dello specialista fisiatra

(2) da considerare che circa 1/3 delle ore di assistenza è utilizzato per il percorso necessario a raggiungere il domicilio del paziente (dati media nazionali).

Riepilogo sintetico dei volumi di attività per l'anno 2007

Assistenti sociali

Azioni	N°	Ore
Visite inserimenti in ADI	654	
ricoveri in strutture protette (RA, RSA)	345	
valutazione socio-economica per l'assegnazione di montascale a cingoli	5	
Relazioni con il Pubblico e attività di Segretariato Sociale		2560
Consulenze, istruzione pratiche, colloqui e chiarimenti reclami;	22	
Tutoraggio e supervisione degli studenti iscritti al corso di Laurea in Scienze del Servizio Sociale, in convenzione con UNICAL .	5	

Principali Patologie Pazienti inseriti in ADI :

malati terminali	5,02%
Incidente vascolare acuto	6,58%
Psicosi acuta grave	2,9%
Neoplasie	19,59%
Malattia progressivamente invalidante	38,82%
Malattia acuta temporaneamente invalidante (broncopatia, cardiopatia, epatopatia, diabete mellito, ecc.	18,02%
Morbo di Alzheimer	1,3%
Dimissioni protette da strutture ospedaliere	1,5%
Soggetti in età pediatrica non autosufficienti con grave patologia	1,15%
Grave frattura in anziano	3,1%
altre patologie	3,02

Quadro riassuntivo degli indicatori di verifica per attività in ADI anno 2007 :

Dati di attività per livello assistenziale

	N° PAZ. Assistiti nel periodo di riferimento (1)	N° GG. di presa in carico (2)	N° GG. di effettiva assistenza (3)	N°GG. di ricovero ordinario avutesi nel periodo di presa in carico del paz.	N° accessi per tipologia di operatori			
					Medici M.G	Medici specialisti	Infermieri	Assistenti Sociali
ADI I° livello	799	23970	16779	Dato non disponibile	8760		1270	
ADI II° livello	467	47248	21015	Dato non disponibile	10321		1460	
ADI III° livello	67	4020	2880	Dato non disponibile	2608		950	
TOTALE	1333	75238	40674		21689	2259	3680	654

(1) Si tenga conto sia dei pazienti presi in carico nel periodo di riferimento, sia dei pazienti presi in carico nell'anno precedente, ma ancora assistiti o dimessi nel periodo di riferimento.

2) Periodo che intercorre tra la data del primo accesso e quella dell'ultimo accesso.

(3) Giornate nelle quali sono stati effettuati uno o più accessi da parte degli operatori, singolarmente o congiuntamente.

Indicatori di attività

Intensità assistenziale	0.54
Copertura assistenziale	0.11
Durata media della presa in carico	56,44
Durata media di effettiva assistenza	30,51
N° accessi medi per paziente	20,6

Indicatori di struttura

N° NOAD distrettuali attivati	1
N° ore di apertura giornaliera per NOAD	36
N° giorni di apertura settimanale per NOAD	5

Indicatori di accessibilità

Tempo intercorso tra la segnalazione e la valutazione	gg. 3
Tempo intercorso tra la segnalazione e la presa in carico del paziente	gg. 4

Il sistema organizzativo Aziendale, notevolmente migliorato negli ultimi anni, ha consentito di mantenere qualitativamente elevato il livello delle prestazioni e degli interventi di supporto resi al Domicilio delle persone assistite .

Nel corso del 2008 l'attività dell' Unità Operativa Distrettuale , governata dal Coordinatore medici e dal coordinatore infermieristico dell'ADI , è stata caratterizzata dalla ridefinizione organizzativa e dalla rielaborazione delle procedure (in collaborazione con il settore infermieristico VRQ) e dei documenti necessari per un miglior Percorso di Qualità.

Tuttavia, l'elevato numero di pazienti, la scarsità di mezzi a disposizione e l'esiguo numero di infermieri non hanno permesso l'ottimizzazione di un percorso qualitativo al passo con le ultime disposizioni in materia di qualità.

Punti di debolezza:soluzioni proposte.

Consolidazione degli operatori e miglioramento complessivo del funzionamento delle equipe Distrettuale, allo stato attuale, pur costituita, l'UVT non è operativa ;

Da migliorare e rafforzare l'utilizzo del servizio da parte dei Medici di Medicina Generale e dei reparti ospedalieri;

Mancato utilizzo di nuovi strumenti di gestione delle prescrizioni farmaceutiche (prontuario ADI mai istituito);

Attivazione di percorsi finalizzati all'integrazione socio-sanitaria (Progetti integrati con Enti Locali, Scuola, associazioni di volontariato);

Mancato avvio linee di intervento sul Percorso qualità, informatizzazione e programma di formazione;

Assenza delle Posizioni Organizzative nei percorsi di coordinamento, logistici e di organizzazione delle attività ADI;

Assenza, all'interno dell'organizzazione , di nuove figure professionali (OSS) e di professionisti della riabilitazione (fisioterapisti);

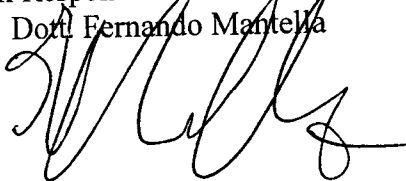
Difficoltà nell'integrazione socio – sanitaria;

Permanenza di alcune problematiche nella continuità assistenziale ospedale – territorio;

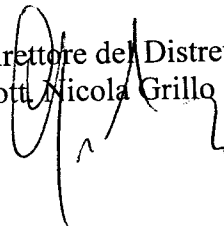
Personale infermieristico numericamente insufficienti e mezzi (auto) e strumenti inadeguati.

Crotone

Il Responsabile Medici ADI
Dott. Fernando Mantella



Il Direttore del Distretto
Dott. Nicola Grillo



REGIONE PROPONENTE
CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
OBIETTIVI DI PIANO ANNUALITA' 2007
Linea progettuale: Governo clinico
Referente Aziendale progetto: Dr. Massimo Rizzo (Responsabile Risk Management)
Direttore di Dipartimento : Dr. Domenico Tedesco
RELAZIONE
VEDERE ALLEGATO
RENDICONTAZIONE
Personale ed eventi formativi ed informativi
COSTO TOTALE: Euro 269.183,03





Prot. n. 74 del 21/03/2011

RELAZIONE FINALE ATTIVITA' RISK MANAGEMENT

ANNO 2007

UFFICIO DEL RISK MANAGER

Formalmente in questa ASP il primo avviamento di risk management operativo si rileva nella richiesta di assegnazione del 29 06 2005 da parte dell'UO di Medicina Legale al fine di dare seguito agli adempimenti di legge oltre che a ravvisare l'esigenza di colmare una dannosa lacuna in questo settore.

Sicché si è proceduto ad una serie di iniziative organizzative e programmatiche cercando di razionalizzare anche le striminzite risorse specialistiche. Già nel Luglio dello stesso anno il Direttore dell'UO, il dott. Domenico Tedesco, proponeva una strategia organizzativa ed assegnava la gestione del risk management al dott. Massimo Rizzo.

Sono state così avviate articolate attività programmatiche con ripetute proposte operative e richieste alla DG al fine di rendere attuativa la fase teorica.

Di seguito è riportata sinotticamente l'attività relativa all'anno 2008 con riferimenti all'attività degli anni precedenti.

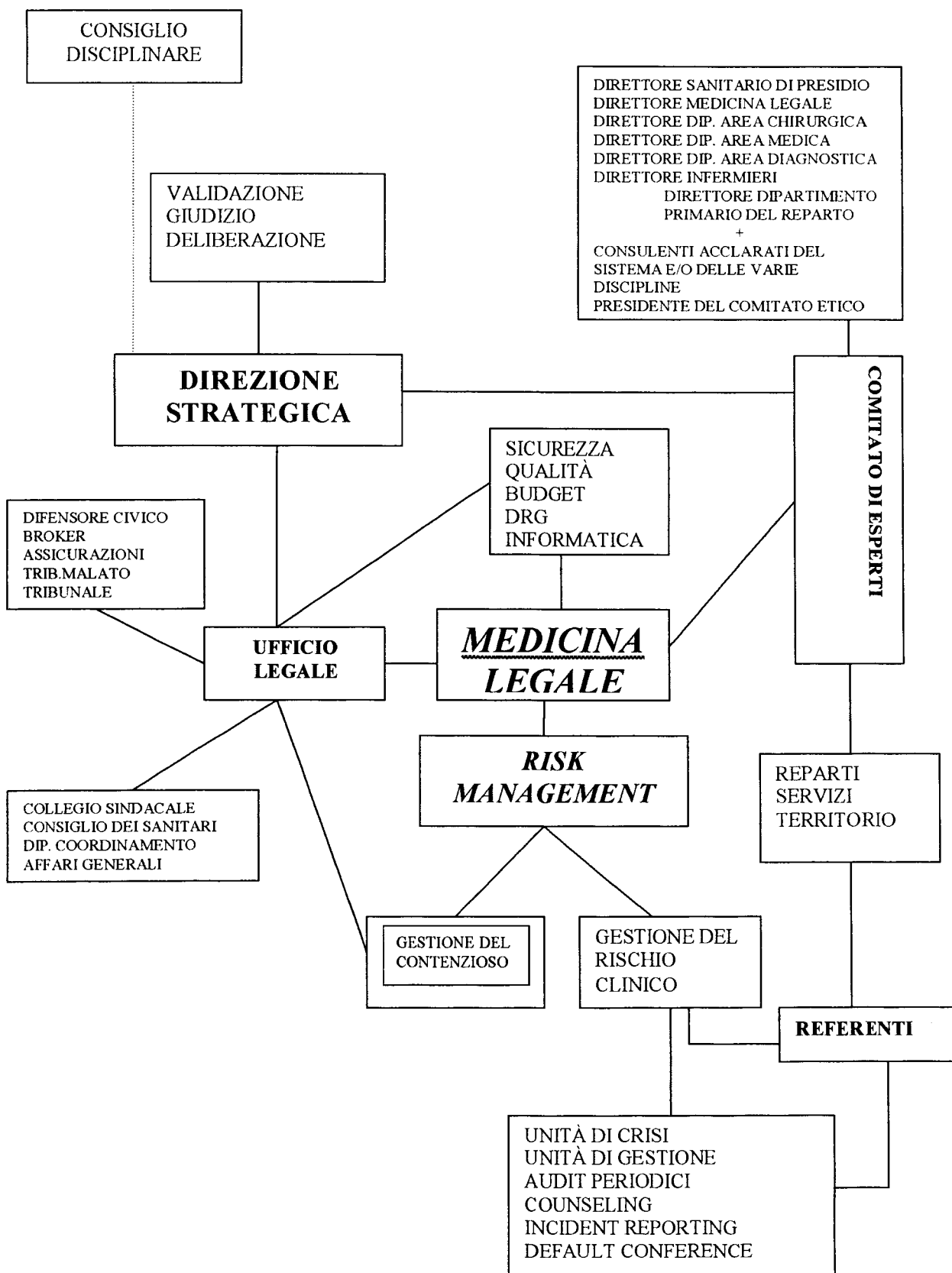
06/2005	<i>Programmazione delle attività medico-legali</i>
07/2005	<i>Relazione di promozione e sviluppo</i>
07/2005	<i>Relazione programmatica sul risk management; nota preliminare</i>
07/2005	<i>Relazione programmatica sul risk management; incarico al coordinamento</i>
07/2005	<i>Proposta delle azioni prioritarie</i>
10/2005	<i>Azioni prioritarie per il risk management; gestione del contenzioso medico legale</i>
06/2006	<i>Programma attività territoriali</i>
12/2006	<i>Attività di consulenza medico-legale ospedaliera</i>
03/2007	<i>Il D.G. Schael comunica, alla regione Calabria, il proprio Risk Manager nella persona del dr. Massimo Rizzo;</i>
07/2007	<i>Viene presentato il Piano Attività Aziendale 2007 – All. 8 – lotta all'errore e gestione del rischio clinico;</i>
10/2007	<i>Con delibera n. 39, del Commissario Straordinario, viene attivata l'Unità Aziendale di Clinical Risk Management;</i>

Nel nostro lavoro, oltre ad attenersi alle Raccomandazioni e alle direttive Ministeriali, questa UO ha svolto una pianificazione sostanziale ed ha adottato una criteriologia fondata prioritariamente sulla *contestualizzazione*.

La strategia definita si è basata sulla necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che gestisce i rischi cioè il passaggio da un sistema unicamente reattivo ad un sistema pro-attivo e preventivo.

In sintesi, nella fase operativa ci si è adoperati su due livelli di intervento: la gestione del contenzioso e la prevenzione del rischio. Benché i due livelli hanno costituito un continuum è stata opportunamente sperimentata una loro differenziazione utile sia sotto il profilo del controllo di qualità e di vigilanza, sia nell'individuazione di criticità ma soprattutto nella gestione e nel controllo del rischio. Sotto quest'ultimo profilo, proprio in considerazione dei vari fattori di contestualizzazione, è stata richiesta una maggiore attenzione e collaborazione/compliance a tutti gli operatori la cui resistenza, scaturita dalla percezione di una promiscuità istituzionale o da una generica malfidenza, si è rivelata ostativa del buon funzionamento delle procedure.

Per questo motivo è stato elaborato, tenuto conto anche dell'esperienza di altri RM calabresi, il successivo algoritmo funzionale.



In questo modo l'organizzazione del Risk Management si è evoluta in un funzionamento di tipo dinamico e multidisciplinare che ha reso necessario, tuttavia, un attento coordinamento nell'applicazione di una rigorosa metodologia che ha trovato un *pabulum* ideale nella medicina legale. Così come è emersa la necessità di una stretta collaborazione con l'Ufficio Legale le cui funzioni di consultazione sono fondamentali per una buona governance.

Inoltre, la gestione del contenzioso ci ha consentito non soltanto di fornire consulenza e supporto medico legale nei casi con implicazioni giudiziarie o esprimere pareri medico legali circa la fondatezza delle richieste di risarcimento, ma soprattutto ha costituito una ulteriore sorgente di identificazione di criticità o comunque ha consentito di stabilire le probabilità dell'evento, sulla sua frequenza e circostanza.

Infatti, per ogni caso afferente al contenzioso, è stata allestita contestualmente una scheda che ci ha aiutati a valutare quali-quantitativamente alcuni indicatori di capacità gestionale.

Fondatezza	
Criticità	
Evitabilità	
Responsabilità	
Diagnosticabilità	
Riparabilità	

Gestione Proattiva del rischio clinico

Il RM (Medico Legale) acquisisce informazioni per valutare il rischio professionale:

- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) -segnalazioni dell'utenza-
- Ufficio Legale e Ufficio Provveditorato -richieste risarcimenti-
- Direzione Sanitaria di Presidio -problemi interni-
- Revisione della qualità di redazione delle cartelle cliniche
- Revisione delle procedure di acquisizione del consenso informato
- Schede segnalazione Eventi avversi, Eventi sentinella; Near Miss
- Schede segnalazione cadute dei pazienti in ospedale

L'attività prevede la possibilità di coinvolgimento delle Commissioni previste dalla vigente legislazione, ciascuna per la propria specifica competenza istituzionale:

- 1) CIO (Commissione per le Infezioni Ospedaliere)
- 2) Comitato per il buon uso del sangue
- 3) Comitato Etico Aziendale

**Analisi critica dei modi di guasto/errore e dei loro effetti - analisi qualitativa e quantitativa
FMECA (Failure Mode Effects and Criticality Analysis)**

Gestione Reattiva del rischio clinico

Interventi di tipo LEGALE

Il RM (Medico Legale) redige, in collaborazione con il Direttore dell'U.O. in cui si è verificato l'evento avverso, specifica relazione medico legale (deve precisare i fatti, il personale coinvolto, la tipologia e cronologia delle prestazioni sanitarie erogate, ed infine dev'essere espresso parere medico legale)

Interventi di tipo GESTIONALE

Il RM espleta Audit clinici

Elaborazione di Alert Report

Il RM avvia prontamente possibili iniziative per evitare il ripetersi dell'evento, anche attraverso altri Uffici (es: Ufficio Tecnico)

Il RM (Medico Legale) convoca il Comitato Valutazione Sinistri (CVS):

- 1) Direttore dell'U.O. Medicina Legale
- 2) Responsabile dell'Ufficio Legale
- 3) Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero
- 4) Eventuale Broker assicurativo
- 5) Eventuale Rappresentante della Compagnia d'Assicurazione

Esclusa ipotesi di responsabilità

Colloquio del Responsabile dell'Ufficio Legale con l'eventuale Legale di parte, per chiudere il contenzioso e, in ipotesi di mancata accettazione, proporre il ricorso alla Camera di Conciliazione istituita presso l'Ordine dei Medici ovvero Difensore Civico

Sussiste ipotesi di responsabilità

- a) Proporre risarcimento
- b) Proporre Camera di Conciliazione istituita c/o Ordine ovvero Difensore Civico
- c) Predisporre per la vertenza giudiziaria

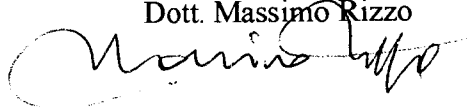
L'impegno profuso in questo settore, che qui, seppur brevemente, è stato relazionato, ha richiesto energie, competenze e risorse che sinteticamente vengono così rappresentate:

TIPOLOGIA RISORSE	QUAN TITA'	% UTILIZZAZIONE	COSTI
PERSONALE MEDICO	10	IN MISURA VARIABILE DAL 20% AL 50%	210.000,00
PERSONALE SANITARIO	5	IN MISURA VARIABILE DAL 20% AL 30%	60.000,00
PERSONALE PROF.LE	3	20%	40.000,00
PERSONALE AMM.VO	3	DAL 20% AL 50%	35.000,00
EVENTI/FORMAZIONE	15	PARTECIPAZIONE A SEMINARI, FORUM, CORSI ESTERNI, CORSI AUTOGESTITI	45.000,00
APP. INFORMATICHE/	20		19.800,00
MATERIALE DIVULGATIVO			6.000,00
TOTALE			415.800,00

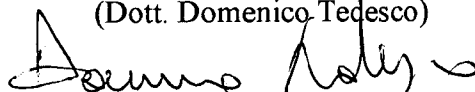
Il Responsabile del Procedimento
(Gaetano Castagnino)



Il Risk Manager
Dott. Massimo Rizzo



IL DIRETTORE U.O. di Medicina Legale
(Dott. Domenico Tedesco)



REGIONE PROPONENTE
CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
OBIETTIVI DI PIANO ANNUALITA' 2007
Linea progettuale: Liste di attesa
CUP
Referente Aziendale progetto: Dr. Gaetano Caterina
RELAZIONE
Vedere allegato
RENDICONTAZIONE
Spese per il Personale - Eventi formativi ed informativi -
COSTO TOTALE: Euro 204.467,61 di cui per Liste d'attesa Euro 101.916,09 e CUP Euro 102.551,52
Erogazione 100%



Prot. n.51/urp-cup

Crotone li 08/04/2013

Al

Direttore Generale

ASP Crotone

SEDE

Oggetto: obiettivi P.S.N. 2006/2008

- **PRIORITA' DI ACCESSO:** le richieste di prestazioni urgenti vengono garantite entro le 72 ore a prescindere dalla lista di attesa.
- **RAZIONALIZZAZIONE E OTTIMIZZAZIONE DELL'OFFERTA DELLE PRESTAZIONI:** il sistema centralizzato delle prenotazioni, e comunque in tutte le sedi dove si erogano prestazioni specialistiche, ci permette di visualizzare tutte le prestazioni erogate nel territorio competente dell'ASP e quindi di poter meglio razionalizzare e ottimizzare la richiesta.
- **GESTIONE ACCESSO CUP:** le prenotazioni per prestazioni specialistiche vengono gestite da un sistema informatizzato e da personale dedicato e appositamente formato, le sedi del Centro Unico di Prenotazioni sono le seguenti:
 - 1) Crotone Presidio Ospedaliero n 4 postazioni di front-office + 2 di back-office;
 - 2) Crotone poliambulatorio C/so Messina n. 2 postazioni di front-office;
 - 3) Mesoraca poliambulatorio n. 2 postazioni di front-office;
 - 4) Cirò Marina poliambulatorio n. 2 postazioni di front-office;
 - 5) Isola di C.R. poliambulatorio n. 2 postazioni di front-office;
 - 6) Cutro poliambulatorio n. 2 postazioni di front-office;

le postazioni di back-office sono utilizzate per le prenotazioni telefoniche e il controllo delle agende.

- **LIBERA PROFESSIONE:** Le attività di riscossione, fatturazione riguardante l'attività intramuraria di libera professione vengono espletate dall'ufficio CUP-TICKET.
- **PROMOZIONE INFORMAZIONE LISTE DI ATTESA:** le informazioni sulle agende e le liste di attesa sono state sempre pubblicate sul Sito aziendale dell'ASP.
- **REGISTRO INFORMATICO DELLE PRESTAZIONI:** L'organizzazione strutturale del CUP ci permette di raccogliere in un unico sistema di rilevazione la documentazione delle prestazioni effettuate, le prestazioni sanitarie che vengono rilevate attraverso il CUP sono tutte le prestazioni previste dal livello di assistenza specialistica ambulatoriale e cioè le visite e le prestazioni specialistiche effettuate in regime ambulatoriale, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.
- **LISTE DI ATTESA:** per le prestazioni che superano i 30 giorni per le visite o i 60 per prestazioni diagnostiche il personale di back-office richiama telefonicamente l'utente prenotato per conferma o disdetta della prenotazione, mediamente vengono effettuate 80/100 telefonate al giorno.

Spese sostenute e da sostenere per l'avvio e la continuità del sistema CUP.

- **Allestimento locali e fornitura arredi:** numeratori elettronici, personal computer completi di monitor e stampanti con arredo delle 16 postazioni 30.000 mila Euro.
- **Implementazione-attivazione:** per l'implementazione-attivazione e avvio CUP sono stati formati e sono operativi fra Territorio e Ospedale n° 17 unità di personale dipendente di cui.: un Dirigente Responsabile, 4 infermieri e 12 Amministrativi.

Cordiali saluti

Il Responsabile URP-CUP
Dr. Gaetano Saterina

REGIONE PROPONENTE
CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE
OBIETTIVI DI PIANO ANNUALITA' 2007
Linea progettuale: Piano Nazionale di Prevenzione
Direttore di Dipartimento : Dr. Domenico Tedesco
RELAZIONE
VEDERE ALLEGATO
RENDICONTAZIONE
Costo vaccini
Personale interno dedicato
Costo comunicazione
Costo Formazione
COSTO TOTALE: Euro 794.929,41
Erogazione 100%



REGIONE CALABRIA
ASP
AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI CROTONE
DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE
(DIRETTORE Dr. Domenico TEDESCO)

Prot. n. 204 | D.P.

Crotone li, 28 - 03 - 13

AL DIRETTORE GENERALE
Prof. Rocco Antonio NOSTRO
SEDE

Oggetto: Relazione attività e rendicontazione "Obiettivi di Piano 2007".

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Crotone, nell'ambito della realizzazione dei Progetti regionali della Prevenzione per l'anno 2007 ha predisposto, in ottemperanza alle linee guida della Regione Calabria per i progetti dal n. 314 al n. 319 e per quanto al Piano regionale per le vaccinazioni DGR 625/2005, attività di comunicazione con relativa diffusione di messaggi rivolti all'utenza sui corretti stili di vita.

Nell'anno 2007 sono stati avviati i Piani di formazione a cascata per il personale aziendale, così come previsto dalla Regione Calabria.

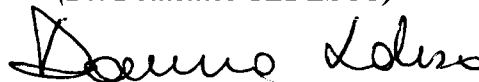
Sono stati raccolti dati statistici dai responsabili referenti dei progetti e dal personale addetto sugli incidenti stradali, incidenti domestici, infortuni sul lavoro ecc.

Sono state organizzate manifestazioni di sensibilizzazione della popolazione sui corretti stili di vita sia per gli adulti (malattie e recidive cardiovascolari) che per i bambini (obesità infantile).

In allegato si trasmettono le schede di rendicontazione delle risorse utilizzate per tutti i progetti deliberati dalla Giunta della Regione Calabria dal DGR 314 al 318, oltre ai Piani regionali vaccinali.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
AREA DI PREVENZIONE
(Dr. Domenico TEDESCO)



DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE

OBIETTIVI DI PIANO

ANNO 2007

“PIANO REGIONALE PER LE VACCINAZIONI” DGR 625/05

Costo vaccini	Personale medico impegnato	Personale infermieristico impegnato	Personale amministrativo impegnato	Totale spesa
€ 600.374,89	n. 6 Medici di I° Livello	n. 8 Infermieri	n. 1 amm. Cat. C	€ 747.679,25

“PROGETTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL SOVRAPPESO E DELL’OBESITA’ INFANTILE” DGR 314/06

Costo comunicazione specifica e formazione	Personale Medico impegnato	Personale infermieristico impegnato	Personale amministrativo impegnato	Totale spesa
€ 11.872,35	n. 2 Medici I° Livello	n. 2 Infermieri	n. 1 amm. Cat. C	€ 53.645,35

“PROGETTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE ATTIVA DELLE RECIDIVE E DEGLI EVENTI CARDIO E CEREBROVASCOLARI” DGR 315/06

Costo comunicazione specifica	Personale Medico impegnato	Personale infermieristico impegnato	Personale amministrativo impegnato	Totale spesa
€ 10.990,00	n. 1 Medico I° Livello	n. 1 Infermieri		€ 35.115,00

“PROGETTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI” DGR 316/06

Costo comunicazione specifica	Personale Medico impegnato	Personale infermieristico impegnato	Personale amministrativo impegnato	Totale spesa
€ 7.800,00	n. 1 Medico I° Livello	n. 3 Infermieri	n. 1 amm. Cat. C	€ 43.750,00

**“PROGETTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI”
DGR 317/06**

Costo comunicazione specifica	Personale Medico impegnato	Personale infermieristico impegnato	Personale amministrativo impegnato	Totale spesa
€ 9.890,00	n. 4 Medici I° Livello	n. 4 Infermieri	n. 2 amm. Cat C n. 2 amm. Cat. D	€ 98.115,00

**“PROGETTO REGIONALE DI SORVEGLIANZA DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO”
DGR 318/06**

Costo comunicazione specifica	Personale Medico impegnato	Personale Tecnico della Prevenzione impegnato	Personale amministrativo impegnato	Totale spesa
€ 8.250,00	n. 1 Medico I° Livello	n. 2 Tecnici Prevenzione	n. 1 amm. Cat. D	€ 49.980,00

**TOTALE SPESE PER LA “COMUNICAZIONE” CONCERNENTE TUTTI I PROGETTI
DAL 314/06 al 318/06 ANNO 2007**

Comunicazione progetti DGR 314, 315, 316, 317, 318	Totale spesa
	€ 17.358,97

**SPESA COMPLESSIVA OBIETTIVI DI PIANO ANNO 2007
DIPARTIMENTO AREA DI PREVENZIONE AZIENDA
SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE**

TOTALE COMPLESSIVO	€ 1.045.670,57
---------------------------	-----------------------