

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 92 del
13/02/2025

**OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI
ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027.**

Il **Commissario Straordinario** Dott. Antonio Brambilla, nominato con DCA n. 261 del 10.10.2023, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto assistito dal Direttore del Dipartimento.

STRUTTURA PROPONENTE: **U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI
GESTIONE E SISTEMI INFORMATICI**

OGGETTO: APPROVAZIONE E ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027.

Vista la dichiarazione di regolarità tecnico – procedurale e legittimità dell'atto resa dal Responsabile del Procedimento designato nonché dal Direttore della U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE si propone al Commissario Straordinario l'adozione del presente atto

Il Responsabile del Procedimento

SOLANO IVAN GIUSEPPE

Il Direttore Posizione
Organizzativa/U.O.S./U.O.C.

Visto del Direttore Dipartimento DIPARTIMENTO AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Il Direttore

BISBANO ALESSANDRO

PREMESSO CHE:

⌘ il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, conv. con mod. dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”* all’art. 6 c.1, nell’introdurre il Piano Integrato Attività e Organizzazione (P.I.A.O), prescrive che *“per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi*

ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2008, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, 190";

- ⌘ il comma 2 del medesimo articolo, nel definire gli ambiti di intervento, precisa che il Piano integrato di attività e organizzazione ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;
- ⌘ trattasi di un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di Piani che le amministrazioni erano tenute a predisporre fino a quella data; in particolare, l'articolo 1 del d.P.R. del 24 giugno 2022, n. 81, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022, recante "*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*", dispone che sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni:
 - articolo 6, commi 1, 4 e 6 (**Piano dei fabbisogni**) e articoli 60 -bis e 60 -ter (**Piano delle azioni concrete**) del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
 - articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (**Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali**, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
 - articolo 10, commi 1, lettera a), e 1 -ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (**Piano della performance**);
 - articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (**Piano di prevenzione della corruzione**);
 - articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (**Piano organizzativo del lavoro agile**);
 - articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (**Piani di azioni positive**).
- ⌘ il Regolamento approvato con d.m. del 30/06/2022, n. 132 ha definito il contenuto del Piano in parola, fornendo uno specifico piano-tipo articolato in sezioni e

sottosezioni di programmazione, con descrizione sintetica delle azioni/attività oggetto di pianificazione e tipologia di amministrazione, con riferimento numerico dei dipendenti;

DATO ATTO CHE:

- ⌘ nelle riunioni tenutesi in data 16/01/2025 e 21/01/2025 presso la direzione amministrativa aziendale è stata avviata l'istruttoria relativa alla predisposizione del P.I.A.O. 2025-2027;
- ⌘ in riferimento a quanto in premessa, le tre sezioni del P.I.A.O. 2025-2027 e le relative sottosezioni di programmazione trattano le tematiche prescritte dalla norma e vedono anche l'inserimento di specifici allegati tecnici (**ALLEGATO 1**: Sezione obiettivi digitalizzazione, firma digit. Responsabile Transizione Digitale; **ALLEGATO 2**: Piano della performance, firma digit. Direttore Dipartimento Programmazione e Controllo; **ALLEGATO 3**: Aggiornamento piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza triennio 2025- 2027, firma digit. RPCT; **ALLEGATO 4**: *Organizzazione del lavoro agile e Piano triennale dei fabbisogni del personale*, firma digit. Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane; **ALLEGATO 5**: *Scheda progetti di budget esercizio anno 2024 (aggiornato al 28/01/2024)*, firma digit. Direttore U.O.C. Controllo di Gestione);
- ⌘ in particolare il Piano della performance allegato alla *Sottosezione "Performance"* declina gli obiettivi operativi pluriennali e annuali (questi ultimi *baseline* per l'attribuzione degli obiettivi all'interno delle schede annuali);

PROPONE

per tutti i motivi espressi in premessa, che qui si intendono integralmente riportati e trascritti quale parte integrante e sostanziale del presente atto, di:

1. **APPROVARE ED ADOTTARE** il *Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 (P.I.A.O. 2024-2026)*, allegato al presente atto deliberativo quale parte integrante e sostanziale;
2. **PRECISARE CHE**, per come in narrativa riportato, il Piano medesimo ricomprende specifici allegati tecnici: **ALLEGATO 1**: Sezione obiettivi digitalizzazione, firma digit. Responsabile Transizione Digitale; **ALLEGATO 2**: Piano della performance, firma digit. Direttore Dipartimento Programmazione e Controllo; **ALLEGATO 3**: Aggiornamento piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la

trasparenza triennio 2025- 2027, firma digit. RPCT; **ALLEGATO 4**: *Organizzazione del lavoro agile e Piano triennale dei fabbisogni del personale*, firma digit. Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane; **ALLEGATO 5**: *Scheda progetti di budget esercizio anno 2024 (aggiornato al 28/01/2024)*, firma digit. Direttore U.O.C. Controllo di Gestione;

3. **DARE ATTO CHE** il presente provvedimento programmatico non comporta di per sé oneri di spesa;
4. **DI DARE MANDATO** al Responsabile Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza di pubblicare il Piano medesimo sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente;
5. **DI DARE MANDATO** alla U.O. Affari Generali di notificare il presente provvedimento ai Dipartimenti aziendali, al Distretto Sanitario (che avranno cura di trasmettere il provvedimento medesimo alle afferenti Strutture dipartimentali/distrettuali), alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, alla U.O. CUP, URP e Comunicazione istituzionale, al Collegio Sindacale e all'Organismo indipendente di valutazione;
6. **DI INSERIRE** il presente Piano sull'apposito Portale del Dipartimento Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Con il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Visto il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

Ritenuto di condividerne il contenuto.

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Direttore della struttura proponente.

Il Direttore Amministrativo

Dr.ssa Elisabetta Rosa Tripodi

Il Direttore Sanitario

Dr. Pasquale Mesiti

Il Commissario Straordinario

Dott. Antonio Brambilla

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

Documento informatico formato e prodotto ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e rispettive norme collegate

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)**

2025-2027

INDICE

PREMESSA	3
1 SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
2 SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	6
2.1 VALORE PUBBLICO	6
2.1.1 <i>Sostenibilità ambientale e risparmio energetico</i>	9
2.1.2 <i>Piena accessibilità, procedure da semplificare e reingegnerizzare</i>	9
2.2 PERFORMANCE	10
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	11
3 SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	13
3.1 Struttura organizzativa	13
3.2 Organizzazione del lavoro agile	15
3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale	15
4 SEZIONE 4: MONITORAGGIO	16
4.1.1 <i>La programmazione annuale</i>	16
4.1.2 <i>Dalla performance organizzativa alla performance individuale</i>	17
4.1.3 <i>Fasi, soggetti e tempi</i>	18
4.1.4 <i>Il processo di budgeting</i>	19

PREMESSA

Introdotta dall'articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80, conv. con mod. dalla L. 6 agosto 2021, n. 113 *"per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso"*, il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)** è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di Piani che le amministrazioni erano tenute a predisporre fino a quella data; in particolare, l'articolo 1 del d.P.R. del 24 giugno 2022, n. 81, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022, recante *"Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"*, dispone che sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del PIAO, gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni:

- articolo 6, commi 1, 4 e 6 (**Piano dei fabbisogni**) e articoli 60 *-bis* e 60 *-ter* (**Piano delle azioni concrete**) del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (**Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali**, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
- articolo 10, commi 1, lettera a), e 1 *-ter*, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (**Piano della performance**);
- articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (**Piano di prevenzione della corruzione**);
- articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (**Piano organizzativo del lavoro agile**);
- articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (**Piani di azioni positive**).

Il Regolamento approvato con d.m. del 30/06/2022, n. 132 e pubblicato nella GU n. 209 del 07/09/2022, ne definisce i **contenuti**, approvando una **"guida alla compilazione"** e lo **schema "tipo"** di PIAO. Da ultimo, la Nota circolare n. 2/2022 del Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indicazioni operative in materia sul funzionamento del Portale dedicato.

Ai sensi del sopra richiamato d.m. n. 132/2022, il PIAO è tenuto a definire la **scheda anagrafica dell'amministrazione** ed è suddiviso nelle sezioni: **valore pubblico, performance e anticorruzione, organizzazione e capitale umano e monitoraggio**, a loro volta suddivise in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali, che descrive le relative azioni programmate.

Il Piano è predisposto esclusivamente in formato digitale ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sul sito istituzionale aziendale. Ha durata triennale ed il suo contenuto viene aggiornato annualmente, entro il 31 gennaio, a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate. Tale aggiornamento tiene conto delle normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti, dei mutamenti organizzativi, dell'emersione di nuovi rischi e dei nuovi indirizzi o direttive.

Esso definisce:

- gli **obiettivi** programmatici e strategici della performance;
- la **strategia di gestione** del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati:
 - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
 - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
 - e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del **reclutamento** di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, le posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena **trasparenza** dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di **anticorruzione**;
- l'elenco delle **procedure da semplificare e reingegnerizzare** ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la **piena accessibilità** alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini;

- e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso **rilevazioni della soddisfazione dell'utenza**.

1 SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone è stata istituita nel maggio 2007 dalla Legge Regionale 11 maggio 2007 n. 9 e gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. La Sede Legale dell'Azienda è a Crotone, in via M. Nicoletta centro Direzionale "Il Granaio", P.I./C.F. 01997410798. Il sito internet istituzionale è www.asp.crotone.it. Il logo aziendale, inserito negli atti ufficiali, è quello qui di seguito raffigurato.



Il suo patrimonio è costituito dai beni mobili ed immobili di proprietà, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali. 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.

2 SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Le Linee Guida n. 1/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica relativo alla predisposizione del Piano della Performance già definivano il Valore Pubblico come «*il livello di benessere sociale, economico degli utenti e degli stakeholder*», aggiungendo che «*l'amministrazione crea Valore Pubblico quando persegue (e consegue) un miglioramento congiunto ed equilibrato degli impatti*».

Con la normativa di definizione del PIAO tale concetto viene ampliato e rafforzato.

L'ASP di Crotone definisce il proprio Valore Pubblico come l'incremento del benessere reale, in termini sanitario, sociale, economico, ambientale, culturale, del territorio di propria competenza, nonché della collettività assistita, come frutto dell'azione sinergica delle strutture interne aziendali (sanitarie e servizi di supporto), in funzione con i diversi soggetti pubblici coinvolti e che perseguono tale obiettivo, mobilitando al meglio le risorse disponibili siano esse finanziarie, tecnologiche, organizzative e sociali, che interpretando i bisogni espressi e meno

del territorio fornisce risposte adeguate al cittadino proporzionalmente al contributo che lo stesso fornisce direttamente e indirettamente.

In tale prospettiva gli **obiettivi strategici** dell'ASP di Crotone, finalizzati a garantire i Livelli Assistenziali di Assistenza – LEA, sono determinati tenendo conto degli:

- Obiettivi di semplificazione, coerenti con gli strumenti di pianificazione nazionali vigenti in materia;
- Obiettivi di digitalizzazione;
- Obiettivi e strumenti per realizzare la piena accessibilità dell'amministrazione;
- Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere.

Le **strategie per la creazione di Valore Pubblico** e i relativi **indicatori di impatto**, in coerenza con i documenti di programmazione economica e finanziaria, sono:

- **sviluppo e potenziamento della Medicina di Prossimità**, con una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari ed ospedalieri, attraverso strutture intermedie territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, l'avvio delle Centrali Operative Territoriali (COT), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, l'attivazione dell'Infermiere di Famiglia e lo sviluppo della Telemedicina;
- **Rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità** relativi alla specialistica ambulatoriale, da attuarsi attraverso una maggiore appropriatezza prescrittiva delle prestazioni, ridefinizione delle agende CUP e relativi all'attività di ricovero programmato attraverso il miglioramento e la trasparenza dei percorsi di accesso e della pre-ospedalizzazione.
- **Reingegnerizzazione dei processi**: miglioramento continuo dei percorsi condivisi tra figure sanitarie e non attraverso l'attività delle comunità di pratica e il monitoraggio continuo dei percorsi assistenziali (PDTA) secondo le linee individuate dall'atto aziendale adottato con deliberazione del Commissario straordinario n. 253 del 21.7.2016 e approvato con DCA n. 83 del 25/07/2016, a cui si rimanda.
- **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale** le cui misure sono finalizzate al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del FSE fascicolo sanitario elettronico, a migliorare la capacità erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso efficaci sistemi informativi.

A supporto di questi obiettivi in ambito sanitario notevole rilevanza rivestono le azioni previste dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** – missione 6 “Salute”, oltretutto quanto disposto dal **d.m. 23 maggio 2022, n. 77** “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

In tal senso è intendimento di questa Azienda mettere in campo azioni volte al **rafforzamento dell’integrazione ospedale e territorio**, potenziando forme alternative al ricovero attraverso lo sviluppo della Medicina di Prossimità e valorizzando la rete specialistica ambulatoriale per meglio tutelare le persone affette da malattie croniche. Rispetto agli obiettivi di medicina di prossimità. Queste forme alternative ed innovative di presa in carico del paziente permetteranno di soddisfare un bisogno sempre più crescente di salute dovuta ad una popolazione sempre più anziana con forte prevalenza di malattie croniche, rendendo fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, il ricorso alla ospedalizzazione, i tempi di attesa, ottimizzando nel contempo l’uso delle risorse disponibili.

È, inoltre, fondamentale proseguire nelle attività di monitoraggio e governo delle **liste di attesa** sia per la specialistica ambulatoriale che per l’accesso ai ricoveri in continuità puntando ad una maggiore appropriatezza prescrittiva da un lato e una maggiore efficienza interna organizzativa e produttiva.

Inoltre, ci si impegna ad attuare interventi di **umanizzazione delle cure** in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell’assistenza, percorsi che consentono con il rinnovo tecnologico sanitario in atto e le attività previste con i PNRR di completare il processo di rinnovamento preposto e volto a garantire:

- equità di accesso all’assistenza sanitaria (Valore benessere sociale ed ambientale);
- migliore qualità dell’assistenza garantendo la continuità delle cure (Valore benessere sanitario);
- migliore efficacia, efficienza, appropriatezza favorendo la presa in carico globale del paziente (Valore benessere sanitario ed economico).

2.1.1 Sostenibilità ambientale e risparmio energetico

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la nota circolare n. 2/2022, già richiamata in premessa, ha fornito indicazioni in materia di efficientamento energetico e strumenti incentivanti, evidenziando, alla luce dell'attuale crisi energetica internazionale, l'importanza del contributo che può essere apportato dalle amministrazioni pubbliche agli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico, invitandole ad inserire tali nella Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO.

L'A.S.P. di Crotone, in base a quanto riportato nella circolare di cui trattasi, ha stabilito di far proprie le possibili azioni attuabili con l'intento di perseguire nel prossimo triennio la produzione di economie derivanti dalla razionalizzazione della spesa energetica:

- ✓ **Azione 1: attivazione in esercizio dell'impianto di cogenerazione** installato presso l'Ospedale "San Giovanni di Dio" di Crotone;
- ✓ **Azione 2:** realizzazione di interventi strutturali di **riqualificazione energetica degli impianti** finalizzati al miglioramento del processo di trasformazione e di utilizzo dell'energia;
- ✓ **Azione 3: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici"**, il dipendente sarà chiamato a partecipare attivamente ai programmi di riduzione e contenimento dei consumi energetici, impegnandosi nel quotidiano ad adottare comportamenti virtuosi.

2.1.2 Piena accessibilità, procedure da semplificare e reingegnerizzare

La presente sottosezione è redatta dal Responsabile della Transizione digitale dell'ASP di Crotone con lo scopo di illustrare i progetti di investimento finanziati dal PNRR per la digitalizzazione dei servizi sanitari, le aree di intervento prioritarie e gli obiettivi specifici e misurabili.



ALLEGATO 1: Sezione obiettivi digitalizzazione, firma digit. Responsabile Transizione Digitale.

2.2 PERFORMANCE

Il ciclo di gestione della *performance*, specifica le modalità con le quali le amministrazioni devono valutare la *performance* organizzativa ed individuale e si articola nelle fasi di cui all'art. 4, comma 2 del d.lgs. 27 agosto 2009, n. 150 e ss.mm.ii.:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori (tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10);
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi di controllo interni ed esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Ai fini degli adempimenti di cui alla precedente lettera d) le amministrazioni pubbliche devono adottare:

- il "*Sistema di misurazione e valutazione della performance*", da aggiornare annualmente, dove sono previste anche le procedure di conciliazione e le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio;
- il "*Piano della performance*", entro il 31 gennaio di ogni anno, cioè il documento programmatico triennale, che individua gli obiettivi strategici ed operativi, finali ed intermedi, assegnati anche al personale dirigenziale, coi relativi indicatori; come detto il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, ha disposto che tale piano venga assorbito nell'apposita sezione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO);
- la "*Relazione sulla performance*", entro il 30 giugno di ogni anno, che evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti, con gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi (art. 10, comma 1°, lett. b).

La presente sottosezione è predisposta dal Direttore del Dipartimento Programmazione e Controllo sulla base degli obiettivi strategici di cui al Programma Operativo per il periodo 2022-2025 approvato con DCA n. 162 del 18/11/2022, ai quali sono da aggiungere gli obiettivi di mandato assegnati al Commissario Straordinario con DCA n. 46 del 15/02/2024.

 **ALLEGATO 2**: Piano della performance, firma digit. Direttore Dipartimento Programmazione e Controllo.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) ha fornito indicazioni utili alla corretta elaborazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO definendo le seguenti **priorità** da realizzare nell'ambito della programmazione e del monitoraggio:

- la caratterizzazione del **Valore pubblico** sottende che la prevenzione della corruzione e la trasparenza costituiscono dimensioni della creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'Azienda, attraverso la gestione delle risorse umane e finanziarie.
- il miglioramento della correlazione tra **obiettivi strategici** aziendali, **mappatura dei rischi** e **programmazione delle risorse umane** da raggiungere attraverso l'integrazione degli indicatori di performance con le misure di prevenzione della corruzione, facendo confluire le misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza negli obiettivi di performance.

 **ALLEGATO 3**: Aggiornamento piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza triennio 2025- 2027, firma digit. RPCT.

La sottosezione denominata "RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA", **ALLEGATO 3** al presente documento, è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) sulla base degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge n. 190 del 2012 e costituisce lo strumento utile nell'azione di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.

La sezione è composta da n.ro 80 (ottanta pagine) ed è così articolata:

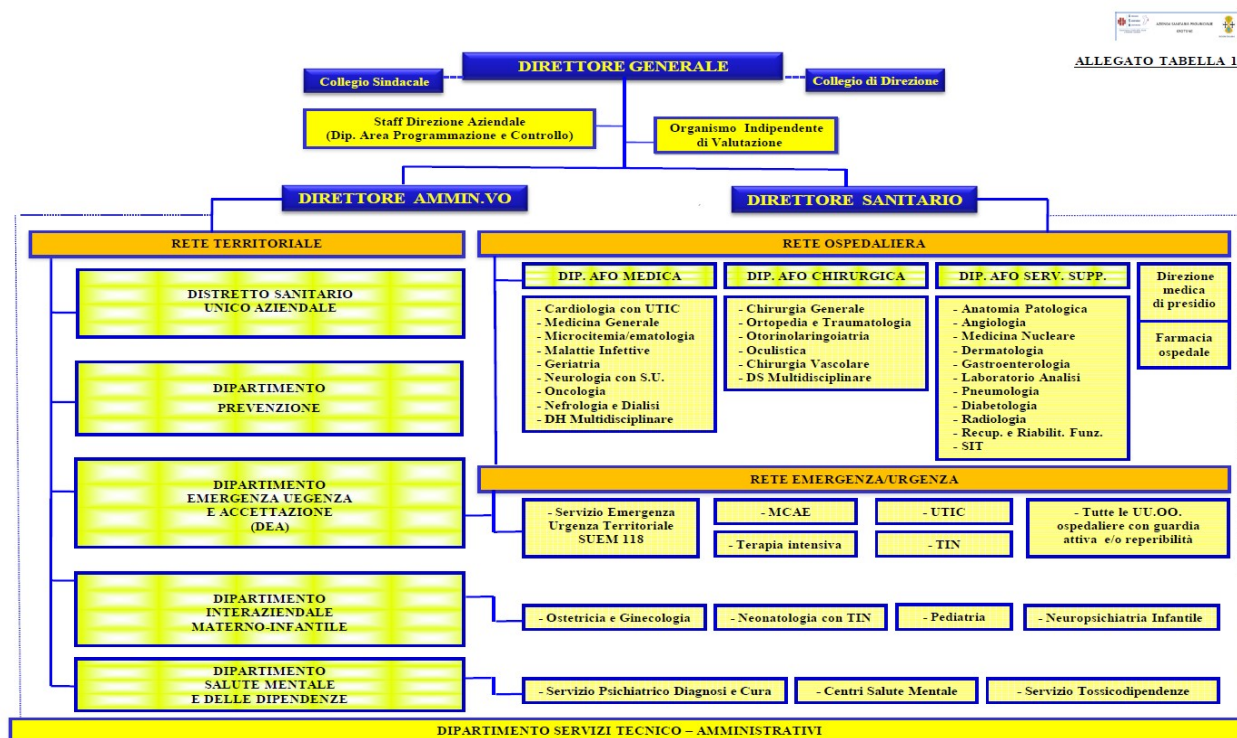
1. Premessa;
2. attori – funzioni e responsabilità;
3. obiettivi e finalità;
4. analisi del contesto esterno;
5. analisi del contesto interno;
6. la missione istituzionale;
7. la struttura organizzativa;

8. personale dipendente e convenzionato;
9. la partecipazione dei cittadini e le relazioni con la società civile;
10. rapporti convenzionali;
11. ricerca ed innovazione;
12. la rilevanza delle persone che lavorano nell'azienda;
13. nuovi investimenti previsti per il settore sanità dal piano nazionale di riprese e resilienza;
14. esiti dei monitoraggi attività svolte nel corso dell'anno 2024;
15. relazione del RPTC;
16. individuazione dei rischi e delle misure di prevenzione generali e specifiche;
17. concetto di rischio in ambito sanitario e relazioni con il rischio corruzione;
18. analisi del rischio;
19. ponderazione del rischio;
20. misure generali di prevenzione;
21. monitoraggio e riesame;
22. rischi inerenti le attività correlate ai contratti pubblici;
23. gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
24. rischi riguardanti le attività connesse alla vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni;
25. incarichi e nomine;
26. codici di comportamento;
27. rotazione del personale;
28. cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
29. formazione di commissioni e assegnazione agli uffici;
30. tutela del whistleblower;
31. patti di integrità;
32. attività conseguenti al decesso;
33. gestione alpi e liste di attesa;
34. affari legali e contenzioso;
35. cronoprogramma;
36. sezione trasparenza.

3 SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

La struttura organizzativa è quella di cui all'atto aziendale adottato con delibera del commissario straordinario n.ro 253 del 21/07/2016 e approvato dal Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro con DCA n. 83 del 25/07/2016 riferita sia alla struttura organizzativa centrale, che alle sedi periferiche dislocate sul territorio. Per eventuali approfondimenti si rimanda alla TABELLA 1 "Strutturazione organizzativa generale ASP di Crotone", alla TABELLA 2 "Dipartimenti e strutture complesse e semplici" e alla TABELLA 3 "Riepilogo generale strutture organizzative atto aziendale", tutte allegate al vigente atto aziendale sopra richiamato.



Nella tabella che segue è riportata la distribuzione delle unità di personale dipendente per macro-classi di profili professionali ed aree contrattuali.

PROFILI PROFESSIONALI	al 31.12.2019 numero	al 31.12.2020 numero	al 31.12.2021 numero	al 31.12.2022 numero	al 31.12.2024 numero
Medici	282	300	302	299	283
Veterinari	13	12	12	11	10
Farmacisti	12	11	14	14	15
Biologi	8	9	8	8	8
Chimici	0	0	0	0	0
Fisici	0	0	0	0	0
Psicologi	19	9	11	11	14
Dirigente professioni sanitarie	0	0	1	3	3
Totale Dirigenza Sanitaria	334	341	348	346	333
Ingegneri	2	2	2	3	3
Architetti	1	1	1	1	1
Sociologi	1	-	-	-	-
Avvocati	3	3	3	3	3
Dirigenti Amministrativi	7	5	4	4	7
Totale Dirigenza PTA	14	11	10	11	14
Totale dirigenza	348	352	358	357	347
Personale Infermieristico	523	600	587	594	605
Personale tecnico sanitario	92	76	60	64	87
Personale di vigilanza e ispezione	27	29	24	23	20
Personale riabilitazione	39	36	33	33	45
Operatore socio-sanitario	136	162	165	165	191
Totale comparto ruolo sanitario	817	903	869	879	948
Assistente religioso	1	1	1	3	4
Totale comparto ruolo professionale	1	1	1	3	4
Assistenti sociali	14	12	11	11	8
Personale tecnico	155	150	151	152	163
Ausiliario specializzato	19	18	16	16	11
Totale comparto ruolo tecnico	188	180	178	179	182
Totale comparto ruolo amministrativo	196	202	189	190	137
Totale comparto	1.202	1286	1237	1251	1271
TOTALE COMPLESSIVO	1.550	1638	1595	1608	1618

Oltre al personale dipendente indicato nella tabella che precede, in azienda operano le seguenti unità mediche di personale convenzionato:

- **119** Medici di medicina generale;
- **18** Pediatri di libera scelta;
- **58** Medici specialisti ambulatoriali interni;
- **45** Medici di continuità assistenziale;
- **1** Medicina dei servizi;
- **21** Veterinari convenzionati.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

➡ **ALLEGATO 4:** *Organizzazione del lavoro agile*, firma digit. Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale

➡ **ALLEGATO 4:** *Piano triennale dei fabbisogni del personale*, firma digit. Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane.

4 SEZIONE 4: MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato da OIV/Nucleo di valutazione.

4.1.1 La programmazione annuale

Alla luce di quanto sopra, annualmente, l'Azienda definisce, misura e valuta la performance di unità organizzative e la performance individuali dei singoli dipendenti, così sviluppando il ciclo di gestione della performance previsto dalla norma.

L'ASP di Crotone, sulla base della pianificazione strategica e informando la propria gestione ai principi della programmazione e del controllo, individua nel **sistema budgetario** lo strumento fondamentale per la condivisione degli obiettivi e delle risorse necessarie per raggiungerli, con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli organizzativi.

Con la **traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi programmatici** per il primo anno di riferimento del Piano, attraverso il percorso di budget, l'amministrazione individua, partendo dagli obiettivi triennali, i risultati attesi per l'esercizio in corso a tutti i livelli dell'organizzazione. Pertanto, è nel processo di budgeting che si sostanzia la **negoiazione degli obiettivi** organizzativi annuali delle articolazioni aziendali e centri di responsabilità.

Il **sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa** si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali per il raggiungimento delle finalità assistenziali definite dai documenti di programmazione. Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, la quale ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.

Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati.

Il Direttore Generale (o il Commissario Straordinario) coadiuvato dalla direzione sanitaria e amministrativa e dagli uffici di staff, sulla base delle indicazioni programmatiche regionali, definisce le linee di equilibrio tra risorse e risultati relative ai livelli di produzione dei servizi, alle politiche della qualità, alle politiche delle risorse umane, alle linee di innovazione e ai livelli di investimento. Partendo da tali indicazioni e con la formulazione di obiettivi qualitativi e

quantitativi, il Direttore Generale attribuisce gli **obiettivi di budget ad ogni dipartimento** attivando specifici percorsi di negoziazione.

Ogni Direttore di Dipartimento incontra i Direttori di struttura complessa e i responsabili di struttura operativa semplice dipartimentale, al fine di presentare gli obiettivi specifici assegnati alle strutture afferenti e raccoglie eventuali proposte/modifiche degli obiettivi.

Per **monitorare** periodicamente le attività, supportare il processo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza aziendale e dei dipartimenti e al fine di accertare che le componenti gestionali siano in linea con i programmi definiti, l'Azienda si avvale del controllo di gestione. Il controllo di gestione supporta sia la Direzione aziendale che i Direttori di Dipartimento in tutte le fasi di programmazione, gestione e verifica della performance.

4.1.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale

L'azienda - in coerenza con il proprio sistema di misurazione e valutazione della performance - individua, per ciascun dipendente il contributo fornito al raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, sia per il personale dirigente che per il personale del comparto.

La ricaduta degli obiettivi strategici e di performance organizzativa, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica di supporto che entrano a far parte della performance individuale.

Pertanto, annualmente, una volta definiti gli obiettivi della performance organizzativa, parte degli obiettivi individuali vengono collegati ad essa in relazione alla possibilità che ha il valutato di intervenire direttamente.

Ciò fermo restando che la performance individuale è connessa per una quota al raggiungimento degli **obiettivi di performance organizzativa ("risultati")** e per una quota all'area dei "comportamenti" come definito da questa azienda nel proprio sistema di misurazione e valutazione della performance.

4.1.3 Fasi, soggetti e tempi

La tabella che segue illustra le tappe fondamentali di redazione e valutazione della sezione performance del PIAO per gli anni n_1 , n_2 , n_3 , anche in correlazione con gli strumenti attinenti la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Tempi	Fasi	Soggetti coinvolti
Dicembre anno n_1-1	Analisi del contesto di riferimento esterno ed interno utile alla definizione degli obiettivi strategici per il triennio successivo.	Direzione aziendale, Dip. Programmazione e Controllo, U.O. Controllo di Gestione.
Gennaio anno n_1	Deliberazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione del triennio n_1 , n_2 , n_3 .	Direzione aziendale, Dip. Programmazione e Controllo, U.O. Controllo di Gestione, RPCT, U.O. Gestione Risorse Umane.
I° trim. anno n_1	Definizione del budget aziendale, annuale e per C.d.R., per il primo anno di riferimento di vigenza del Piano, andando alla definizione dei sub-obiettivi operativi che discendono da quelli strategici.	Direzione aziendale, Dip. Programmazione e Controllo, U.O. Controllo di Gestione, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti.
Ogni 3 mesi	Monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi operativi annuali della Azienda in tutte le sue articolazioni di responsabilità.	Direzione aziendale, Dip. Programmazione e Controllo, U.O. Controllo di Gestione, Dipartimenti, Centri di responsabilità tutti.

Il ciclo della performance si chiude con la predisposizione della relazione della *performance* (entro il 30 giugno dell'anno n_1), che contiene le risultanze di quanto realizzato nell'anno del piano Integrato di Attività ed Organizzazione.

Entro il 30 aprile n_1 , viene adottato il bilancio di esercizio dell'anno n_1-1 che pure, nella relazione del Direttore Generale di accompagnamento, rende conto della performance economica e gestionale, nonché dei risultati in termini di assistenza raggiunti nell'anno di riferimento del piano.

Tempi	Fasi	Soggetti coinvolti
30 aprile anno n_1	Adozione del bilancio di esercizio n_1-1	Direzione aziendale, Dip. Programmazione e Controllo, U.O. Controllo di Gestione;
30 giugno anno n_1	Relazione sulla performance relativa all'esercizio n_1-1	Direzione aziendale, Dip. Programmazione e Controllo, U.O. Controllo di Gestione;

4.1.4 Il processo di budgeting

Il processo di *budgeting* corrisponde alla sequenza di attività che conducono alla realizzazione del budget e prevede lo svolgimento delle seguenti fasi:

1. esplicitazione delle linee strategiche aziendali di riferimento da parte della direzione generale;
2. definizione e consegna delle schede di budget ai diversi centri di responsabilità da parte del controllo di gestione;
3. formulazione delle proposte di budget da parte dei responsabili di struttura;
4. verifica della coerenza tra le proposte avanzate e le linee strategiche aziendali da parte della direzione aziendale;
5. negoziazione delle proposte tra la direzione generale e i centri di responsabilità;
6. definizione coerente dei budget di struttura con il più generale budget aziendale negoziato tra il direttore generale e il livello di governo regionale;
7. realizzazione di un sistema di reporting e di valutazione della performance.

Definiti gli obiettivi generali del budget aziendale, la **direzione generale** promuove il processo di budgeting per arricchire il patrimonio delle informazioni a disposizione dell'azienda sanitaria e per valutarle criticamente.

Il **controllo di gestione** aziendale si assume il compito di permettere che il processo di budgeting si svolga nel modo più vantaggioso per l'azienda sanitaria nel suo insieme.

In particolare agevola i vari centri di responsabilità nella stesura del budget, vaglia la coerenza delle proposte degli stessi centri da un punto di vista aziendale complessivo e gestisce il sistema di reporting, individuando gli indicatori più idonei per realizzare una valutazione d'insieme della performance economica aziendale.

Per la migliore stesura del budget vengono messe a disposizione dei vari centri di responsabilità una serie d'informazioni di base:

- una serie storica dei dati economici delle diverse strutture organizzative;
- il piano dei centri di costo e di responsabilità;
- la procedura del processo di budgeting.

Il controllo di gestione aggrega tutte le schede budget compilate dai diversi centri di responsabilità e, in accordo con la direzione generale, procede a una prima generale verifica di congruenza tra quanto l'azienda può fare realmente e le richieste pervenute.

Con la stessa impostazione predispone una scheda finale di ritorno destinata ai responsabili di struttura organizzativa per formalizzare le scelte effettuate.

L'**U.O. Gestione Risorse Umane** è di supporto al controllo di gestione nello svolgimento del processo di budgeting, fornendo informazioni in merito al costo del personale, inteso sia come costo standard che come costo storico effettivo.

L'**U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica** fornisce informazioni relativamente ai costi dei materiali di consumo sanitari, ai costi dei farmaci di maggiore utilizzo e, soprattutto, alle tendenze future in tema di acquisti e contratti, al fine d'individuare le modalità di approvvigionamento realmente più vantaggiose in funzione della durata del contratto e delle modalità di fornitura.

Il **servizio flussi informativi** supporta il processo di budgeting con i dati di attività storici derivanti dalla rendicontazione delle schede di dimissione ospedaliera e delle prestazioni ambulatoriali.

I **Direttori responsabili di struttura organizzativa** (presidio ospedaliero; dipartimento; distretto, struttura complessa; struttura semplice dipartimentale) propongono eventuali nuove soluzioni organizzativo-gestionali, giustificando le richieste in termini di costi e di ricavi.

In tal senso il direttore di struttura complessa sviluppa il tema del budget conscio dei macro-obiettivi dell'azienda sanitaria, collocati a un livello gerarchico superiore.

Deve sapere se l'azienda è impegnata più su un versante d'incremento delle attività o su quello di contenimento dei costi o su entrambi contemporaneamente.

Deve essere a conoscenza di eventuali strategie legate all'apertura di nuove linee di attività in grado d'impattare su tutta l'attività aziendale. Allo stesso modo deve essere informato sulla prossima chiusura di attività ormai non più richieste dal paziente/ cliente o sulle quali esiste un eccesso di offerta.

Gestione del transitorio

Così come evidenziato nel precedente § 2.2.3 "Fasi, soggetti e tempi", entro il **31 marzo del 2025** occorre definire il budget aziendale, annuale e per Centri di Responsabilità, per il primo anno di riferimento di vigenza del presente Piano, andando alla definizione dei sub-obiettivi operativi che discendono da quelli strategici.

Nelle more che vengano completati i processi di budgeting relativi ai singoli Centri di Responsabilità (C.d.R), gli stessi vengono autorizzati all'utilizzo dei "**progetti di budget 2024**", estratti dal SEC-SISR, riportati all'elenco di cui all'**ALLEGATO 5** al presente Piano, limitatamente al 1° trimestre 2025, per un importo pari a ¼ (un quarto).

L'U.O. Gestione, Risorse, Economiche e Finanziarie provvederà, pertanto, a creare a sistema, **anche per l'anno 2025**, i progetti di budget di cui sopra entro i limiti anzidetti.

 **ALLEGATO 5**: Scheda progetti di budget esercizio anno 2024 (aggiornato al 28/01/2024), firma digit. Direttore U.O.C. Controllo di Gestione.

Sezione: Obiettivi di digitalizzazione

Introduzione

La digitalizzazione del settore sanitario rappresenta una sfida cruciale per migliorare l'efficienza, la qualità e l'accessibilità dei servizi offerti ai cittadini. L'ASP di Crotone, in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Piano Triennale per la Sanità Digitale della Regione Calabria, si impegna a perseguire un percorso di innovazione digitale che consenta di:

- Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria: attraverso l'adozione di strumenti digitali che supportino i processi clinici, diagnostici e terapeutici.
- Potenziare l'assistenza territoriale: implementando soluzioni di telemedicina e telemonitoraggio per garantire la continuità assistenziale e ridurre gli accessi impropri in ospedale.
- Migliorare l'accessibilità ai servizi: semplificando le procedure amministrative e rendendo i servizi sanitari più accessibili ai cittadini, anche a distanza.
- Aumentare l'efficienza e la sicurezza: ottimizzando i processi, riducendo gli sprechi e garantendo la sicurezza dei dati sanitari.

Per raggiungere questi obiettivi, l'ASP di Crotone ha avviato diversi progetti di investimento finanziati dal PNRR, che si integrano con le iniziative già in corso a livello aziendale.

Progetti PNRR

L'ASP di Crotone ha avviato diversi progetti di investimento finanziati dal PNRR per la digitalizzazione dei servizi sanitari. Di seguito, una breve descrizione di ciascun progetto:

- **Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0:** il progetto mira a potenziare l'utilizzo del FSE, rendendolo uno strumento chiave per la condivisione delle informazioni sanitarie e il coinvolgimento attivo dei cittadini. Gli obiettivi specifici includono l'aumento del numero di cittadini con FSE attivo, l'ampliamento delle funzionalità del FSE (es. prenotazione di visite ed esami, pagamento del ticket, consultazione dei referti online) e la promozione dell'utilizzo del FSE da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti.
- **Digitalizzazione del DEA di primo livello "San Giovanni di Dio":** il progetto prevede l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale del DEA, con l'obiettivo di ottimizzare i processi di accettazione, triage e gestione dei pazienti. Gli interventi previsti includono l'implementazione di un sistema di triage digitale, l'introduzione di cartelle cliniche elettroniche, l'attivazione di sistemi di monitoraggio dei pazienti e il miglioramento della comunicazione tra gli operatori sanitari.
- **Implementazione del modello di Transitional Care:** il progetto si propone di implementare il modello di Transitional Care, che prevede la presa in carico integrata dei pazienti fragili e cronici durante le transizioni tra i diversi setting assistenziali (ospedale, territorio, domicilio). La Centrale Operativa Territoriale (COT) avrà un ruolo centrale nel coordinamento del percorso di cura, grazie all'utilizzo di una piattaforma tecnologica che consente la condivisione delle informazioni e la comunicazione tra i diversi professionisti sanitari.
- **Realizzazione di una piattaforma tecnologica di Telemonitoraggio:** il progetto prevede la realizzazione di una piattaforma per il telemonitoraggio dei pazienti cronici e fragili a domicilio. La piattaforma consentirà di raccogliere, analizzare e visualizzare i dati inviati dai dispositivi di telemonitoraggio (es. pressione arteriosa, saturazione ossigeno, glicemia), permettendo un monitoraggio costante delle condizioni di salute dei pazienti e un intervento tempestivo in caso di necessità.

Aree di intervento prioritarie

Oltre ai progetti PNRR, l'ASP di Crotone si impegna a rafforzare le seguenti aree di intervento prioritarie per la digitalizzazione dei servizi sanitari:

- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):** il FSE rappresenta lo strumento chiave per la condivisione delle informazioni sanitarie tra i diversi attori del sistema (medici, specialisti, farmacisti, strutture sanitarie) e per il coinvolgimento attivo dei cittadini nella gestione della propria salute. L'ASP di Crotone si impegna a promuovere la diffusione del FSE, a garantirne l'aggiornamento costante e a implementarne nuove funzionalità che semplifichino l'accesso ai servizi sanitari (es. prenotazione online, pagamento del ticket, teleconsulto).
- **Telemedicina:** la telemedicina offre nuove opportunità per garantire l'accesso alle cure anche a distanza, in particolare per i pazienti residenti in zone disagiate o con difficoltà di spostamento. L'ASP di Crotone intende sviluppare servizi di telemedicina come la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza, in modo da migliorare l'accessibilità alle cure, ridurre i tempi di attesa e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.
- **Cybersecurity:** la sicurezza dei dati sanitari è un aspetto fondamentale per garantire la privacy dei cittadini e la continuità dei servizi. L'ASP di Crotone si impegna a rafforzare le misure di cybersecurity, implementando sistemi di protezione dei dati, di gestione degli accessi e di prevenzione degli attacchi informatici.
- **Interoperabilità dei sistemi:** l'interoperabilità dei sistemi informativi sanitari è essenziale per garantire la condivisione delle informazioni tra i diversi attori del sistema e per migliorare la continuità assistenziale. L'ASP di Crotone si impegna a promuovere l'interoperabilità dei sistemi, adottando standard e soluzioni tecnologiche che consentano lo scambio di dati in modo sicuro ed efficiente.

Obiettivi specifici e misurabili

L'ASP di Crotone si pone i seguenti obiettivi specifici e misurabili in materia di digitalizzazione:

- **Aumentare del 20% il numero di cittadini con FSE attivo entro il 2025.** Questo obiettivo sarà monitorato attraverso l'indicatore "Numero di cittadini con FSE attivo" e sarà perseguito attraverso azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini e ai medici di medicina generale.
- **Ridurre del 10% i tempi di attesa al DEA entro il 2026.** Questo obiettivo sarà monitorato attraverso l'indicatore "Tempo medio di attesa al DEA" e sarà perseguito attraverso l'implementazione di un sistema di triage digitale e l'ottimizzazione dei processi di accettazione e gestione dei pazienti.
- **Aumentare del 15% il numero di prestazioni erogate in telemedicina entro il 2025.** Questo obiettivo sarà monitorato attraverso l'indicatore "Numero di prestazioni erogate in telemedicina" e sarà perseguito attraverso lo sviluppo di servizi di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.
- **Garantire la sicurezza dei dati sanitari e la conformità alla normativa vigente.** Questo obiettivo sarà monitorato attraverso l'indicatore "Numero di violazioni dei dati sanitari" e sarà perseguito attraverso l'implementazione di misure di cybersecurity e la formazione del personale.
- **Migliorare l'interoperabilità dei sistemi informativi sanitari.** Questo obiettivo sarà monitorato attraverso l'indicatore "Percentuale di sistemi interoperabili" e sarà perseguito attraverso l'adozione di standard e soluzioni tecnologiche che consentano lo scambio di dati in modo sicuro ed efficiente.

Per raggiungere questi obiettivi, l'ASP di Crotone si impegna a:

- **Stanziare risorse adeguate:** sia in termini di investimenti tecnologici che di formazione del personale.
- **Monitorare costantemente i progressi:** attraverso l'analisi degli indicatori di performance e la valutazione periodica dei risultati.
- **Adattare la strategia di digitalizzazione:** in base alle esigenze che emergono e alle nuove tecnologie disponibili.

La digitalizzazione rappresenta una sfida cruciale per l'ASP di Crotone, che si impegna a percorrere un percorso di innovazione tecnologica per migliorare la qualità, l'efficienza e l'accessibilità dei servizi sanitari offerti ai cittadini.



PIANO DELLA PERFORMANCE 2023-2025

DOCUMENTO DIRETTIVE OBIETTIVI ANNO 2025

**UOC Programmazione Sanitaria e Pianificazione Strategica
UOC Epidemiologia Valutativa, Statistica e Fl. Informativi San.ri**

INDICE

1. Introduzione	Pag. 5
2. Presentazione dell'Azienda e quadro di riferimento.....	Pag. 6
2.1 Missione e funzioni.....	Pag. 6
2.2 Chi siamo - Cosa facciamo - Come operiamo	Pag. 7
2.3 Il territorio e la popolazione	Pag. 9
2.4 Ulteriori dati informativi su popolazione e strutture dell'ASP	Pag. 18
3. L'organizzazione dell'Azienda.....	Pag. 19
4. Il personale dipendente e convenzionato	Pag. 21
5. Attività e prestazioni	Pag. 23
5.1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Pag. 23
5.2 Assistenza distrettuale.....	Pag. 45
5.3 Attività Dipartimento Salute Mentale.....	Pag. 51
5.3.1 Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).....	Pag. 51
5.3.2 Centro Salute Mentale di Crotone, Cirò Marina e Mesoraca.....	Pag. 51
5.4 Assistenza ospedaliera.....	Pag. 54
6. Nuovo Sistema di Garanzia (NGS).....	Pag. 69
7. Quadro di raccordo con gli obiettivi aree organizzative.....	Pag. 78
8. Obiettivi strategici istituzionali, obiettivi strategici aziendali e obiettivi operativi di struttura.....	Pag. 81
Allegato A) Dipartimenti e macrostrutture aziendali destinatarie di obiettivi anno 2024.....	Pag. 83
Allegato B) Indirizzi e obiettivi prioritari e strategici aziendali anno 2024.....	Pag. 86
Allegato C) Obiettivi operativi specifici per dipartimenti/macrostrutture	Pag. 93
• Allegato C1 Dipartimento di Prevenzione	Pag. 94

• Allegato C2 Distretto Sanitario Unico Aziendale	Pag. 108
• Allegato C2.1 Dipartimento di Salute Mentale e SerD	Pag. 119
• Allegato C3 Dipartimenti ospedalieri	Pag. 125
○ C3.1 Dipartimento ospedaliero AFO medica	Pag. 126
○ C3.2 Dipartimento AFO chirurgica	Pag. 140
○ C3.3 Dipartimento AFO servizi diagnostici e di supporto	Pag. 145
○ C3.4 Dipartimento Materno-Infantile	Pag. 157
○ C3.5 Dipartimento emergenza-urgenza e accettazione	Pag. 162
○ C3.6 Aree delle funzioni: Direzione Medica di presidio	Pag. 166
○ C3.7 Aree delle funzioni: Farmacia ospedaliera	Pag. 166
• Allegato C4 Dipartimento Servizi Tecnico-Amministrativi	Pag. 168
• Allegato C5 Dipartimento Programmazione e Controllo e Funzioni di Staff	Pag. 175

PIANO DELLA PERFORMANCE 2023-2025 – INDIRIZZI, OBIETTIVI ANNO 2025

1. INTRODUZIONE

Il Piano della Performance costituisce lo strumento programmatico con cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone rappresenta agli stakeholders interni ed esterni ad essa gli obiettivi, gli indicatori, i target che intende raggiungere nel periodo di riferimento; su tali elementi si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Secondo quanto previsto dal quadro normativo di riferimento nel documento vengono richiamati:

1. gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
2. gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
3. gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Tali elementi, che tengono conto dei risultati raggiunti negli anni precedenti e dei quanto indicato dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, si configura come strumento che, all'interno del ciclo della performance, può contribuire

- a) supportare i processi decisionali, favorendo la coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti e indiretti,
- b) migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'Amministrazione, guidando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli
- c) comunicare all'esterno ed ai propri portatori di interesse priorità e risultati attesi.

2. PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA E QUADRO DI RIFERIMENTO

2.1 MISSIONE E FUNZIONI

Missione e funzioni dell'ASP di Crotone sono definiti nell'Atto Aziendale adottato con deliberazione del Commissario Regionale n. 253 del 21.7.2016, approvato con DCA n. 83 del 25.7.2016, a cui si rimanda.

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'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda svolge la funzione di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti con essa accreditati.

L'ASP di Crotone adotta criteri e tecniche di gestione orientati a garantire l'assunzione delle responsabilità dei dirigenti e dei dipendenti/collaboratori, non solo su basi puramente funzionali, bensì secondo logiche di gestione per processi.

L'Azienda eroga le proprie prestazioni e servizi secondo modalità che promuovono la salute e il miglioramento della qualità ed assicurano la partecipazione della cittadinanza. Allo scopo di garantire il miglioramento continuo del servizio, soprattutto orientato all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici, la Direzione Strategica Aziendale, sulla base delle indicazioni derivanti dai dati del sistema informativo aziendale, regionale e nazionale, attua progetti di miglioramento che possono riguardare aspetti di carattere gestionale, organizzativo, clinico o tecnico.

L'Azienda ricerca sinergie con la rete degli altri soggetti pubblici, Enti locali, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di categoria, finalizzate all'attivazione di progettualità idonee a migliorare la qualità dei servizi sul proprio territorio, la continuità dell'assistenza, la presa in carico degli utenti, per orientarli e coinvolgerli nelle scelte del proprio percorso di cura, sostenendone la libertà di scelta.

L'Azienda promuove e ricerca gli strumenti necessari per creare sinergie a livello territoriale con le istituzioni e con il mondo dell'imprenditoria locale.

E' inoltre posta attenzione a modalità e strumenti di comunicazione che garantiscono la massima trasparenza delle informazioni. Anche la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali.

L'Azienda garantisce, nel rispetto della normativa vigente, le tutele e la valorizzazione per le persone che lavorano in Azienda, la semplificazione amministrativa, la comunicazione e l'informazione.

Al fine di assicurare servizi sanitari il più possibile appropriati ai bisogni di salute della comunità, l'Azienda vuole orientare la sua azione verso una prospettiva di vera partnership con i cittadini riconoscendone in pieno i diritti di informazione, ascolto, partecipazione e tutela.

Il nuovo Atto Aziendale definisce l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda e stabilisce che l'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative nazionali e regionali.

2.2 CHI SIAMO - COSA FACCIAMO - COME OPERIAMO

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 sede dell'Azienda è in Crotone, in Via 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.

Cosa facciamo

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del sistema sanitario della Regione Calabria.

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come definiti dalla normativa nazionale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, recepiti dalla Regione con DCA n. 150/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" - recepimento, disposizioni attuative...." e sinteticamente indicati al successivo punto 3 del presente piano.

Ai successivi punti 5.1, 5.2 e 5.3, a cui si rimanda, sono riportate le prestazioni e le attività assistenziali rese agli assistiti dall'Azienda relativamente

- alla tutela della salute collettiva con l'obiettivo della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare (LEA 1: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro)
- all'assistenza specialistica, semiresidenziale/residenziale e territoriale (LEA 2: assistenza distrettuale)
- all'assistenza in regime di ricovero per acuti e post-acuti (LEA 3: assistenza ospedaliera).

Come operiamo

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida:

- il rispetto della persona, la sua centralità e la priorità dei suoi bisogni;
- l'equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell'Azienda;
- l'etica professionale e la qualità clinico-professionale;
- l'appropriatezza delle prestazioni;
- l'orientamento all'innovazione per allineare l'azione aziendale all'evoluzione del fabbisogno e della domanda, la produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero; il coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi nella realizzazione della mission, attraverso la condivisione delle responsabilità e il correlato ricorso alla delega, nel rispetto della compatibilità tra le risorse disponibili e il costo dei servizi offerti e dal principio di legalità.

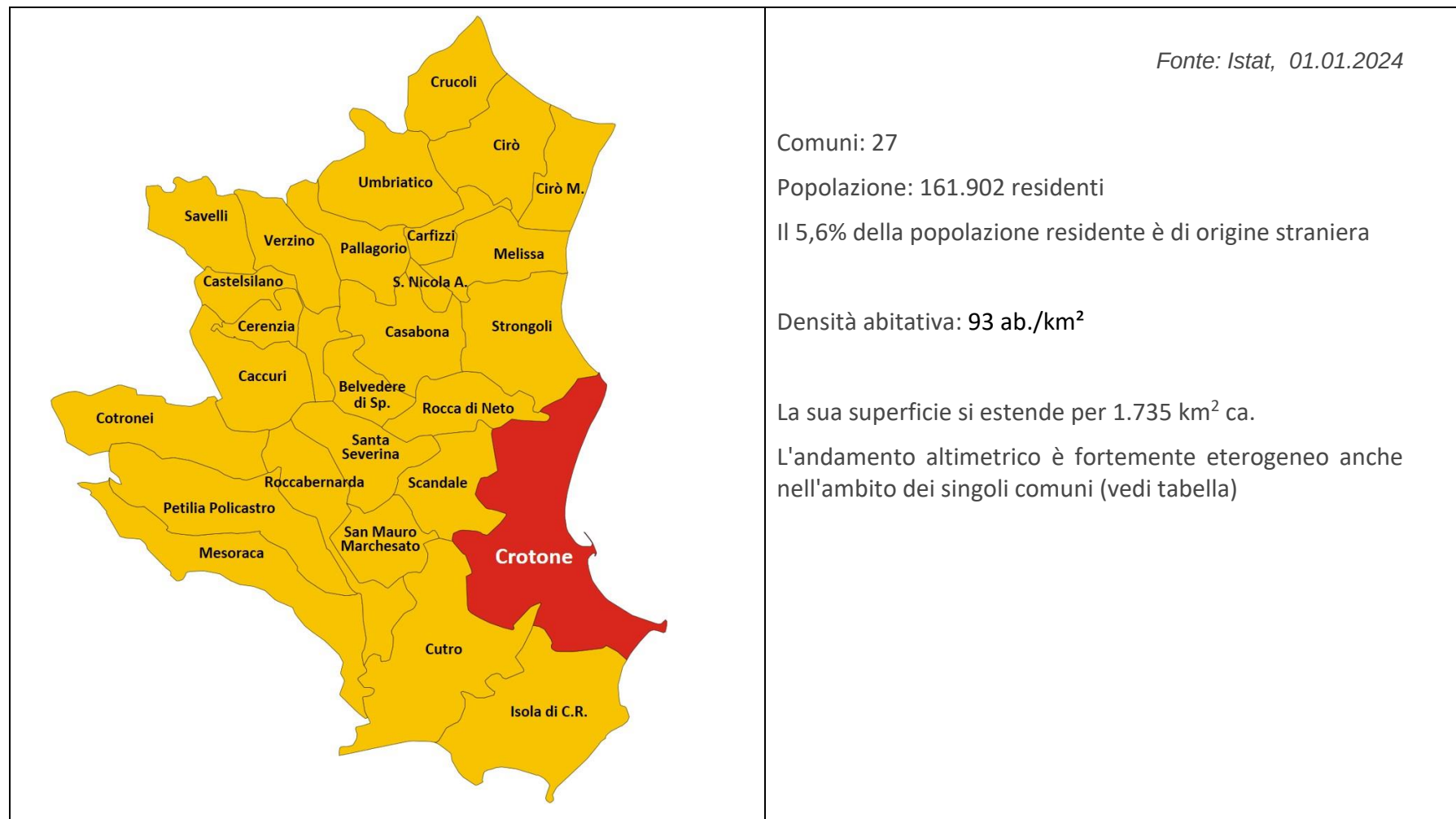
L'Azienda svolge la funzione di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti con essa accreditati.

L'Azienda ricerca sinergie con la rete degli altri soggetti pubblici, Enti locali, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di categoria, finalizzate all'attivazione di progettualità idonee a migliorare la qualità dei servizi sul proprio territorio, la continuità dell'assistenza, la presa in carico degli utenti, per orientarli e coinvolgerli nelle scelte del proprio percorso di cura, sostenendone la libertà di scelta.

L'Azienda garantisce, nel rispetto della normativa vigente, la tutela e la valorizzazione per le persone che lavorano in Azienda, la semplificazione amministrativa, la comunicazione e l'informazione.

2.3 IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE

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 27 Comuni della Provincia omonima che ne costituisce il contesto di riferimento.



I principali indici demografici che descrivono la popolazione dell'ASP di Crotone sono riportati nelle tabelle che seguono.

Se non altrimenti indicato i dati sono aggiornati al 01/01/2024 (*fonte: demo.Istat, ComuniItaliani.it*) ed in parte elaborati per contestualizzarli in relazione all'articolazione territoriale dell'Azienda Sanitaria.

Distretto Sanitario Unico Aziendale - Popolazione e ambiti territoriali

Popolazione residente	161.902	79.874	82.028
------------------------------	---------	--------	--------

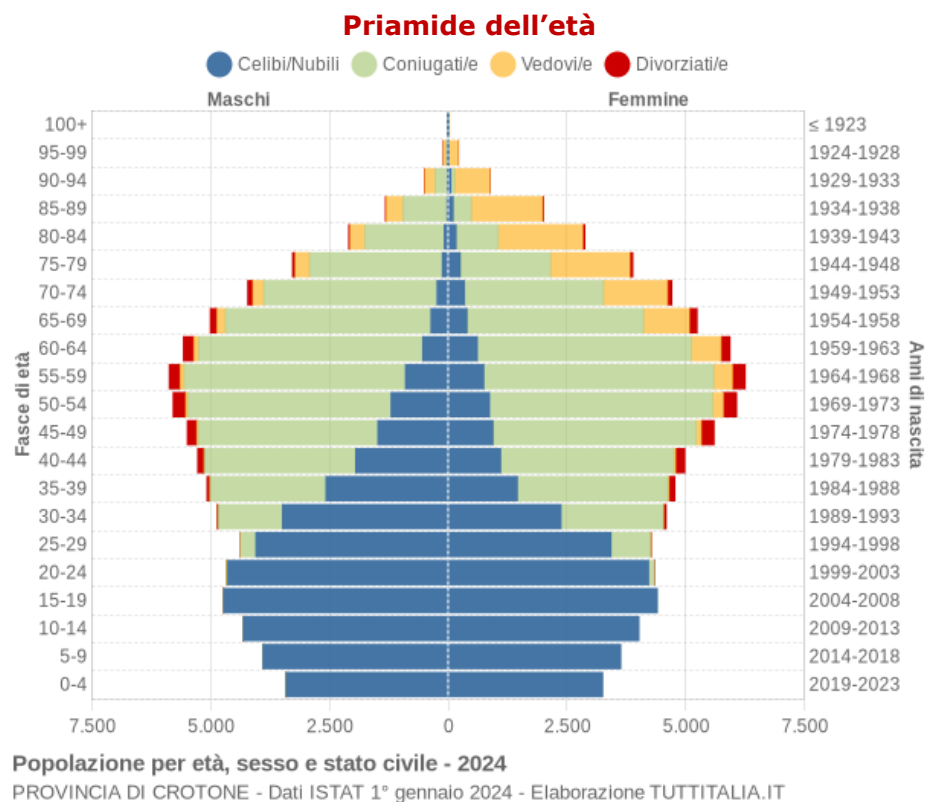
	Comune	Popolazione			Ambiti Territoriali Distretto Unico Aziendale
		Totale	Maschi	Femmine	
Distretto Sanitario Unico Aziendale	CROTONE	58.478	28.720	29.758	<i>Area Territoriale Sub-distrettuale Crotone</i>
	Isola di Capo Rizzuto	17.679	9.093	8.586	
	Cutro	9.305	4.605	4.700	
	Rocca di Neto	5.315	2.631	2.684	
	Scandale	2.837	1.398	1.439	
	Belvedere di Spinello	1.943	952	991	
	San Mauro Marchesato	1.902	921	981	
	Caccuri	1.537	760	777	
	Cerenzia	1.031	520	511	
	Savelli	1.029	520	509	
	Castelsilano	886	443	443	
	Sub Totale	101.942	50.563	51.379	
	CIRO' MARINA	14.127	6.874	7.253	<i>Area Territoriale Sub-distrettuale Cirò Marina</i>
	Strongoli	6.170	2.996	3.174	
	Melissa	3.221	1.583	1.638	
	Crucoli	2.762	1.311	1.451	
	Cirò	2.444	1.169	1.275	
	Casabona	2.263	1.078	1.185	
	Verzino	1.558	756	802	
	Pallagorio	947	470	477	
	Umbriatico	726	352	374	
	San Nicola dell'Alto	687	347	340	
	Carfizzi	521	255	266	
	Sub Totale	35.426	17.191	18.235	
	MESORACA	5.777	2.817	2.960	<i>Area Territoriale Sub-distrettuale Mesoraca</i>
	Petilia Policastro	8.568	4.285	4.283	
	Cotronei	5.179	2.548	2.631	
	Roccabernarda	3.125	1.542	1.583	
	Santa Severina	1.885	928	957	
	Sub Totale	24.534	12.120	12.414	

ASP CROTONE - Distribuzione della popolazione per età, sesso e stato civile

Il 67% della popolazione si concentra in 5 comuni: Crotone, Isola di Capo Rizzuto, Cirò Marina, Cutro e Petilia Policastro.

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Crotone per età, sesso e stato civile al 1 gennaio 2024.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile.



ASP di Crotone. Distribuzione dei residenti per fascia di età, genere e stato civile

Età	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Maschi	Femmine	Totale	
								%
0-4	6.668	0	0	0	3.412 51,2%	3.256 48,8%	6.668	4,1%
5-9	7.536	0	0	0	3.899 51,7%	3.637 48,3%	7.536	4,7%
10-14	8.331	0	0	0	4.312 51,8%	4.019 48,2%	8.331	5,1%
15-19	9.128	2	0	0	4.725 51,8%	4.405 48,2%	9.130	5,6%
20-24	8.863	157	0	1	4.671 51,8%	4.350 48,2%	9.021	5,6%
25-29	7.478	1.169	1	10	4.380 50,6%	4.278 49,4%	8.658	5,3%
30-34	5.866	3.508	9	73	4.865 51,4%	4.591 48,6%	9.456	5,8%
35-39	4.032	5.613	24	184	5.078 51,5%	4.775 48,5%	9.853	6,1%
40-44	3.056	6.830	49	323	5.273 51,4%	4.985 48,6%	10.258	6,3%
45-49	2.427	8.062	138	466	5.492 49,5%	5.601 50,5%	11.093	6,9%
50-54	2.074	8.980	272	540	5.791 48,8%	6.075 51,2%	11.866	7,3%

Età	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/e	Maschi	Femmine	Totale	
								%
55-59	1.651	9.503	480	495	5.873 48,4%	6.256 51,6%	12.129	7,5%
60-64	1.151	9.226	730	403	5.574 48,4%	5.936 51,6%	11.510	7,1%
65-69	761	8.047	1.147	297	5.008 48,8%	5.244 51,2%	10.252	6,3%
70-74	580	6.578	1.582	192	4.221 47,3%	4.711 52,7%	8.932	5,5%
75-79	378	4.703	1.974	111	3.277 45,7%	3.889 54,3%	7.166	4,4%
80-84	250	2.562	2.096	66	2.094 42,1%	2.880 57,9%	4.974	3,1%
85-89	132	1.310	1.860	30	1.321 39,6%	2.011 60,4%	3.332	2,1%
90-94	70	347	959	5	497 36,0%	884 64,0%	1.381	0,9%
95-99	13	49	258	1	104 32,4%	217 67,6%	321	0,2%
100+	5	3	27	0	7 20,0%	28 80,0%	35	0,0%
Totale ASP	70.450	76.649	11.606	3.197	79.874 49,3%	82.028 50,7%	161.902	

ASP CROTONE - Comuni della Provincia di Crotone e popolazione residente, sesso , superficie, densità e altitudine
I dati sono aggiornati al 01/01/2024 (ISTAT)

	Comune	Popolazione residenti	Maschi	Femmine	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine m s.l.m.
1.	CROTONE	58.478	28.720	29.758	180,83	323	8
2.	Isola di Capo Rizzuto	17.679	9.093	8.586	126,42	140	90
3.	Cirò Marina	14.127	6.874	7.253	41,90	337	5
4.	Cutro	9.305	4.605	4.700	134,03	69	220
5.	Petilia Policastro	8.568	4.285	4.283	98,03	87	436
6.	Strongoli	6.170	2.996	3.174	85,52	72	342
7.	Mesoraca	5.777	2.817	2.960	94,00	61	415
8.	Rocca di Neto	5.315	2.631	2.684	45,88	116	165
9.	Cotronei	5.179	2.548	2.631	80,02	65	502
10.	Melissa	3.221	1.583	1.638	50,96	63	256
11.	Roccabernarda	3.125	1.542	1.583	64,20	49	180
12.	Scandale	2.837	1.398	1.439	53,80	53	350
13.	Crucoli	2.762	1.311	1.451	49,94	55	380
14.	Cirò	2.444	1.169	1.275	70,93	34	351
15.	Casabona	2.263	1.078	1.185	67,63	33	287
16.	Belvedere di Spinello	1.943	952	991	30,04	65	330
17.	San Mauro Marchesato	1.902	921	981	42,13	45	289
18.	Santa Severina	1.885	928	957	52,59	36	326
19.	Verzino	1.558	756	802	45,27	34	549
20.	Caccuri	1.537	760	777	61,15	25	646
21.	Savelli	1.031	520	511	21,22	49	664
22.	Cerenzia	1.029	520	509	48,96	21	1.014
23.	Pallagorio	947	470	477	44,84	21	554

24.	Castelsilano	886	443	443	41,57	21	900
25.	Umbriatico	726	352	374	72,90	9,96	422
26.	San Nicola dell'Alto	687	347	340	8,12	85	579
27.	Carfizzi	521	255	266	21,15	25	512
	Totale Provincia Kr	161.902	79.874	82.028	1734,03		

ASP di Crotone: Territorio per zona altimetrica

Zona altimetrica	Residenti (n) al 01.01.24		Superficie (Km ²)		Comuni (n)	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Prov. di CROTONE						
- Pianura	99.784	61,6%	626,48	36,1%	6	22,2%
- Collina interna	15.557	9,6%	448,87	25,9%	10	37,0%
- Collina litoranea	22.554	13,9%	213,73	12,3%	4	14,8%
- Montagna interna	24.007	14,8%	444,95	25,7%	7	25,9%
- Montagna litoranea	-	-	-	-	-	-

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente ASP

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)	Età media
	1 gennaio	1 gennaio	1 gennaio	1 gennaio	1 gennaio	gen - dic	gen - dic	1 gennaio
2015	119,2	51,4	99,8	102,7	20,5	8,9	9,2	41,6
2019	135,7	52	109,5	108,2	20,2	8,3	9,5	42,7
2024	161,5	57,2	126,1	123,3	20,2	-	-	44,6

Indici demografici: legenda

Indice di vecchiaia - Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2022 l'indice di vecchiaia per la provincia di Crotone dice che ci sono 152,0 anziani ogni 100 giovani.

Indice di dipendenza strutturale - Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in provincia di Crotone nel 2022 ci sono 56,1 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

Indice di ricambio della popolazione attiva - Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. Ad esempio, in provincia di Crotone nel 2022 l'indice di ricambio è 120,4 e significa che la popolazione in età lavorativa è abbastanza anziana.

Indice di struttura della popolazione attiva - Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Carico di figli per donna feconda - È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

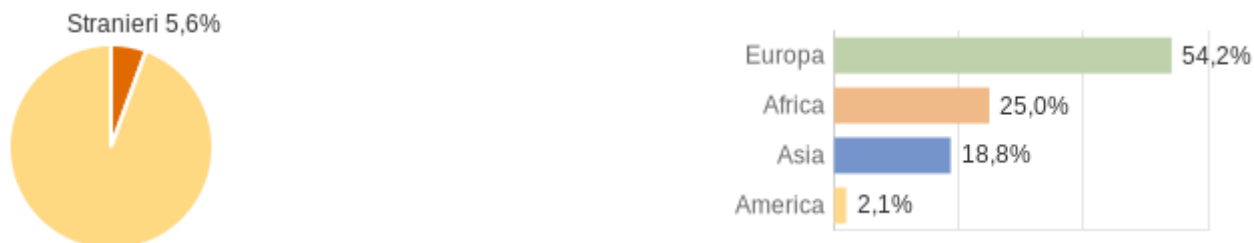
Indice di natalità - Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.

Indice di mortalità - Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

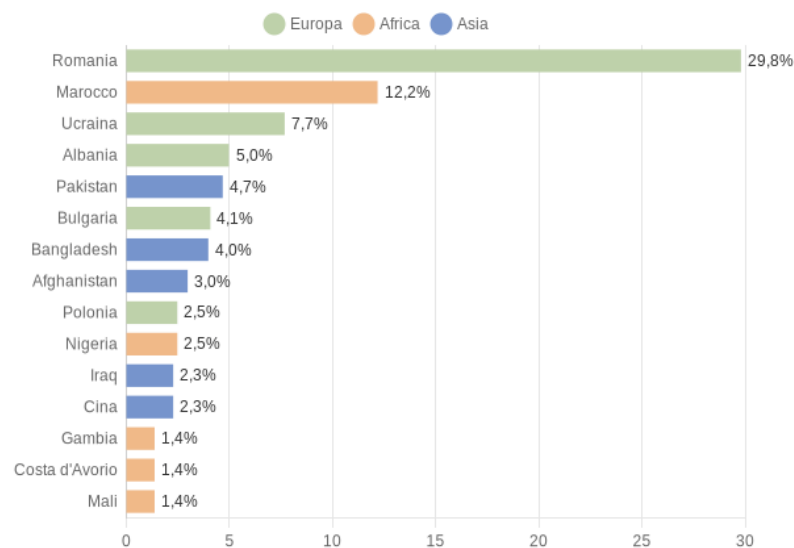
Età media - È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente.

2.3.1 La popolazione straniera

Con riferimento alla nostra provincia al 1° gennaio 2024, gli stranieri residenti sono in totale 9.013, e rappresentano circa il 5,6% dell'intera popolazione residente nel territorio crotonese.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 30,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (12,2%) e dall'**Ucraina** (7,5%).



Cittadini Stranieri per Cittadinanza - 2024
PROVINCIA DI CROTONE - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Presenza di cittadini stranieri nei Comuni della provincia di Crotone

	Comune	Incidenza Stranieri (%)
1°	Isola di Capo Rizzuto	11,2
2°	San Nicola dell'Alto	10,7
3°	Carfizzi	9,5
4°	Rocca di Neto	7,6
5°	Savelli	6,2
6°	Cutro	6,2
7°	Melissa	6,0
8°	Cirò Marina	6,0
9°	Castelsilano	6,0
	Provincia di CROTONE	5,5
10°	Strongoli	5,1
11°	Cotronei	5,0
12°	Crotone	4,9
13°	Casabona	4,7
14°	Crucoli	4,7
15°	Belvedere di Spinello	4,6
16°	Mesoraca	4,0
17°	San Mauro Marchesato	3,4
18°	Caccuri	3,1
19°	Scandale	3,1
20°	Cerenzia	2,9
21°	Roccabernarda	2,7
22°	Petilia Policastro	2,7
23°	Santa Severina	2,2
24°	Cirò	1,5
25°	Umbriatico	1,5
26°	Pallagorio	1,0
27°	Verzino	1,0

Fonte: *urbistat.com (modificata)*

2.4 ULTERIORI DATI INFORMATIVI SULL'ASP DI CROTONE

Residenti	161.902. ab.
Superficie	1.736 Km ²
Densità abitativa	93 ab./km ²
% Residenti ASP con 65 anni e più	22,5 %
% Residenti ASP tra 15-64 anni	63,6 %
% Residenti ASP tra 0-14 anni	22,5 %
Indice di vecchiaia (al 01.01.2024)	161,5
Stranieri residenti	9.013
% Stranieri su totale popolazione	5,6%
Presidi Ospedalieri Pubblici a gestione diretta	1
Case di Cura private accreditate	8
Numero ricoveri totali (ordinari + day hospital/day surgery), ospedale pubblico	12.126
Numero ricoveri totali (ordinari + day hospital/day surgery), case di cura private	7.656
Prestazioni specialistiche strutture pubbliche	993.869
Prestazioni specialistiche contrattualizzate con strutture accreditate	787.941
Accessi Pronto Soccorso	46.700
Numero dipendenti Azienda	1.618
Specialisti ambulatoriali territoriali pubblici	59
Medici Assistenza Primaria e Pediatri Libera Scelta (109+18)	127
Medici di Continuità Assistenziale (47 titolari + 71 convenzionati)	118
Distretti Sanitari	1
Medici Emergenza Territoriale (6 convenzionati+ 3 dipendenti)	9
Medicina dei Servizi	1
Veterinari Convenzionati	21
Laboratori analisi privati accreditati (aggregati in nr. 4 reti)	11
Ambulatori Pubblici specialistici (intesi come sedi di aggregazione di ambulatori delle diverse specialità, fonte dati SISR-Anagrafica Strutture)	17
Ambulatori "consultoriali" (fonte dati SISR-Anagrafica Strutture)	4
Farmacie Territoriali Aziendali	3
Farmacie convenzionate	61
Strutture residenzialità anziani non autosufficienti (RSA R2: 8 - CP R3: 5 – RSAM R1:2)	15
Strutture residenzialità disabili (RSA RD4:1 – CP RD5:1 – RECC: 1 – SLA RD1:1)	4
Hospice	1
Strutture residenzialità salute mentale (SPR1)	3
Servizi Territoriali di Salute Mentale (CSM)	3
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)	1
Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti	4

3. L'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

Dal punto di vista dell'organizzazione, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone opera mediante macro-strutture tecnico-funzionali: il Presidio Ospedaliero Unico Aziendale, il Distretto Sanitario Unico Aziendale ed il Dipartimento di Prevenzione.

A queste si affiancano le strutture di staff della Direzione Generale e i servizi tecnico-amministrativi, chiamati a svolgere funzioni di supporto all'attività di produzione ed erogazione dei servizi.

In attesa dell'approvazione del nuovo atto aziendale, l'organigramma che segue rappresenta l'attuale assetto organizzativo e di funzionamento dell'ASP definito dal vigente Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 253 del 21.7.2016 ed approvato con DCA n. 83 del 25.07.2016.

Nell'organigramma che segue è riportata la strutturazione organizzativa delle principali reti assistenziali ovvero la Rete Assistenziale Ospedaliera, la Rete Assistenziale dell'Emergenza Urgenza, la Rete Assistenziale Territoriale e i servizi della Prevenzione.

Il modello organizzativo del Presidio Ospedaliero di Crotone è costituito dai dipartimenti ospedalieri articolati in aree funzionali omogenee quali il dipartimento AFO medica, il dipartimento AFO chirurgica e il dipartimento AFO servizi sanitari di supporto, per come indicato nella tabella che segue dove sono anche ricomprese le strutture organizzative afferenti a ciascuno dei dipartimenti ospedalieri.

Nello stesso presidio ospedaliero operano, inoltre, le unità organizzative afferenti ai Dipartimenti Misti Ospedale-Territorio quali il Dipartimento Emergenza Urgenza, il Dipartimento Materno Infantile e il Dipartimento di Salute Mentale.

Il modello organizzativo dell'assistenza territoriale è rappresentato dal Distretto Unico Aziendale a sua volta articolato in tre aree sub distrettuali: Crotone, Cirò Marina e Mesoraca.

Il Distretto è un'articolazione territoriale cui è attribuita autonomia organizzativa e gestionale, nei limiti previsti dall'Atto Aziendale e nel rispetto della normativa vigente. Il Distretto, attraverso le sue articolazioni sub distrettuali, assicura tutte le attività e prestazioni ricomprese nei LEA assistenza distrettuale: Comprende i servizi sanitari e sociosanitari, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, fornitura di protesi ai disabili, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, servizi per la riabilitazione dei disabili; strutture semiresidenziali e residenziali, residenze per anziani e disabili.

A completare l'offerta dell'assistenza territoriale concorrono altresì la rete consultoriale, i centri per la salute mentale quello per le dipendenze e le comunità terapeutiche afferenti dal punto di vista funzionale ed organizzativo dai dipartimenti materno-infantile e della salute mentale, rispettivamente.

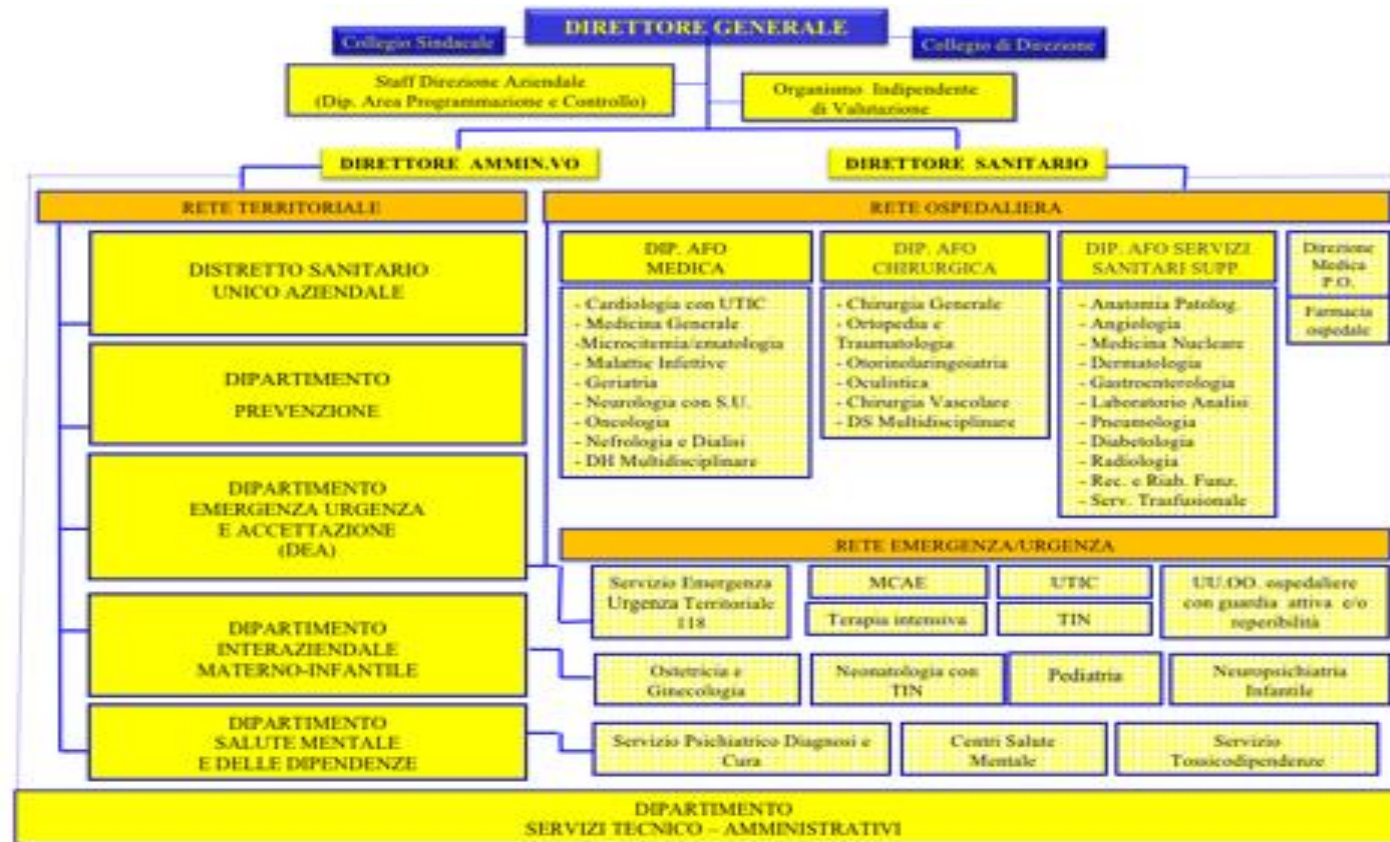
L'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro è assicurata dal Dipartimento di Prevenzione che si articola, come previsto dalla normativa nazionale e regionale e dall'atto aziendale, in unità operative che svolgono un insieme di attività finalizzati alla promozione della salute della popolazione ed alla realizzazione di interventi volti perseguire specifici obiettivi di salute:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- tutela della collettività da rischi sanitari connessi agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali

- tutela della collettività e del singolo dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro
- sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmacovigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi, ecc.)
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi promozioni di stili di vita sani e programmi di screening
- attività medico-legali per finalità pubbliche

Qui di seguito si riporta lo schema del modello organizzativo e di funzionamento generale dell'ASP di Crotone.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CROTONE



4. LE RISORSE UMANE: IL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO

Nella tabella che segue è riportata la distribuzione delle unità di personale dipendente per macro-classi di profili professionali ed aree contrattuali.

Dirigenza Sanitaria	Medici	283
	Veterinari	10
	Farmacisti	15
	Biologi	8
	Chimici	-
	Fisici	-
	Psicologi	14
	Dirigente professioni sanitarie	3
	Totale Dirigenza Sanitaria	333
Dirigenza PTA	Ingegneri	3
	Architetti	1
	Sociologi	-
	Avvocati	3
	Dirigenti Amministrativi	7
	Totale Dirigenza PTA	14
Totale Dirigenza		347
Comparto	Personale Infermieristico	605
	Personale tecnico sanitario	71
	Personale di vigilanza e ispezione	24
	Personale riabilitazione	43
	Operatore socio-sanitario	191
	Totale comparto ruolo sanitario	934
	Assistente religioso	4
	Totale comparto ruolo professionale	4

	Assistenti sociali	8
	Equipe Socio-pedagogica	14
	Personale tecnico	148
	Altro Personale tecnico	15
	Ausiliario specializzato	11
	Totale comparto ruolo tecnico	196
	Assistenti amministrativi	39
	Coadiutori amministrativi	63
	Collaboratori amministrativi	31
	Commessi	4
	Totale comparto ruolo amministrativo	137
Totale comparto		1.271
TOTALE COMPLESSIVO		1.618

Oltre al personale dipendente indicato nella tabella che precede, in Azienda operano le seguenti unità mediche di personale convenzionato:

Ruolo	2023	2024
Medici di medicina generale	109	106
Pediatrati di libera scelta	18	15
Medici specialisti ambulatoriali interni	59	59
Medici di continuità assistenziale	71	45
Medici emergenza territoriale	6	1
Medicina dei servizi	1	0
Veterinari convenzionati	21	22

5. ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

L'Azienda ogni anno assicura ai propri assistiti le attività e le prestazioni definite dai LEA nelle aree della prevenzione collettiva e sanità pubblica, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera.

In questo paragrafo viene riassunta una presentazione dei dati sintetici di attività e prestazioni rese all'utenza nell'anno 2024 a confronto con quelle realizzate nell'anno 2023 in termini di volumi e le tipologie di attività nonché dei servizi offerti ai cittadini/utenti per ciascuna delle aree di attività della prevenzione, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera.

5.1 PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

5.1.1 IGIENE PUBBLICA

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
EDILIZIA CIVILE	382	306	-76
Sopralluogo per rilascio certificato sanitario idoneità alloggio	126	88	-38
Certificato sanitario idoneità alloggio effettuato su richiesta da privati e extracomunitari	126	115	-11
Parere igienico sanitario su progetti	8	12	4
Attività di vigilanza degli abitati e della pubblica via (inconvenienti igienico-sanitari)	122	91	-31
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	0	0	0
EDIFICIO AD USO SCOLASTICO	30	36	6
Attività di vigilanza c/o scuole pubbliche e private, asili	15	18	3
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	0	0	0
Prelievo campioni	0	0	0
Pareri rilasciati	15	18	3
PALESTRE, CENTRI, STRUTTURE SPORTIVE, PISCINE	110	6	-104
Attività di vigilanza	0	0	0
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	0	0	0

Verifica documentale per rilascio parere	45	3	-42
Pareri rilasciati	42	3	-39
Prelievo campioni	0	0	0
Vidimazione registro piscine	23	0	-23
ATTIVITA' DI BARBIERE, PARRUCCHIERE, ACCONCIATORE, ESTETISTA, TATUAGGI E PIERCING	45	37	-8
Attività di vigilanza	0	15	15
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	0	0	0
Verifica documentale per rilascio parere	23	11	-12
Pareri rilasciati	22	11	-11
STABILIMENTI BALNEARI, STRUTTURE ALBERGHIERE, TURISTICO-RICETTIVE, CAMPEGGI	78	110	32
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	0	0	0
Verifica documentale per rilascio parere	40	55	15
Pareri rilasciati	38	55	17
Prelievo campioni		0	0
ESERCIZI PUBBLICI E COMMERCIALI	412	188	-224
Attività di vigilanza	0	0	0
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	0	0	0
Verifica documentale per rilascio parere	227	94	-133
Pareri rilasciati	185	94	-91
EDILIZIA E IGIENE CIMITERI	405	118	-287
Estimulazione/esumazione	198	113	-85
Attività di vigilanza	2	0	-2
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	2	3	1
Pareri rilasciati	203	2	-201
POLIZIA MORTUARIA	67	37	-30
Rilascio certificato per trasporto salma fuori Comune	2	2	0
Rilascio parere idoneità sanitaria carro funebre	39	35	-4
Attività di vigilanza	24	0	-24

Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	2	0	-2
REGISTRO MORTALITA'	1502	1709	207
Rilascio certificati necroscopici	54	56	2
Trasmissione e richieste schede ISTAT mod. D.3 e D.4	62	82	20
Archiviazione schede ISTAT mod. D.3 e D.4	1192	1296	104
Registri decessi	194	275	81
STRUTTURE SANITARIA E SOCIO SANITARIA, AUTOAMBULANZE	37	0	-37
Attività di vigilanza	2	0	-2
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	2	0	-2
Commissioni Socio-Sanitarie	11	0	-11
Sopralluoghi	11	0	-11
Pareri rilasciati	11	0	-11
Prelievo campioni	0	0	0
COMMISSIONE PUBBLICI SPETTACOLI PROVINCIALI E COMUNALI	64	51	-13
Pareri rilasciati per autorizzazione Pubblici Spettacoli	56	45	-11
Vigilanza e sopralluoghi	8	6	-2
ATTIVITA' DI POLIZIA GIUDIZIARIA	103	94	-9
Sopralluoghi con carattere di Polizia Giudiziaria	75	91	16
Espletamento deleghe indagini Procura	0	1	1
Comunicazione notizie reato	5	1	-4
Partecipazione come testimone a udienze c/o Tribunale	0		0
Controllo ordinanze	23	1	-22
ALTRE ATTIVITA'	2525	415	-2110
Conferenze dei Servizi e riunioni c/o enti vari (Regione, Provincia, Comuni, Prefettura, ecc.)	18	32	14
Sopralluoghi per rilascio pareri	5	0	-5
Viaggi per attività Istituzionali (Conferenze dei Servizi e riunioni c/o enti vari, trasporto campioni c/o laboratori Arpacal, ecc.)	24	18	-6
Comunicazioni a Enti Pubblici (emergenza covid)		0	0
COVID-19: trasmissione dati bollettino regionale	365	214	-151
COVID-19: trasmissione dati piattaforma integrata ISS	2104	148	-1956

Istruttoria per rilascio pareri sanitari a progetti	6	0	-6
Attività di informazione per Enti e cittadini	0	0	0
Attività amministrativa (regist. Atti, fascicoli, protocollo, corrispondenza, etc.)	0	0	0
Reporting periodici sulle attività svolte	1	1	0
Atti relativi alla revisione del fabbisogno di personale predisposti dall'U.O. nel periodo di riferimento	1	1	0
Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla struttura nel periodo di riferimento	1	1	0
Atti di organizzazione interna della struttura, nonché alla distribuzione dei carichi di lavoro tra i dipendenti ai fini della produttività collettiva e dell'attribuzione dei relativi compensi, ai sensi del CCNL	0	0	0
Disposizioni/Circolari Informative	0	0	0
Atti di determina di competenza	0	0	0
BONIFICA AMBIENTALE	4596	233	-4363
Disinfestazione	1276	116	-1160
Antilarvale Crotone	240	40	-200
Antilarvale Comuni decentrati	92	6	-86
Adulticida Crotone	370	55	-315
Adulticida Comuni decentrati	84	3	-81
Richieste Enti e privati	490	12	-478
Disinfezione	1684	50	-1634
Allevamenti zootecnici	87	24	-63
Interventi per emergenze varie (rifiuti, natanti trasporto profughi, ambienti pubblici)	1579	18	-1561
richiesta enti e privati	18	8	-10
Derattizzazione	1187	67	-1120
Crotone	270	56	-214
comuni decentrati	190	4	-186
Richieste enti e privati	727	7	-720
Trattamenti Termonebbiogeni	449	0	-449
Crotone cicli	170	0	-170

Comuni decentrati	42	0	-42
Richieste enti e privati	237	0	-237

5.1.2 IGIENE AMBIENTALE

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volume delle attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Controlli insediamenti produttivi	13	0	-13
Controlli insediamenti civili	327	0	-327
Insediamenti a rischio di incidenti rilevanti	0	3	+3
INQUINAMENTO ATMOSFERICO	156	6	-150
Vigilanza inquinamento atmosferico chimico/fisico elettromagnetico, amianto	83	0	-83
Rilevazioni di inquinanti atmosferici con risultato > valore limite	0	0	0
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	53	0	-53
Pareri rilasciati emissioni in atmosfera	20	6	-14
Pareri rilasciati per progetti linee elettriche	0	0	0
INQUINAMENTO DA RIFIUTI	84	2	-82
Vigilanza sulla gestione dei rifiuti	34	0	-34
Campionamento effettuati sui rifiuti	0	0	0
Situazioni irregolari rilevate sulla modalità di gestione dei rifiuti	16	0	-16
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	16	0	-16
Pareri rilasciati per autorizzazione gestione rifiuti	18	2	-16
CONTROLLO ACQUE SUPERFICIALI PROFONDE	14	0	-14
Vigilanza sulle acque superficiali e profonde	5	0	-5
Campionamenti sulle acque superficiali e profonde	5	0	-5
Controlli sulle acque superficiali e profonde con risultato >valore limite	2	0	-2
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	2	0	-2
CONTROLLO SCARICHI	43	29	-14

Vigilanza sulla gestione degli scarichi	8	0	-8
Campionamenti effettuati su scarichi	4	0	-4
Scarichi irregolari riscontrati	2	0	-2
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	8	0	-8
Pareri rilasciati per autorizzazioni scarichi	21	29	+8
INQUINAMENTO ACUSTICO	14	0	-14
Vigilanza sull'inquinamento acustico	3	0	-3
Rilevazioni fonometriche con risultato >valore limite	1	0	-1
Provvedimenti amministrativi e giudiziari adottati	3	0	-3
Pareri rilasciati sulle emissioni acustiche	7	0	-7
ENERGIA RINNOVABILE	8	0	-8
Pareri rilasciati per autorizzazione impianti eolici, fotovoltaici, solari, altre	8	0	-8
Vigilanza sopralluoghi	0	0	0
IGIENE DELL'EDILIZIA	8	0	-8
Rilascio pareri sanitari D.P.R. n. 380/2001 (ex art.220)	8	0	-8
ATTIVITA' REACH E CLP (Reg. CE 1907/2006)	42	0	-42
Imprese oggetto di controllo	3	4	+1
Controlli REF	6	6	0
Controllo su prodotti	27	36	+9
Controlli analitici	0	0	0
Prevenzione	0	0	0
Vigilanza	0	0	0
Formazione	6	2	-4
ATTIVITA' DI POLIZIA GIUDIZIARIA	149	0	-149
Sopralluoghi con carattere di Polizia Giudiziaria	124	0	-124
Espletamento deleghe indagini Procura	0	0	0
Comunicazione Notizie Reato	3	0	-3
Partecipazione come testimone a udienze /co Tribunale	0	0	0
Controllo ordinanze	22	0	-22
ALTRE ATTIVITA'	323	0	-323

Conferenze dei servizi e riunioni c/o enti vari	41	0	-41
Sopralluoghi per rilascio pareri	11	0	-11
Viaggi per attività Istituzionali	6	0	-6
Comunicazioni a Enti Pubblici	110	0	-110
Istruttoria per rilascio pareri sanitari a progetti	145	0	-145
Attività di informazione per Enti e Cittadini	0	0	0
Attività amministrativa (reg. atti, fascicoli, protocollo, corrispondenza, etc)	0	0	0
Attività di Formazione e Didattica erogata ad altri Enti	0	0	0
Attività di Formazione, Didattica, Tutor	2	0	-2
Realizzazione e presentazione lavori scientifici, progetti a Convegni/Congressi	1	0	-1
Reporting periodici sulle attività svolte	1	0	-1
Atti relativi alla revisione del fabbisogno di personale predisposti all'U.O. nel periodo di riferimento	0	0	0
Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla Struttura nel periodo di riferimento	1	0	-1
Atti di organizzazione interna della struttura, nonché alla distribuzione dei carichi di lavoro tra i dipendenti ai fini della produttività collettiva e dell'attribuzione dei relativi compensi, ai sensi del CCNL	1	0	-1
Riscontri a verbali del Collegio Sindacale	0	0	0
Disposizioni/Circolari Informative	0	0	0
Atti di determina di competenza	3	0	-3
Proposte di delibera	1	0	-1

5.1.3 MEDICINA PREVENTIVA

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Vaccinazioni obbligatorie	11.990	11.133	-857

Vaccinazioni facoltative (Antinfluenzale -HPV-MPRV- Meningococcica-Pneumococcica-Tetano-HB)	60.863	61.112	249
Vaccinazioni AH1N1	0	0	0
Numero TUBER TEST	1.445	1.545	100
Numero di nuovi casi di T.B.C. registrati nel periodo di riferimento	5	6	1
N. bonifiche focolai malattie infettive	0	0	0
Visite pneumologiche	0	0	0
Indagini sulle origini e modalità di contagio di malattie infettive	16	18	2
Misure profilattiche adottate per quanto riguarda le malattie degli animali trasmissibili all'uomo	0	0	0
Numero di nuovi casi di epatite virale A registrati nel periodo di riferimento	2	4	2
Numero di nuovi casi di epatite virale B registrati nel periodo di riferimento	0	0	0
Numero di nuovi casi di malattie infettive intestinali registrati nel periodo di riferimento	18	16	-2
Numero totale di notifiche di malattie infettive ricevute e registrate nel periodo di riferimento	550	620	70
Numero di richieste di indagini epidemiologiche ricevute nel periodo di riferimento in seguito al riscontro di malattie infettive TBC	3	5	2
Rilascio duplicati	1.902	1.925	23
Rilascio di certificazioni varie	6.020	6.330	310
Ricerca per vaccinazioni non eseguite	4.325	4.425	100
Avvisi per vaccinazioni non eseguite	3.730	3.825	95
Rilascio tessere + inviti nuovi nati o provenienti da altre ASL	2.200	2.354	154
Ritiro elenco nascite dall'ufficio anagrafe comunale	10	8	-2
Rilascio ed invio certificati ad altre ASL	900	880	-20
Ritiro vaccini, presidi, farmaceutici e materiale di magazzino presso la sede centrale di Crotone	77.134	78.810	1.676
Numero interventi di Informazioni e profilassi a Crotone per i viaggiatori internazionali	202	422	220
VACCINAZIONE COVID 19	1.401	778	-623

5.1.4 SCREENING ONCOLOGICI

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
ATTIVITA' DI SCREENING: SCREENING CITOLOGICO			
Popolazione eleggibile	42756	42497	-259
Popolazione Bersaglio	9224	9070	-154
Lettere inviate (inviti) + solleciti	9759	6377	-3382
Adesioni in seguito ad inviti + solleciti	1744	2067	323
Adesione spontanea			
ATTIVITA' DI SCREENING: SCREENING MAMMOGRAFICO			
Popolazione eleggibile	19138	23511	4373
Popolazione Bersaglio	9569	11756	2187
Lettere inviate (inviti) + solleciti	6054	4977	-1077
Adesioni in seguito ad inviti + solleciti	1560	1983	423
Adesione spontanea			
ATTIVITA' DI SCREENING: SCREENING COLON RETTO			
Popolazione eleggibile	45114	45757	643
Popolazione Bersaglio	<u>22557</u>	22879	322
Lettere inviate (inviti) + solleciti	15782	13623	-2159
Adesioni in seguito ad inviti + solleciti	1586	1895	309
Adesione spontanea			

5.1.4 IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Verifiche preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande	180	220	40
Prelievi di campioni di prodotti alimentari posti in vendita negli esercizi pubblici ad esclusione delle carni rosse e bianche	148	114	-34
Prelievi campioni di acqua destinata al consumo umano	111	102	9
Atti di sorveglianza nella commercializzazione e nell'utilizzo dei prodotti fitosanitari	1	3	2
Sorveglianza su casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni alimentari	2	2	0
Pareri igienico-sanitari dei locali, SCIA - ex rilascio dell'autorizzazione sanitaria	85	90	5
Pareri igienico-sanitari degli automezzi, SCIA - ex rilascio dell'autorizzazione sanitaria	10	6	-4
Sanzioni elevate per violazione delle Leggi sanitarie	28	9	- 19
Provvedimenti amministrativi/penali elevati per violazione delle Leggi sanitarie	76	34	42
Verifiche attività di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande	84	53	-31
Sequestri amministrativi/penali elevati per violazione delle Leggi sanitarie	1	2	1
Controlli manuali HACCP	94	56	-38
Corsi di formazione alimentaristi / fitosanitari / micologica	(7 / 1 / 3)	(4 / 0 / 2)	(-3/- 1/-1)
Richieste NAS	3	6	3
Richieste da parte di Prefettura/Questura	12	3	-9
Allerta alimentare, verifiche, piani, ecc. Regione Calabria	21	52	31
Audit	1	1	0

5.1.5 MEDICINA DEL LAVORO

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Sopralluoghi effettuati di propria iniziativa relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro	250	274	24
Sopralluoghi effettuati su delega della Procura della Repubblica	7	4	-3
Ispezioni effettuate in materia di radiazioni ionizzanti			0
Indagini effettuate per infortuni sul lavoro D. Lgs 81/08 e s.m.i.	11	10	-1
Numero di aziende interessate per esame progetti-piani di sicurezza- notifiche preliminari	1046	1021	-25
Esami piani di lavoro amianto e rilascio pareri art.256 D.lgs 81/08 + ex art. 48 DPR 303/56	103	172	69
Valore economico complessivo di cui al punto precedente			0 €
Relazioni rilievi fonometrici			0
Registri infortuni vidimati			0
Valore economico complessivo di cui al punto precedente			0 €
Attività di segreteria- rapporti con il pubblico - gestione del protocollo informazione	3211	3006	-205
Visite mediche preventive e periodiche a minori apprendisti			0
Valutazione ricorsi al medico competente	11	8	-3
Totale contravvenzioni effettuate	18	35	17
Atti finalizzati a fornire informazioni per le lavoratrici madri Art. 17 D. Lgs 151/01	746	725	-21
Atti relativi alla revisione del fabbisogno di personale predisposti dalla UO nel periodo di riferimento	3	1	-2
Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla Struttura nel periodo di riferimento			0
Atti di organizzazione interna della struttura, nonché alla distribuzione dei carichi di lavoro tra i dipendenti ai fini della produttività collettiva e dell'attribuzione dei relativi compensi, ai sensi del CCNL	5	2	-3

5.1.6 MEDICINA DELLO SPORT

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Numero totale prestazioni	3084	3096	12
Visite cardiologiche + ECG a riposo	879	891	12
ECG dopo sforzo + valutazione iri test	735	774	39
Esami spirometrici	735	774	39
Rilascio certificati per attività agonistica	735	774	39
Numero atti di interventi di educazione alla salute	2	2	0
Numero accertamenti e certificazioni dello stato di salute per coloro che intendono praticare attività ludico motoria o attività sportiva non agonistica (rilascio certificati per attività non agonistica)	8	6	-2
Numero accertamenti diagnostici relativi a problemi derivanti dalla pratica delle attività sportive			
Numero accertamenti di idoneità per il personale tecnico-sportivo e per gli ufficiali di gara e le relative certificazioni ove richieste dai regolamenti delle federazioni sportive nazionali del C.O.N.I.	8	5	-3
Numero visite mediche di selezione e di controllo periodico e le relative certificazioni ai fini dell'accertamento della idoneità e delle attitudini specifiche per coloro che praticano o intendono praticare attività sportive agonistiche, ivi compresi i partecipanti alle fasi nazionali dei giochi sportivi studenteschi	775	815	40
Numero visite mediche e rilascio di certificazione per attività agonistica per arruolamento volontario nelle forze armate	125	132	7
Interventi di educazione alla salute, indirizzati alla promozione dell'attività fisica e sportiva e all'adozione di stili di vita sani	8	8	0
Valutazioni funzionali di categorie a rischio	20	15	-5
Valutazioni 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	320	345	25
Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla struttura nel periodo di riferimento	1	1	0

5.1.7 MEDICINA LEGALE

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Accertamenti medico-legali sullo stato di salute al fine della valutazione della idoneità ed inidoneità generica e specifica	77	79	2
Accertamenti medico-legali finalizzati al riconoscimento dello stato di handicap (invalidità civile, accertamenti legge 104/92-L68)	210	275	65
Accertamenti medico-collegiali (Patenti Speciali)	1.636	1.678	42
Certificazioni necroscopici	1.679	1.879	200
Esumazione/estumulazione/cremazione	153	1	-152
Autorizzazioni trasporto salme	191	27	-164
Visite necroscopiche e tenuta registro cause di morte	1.679	1.879	200
Invio schede di morte fuori paese	0	0	0
Altre attività di accertamenti vari	3.920	1.948	-1.972
Attività di consulenza	47	178	131
Rilascio di certificazioni ed attestati	448	504	56
Rilascio certificati per astensione maternità	0	0	0
Rilascio certificati per elettore fisicamente impedito	51	87	36
Adempimenti legge 210	10	18	8
Tempi di reazione patenti superiori e patenti nautiche oltre 12 miglia	435	630	195
Rilascio certificati per adozioni	2	0	-2
Accertamenti autorità giudiziaria	23	180	157
Contenzioso	94	179	85
Governo clinico	0	0	0
Atti di supporto alle attività aziendali di prevenzione del rischio clinico (Risk Man)	0	0	0
Attività di criminologia	23	36	13
Inviti a visita medica a mezzo raccomandata (mail/PEC)	1.713	1.212	-501
Invio MCTC di Crotone	24	34	10
Invio modelli MCTC RM - a mezzo raccomandata pesante	0	0	0
Certificati per conferma - conseguimento patente di guida	2.731	4.527	1.796
Certificati per patenti nautica	69	54	-15
Certificati rilasciati per idoneità per conduttori di caldaie	5	3	-2

Porto d'armi per uso caccia/sportiva e difesa personale	1.205	1.061	-144
Certificati sana e robusta costituzione	170	167	-3
Certificati per cessione del V ° dello stipendio	3	0	-3
Parcheggio per invalidi	67	41	-26
Certificati per esenzione cinture di sicurezza per auto	28	7	-21
Richieste visite fiscali	40	50	10
Visite fiscali ambulatoriali	40	49	9
Visite fiscali domiciliari	0	1	1
Atti relativi alla revisione del fabbisogno di personale predisposti dalla UO nel periodo di riferimento	3	3	0
Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla Struttura nel periodo di riferimento	1	1	0
Atti di organizzazione interna della struttura, nonché alla distribuzione dei carichi di lavoro tra i dipendenti ai fini della produttività collettiva e dell'attribuzione dei relativi compensi, ai sensi del CCNL	2	2	0
Disposizioni/Circolari Informative	5	2	-3
Atti di determina di competenza	24	24	0
Cert. Idoneità volo da diporto	0	54	54

5.1.8 SERVIZI VETERINARI

5.1.8.a - SERVIZIO VETERINARIO - AREA "A"

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Controlli sanitari sui bovini: Brucellosi	25.446	15.855	-9.591
Controlli sanitari sui bovini: Leucosi	5.258	2.157	-3.101
Controlli sanitari sui bovini: Tubercolosi	28.754	26.549	-2.205
Controlli sanitari sugli ovi - caprini: Brucellosi	47.592	41.885	-5.707

Controlli sanitari suini: (Malattia Vescicolare - Peste suina Classica - Malattia di Aujeszky)	221	170	-51
Controlli sanitari sugli equini: (Anemia Infettiva - Morbo coitale maligno - Morva - Metrite Contagiosa - Arterite virale)	184	191	7
Interventi di profilassi antirabbica	14	14	0
Interventi accalappiamento cani	95	441	346
Anagrafe canina registrazione in DBR	1435	3.326	1.891
Interventi chirurgici e sterilizzazione popolazione canina/gatti presso canali sanitari	14	886	872
Rilascio passaporti cani, gatti e furetti	285	315	30
Interventi su segnalazione (ad Hoc) cani di proprietà	52	7	-45
Registrazione in BD anagrafe zootecnica capi bovini	26.989	8.237	-18.752
Registrazione in BD anagrafe zootecnica capi ovini - caprini	46.705	11.492	-35.213
Registrazione in BDN smarrimenti e decessi bovini, ovicapri ecc.	8.599	7.034	-1.565
MOD. 4 - Controllo ovicapri, bovini, suini, equini e avicoli in partenza	70	335	265
MOD. 4 - Controllo ovicapri, bovini, suini, equini e avicoli in arrivo	6	0	-6
Registrazione in BDN anagrafe zootecnica partite suini entrata/uscita	2	17	15
Registrazione in BDN anagrafe zootecnica partite ovicapri entrata/uscita	70	198	128
Registrazione in BDN dei censimenti ovicapri	125	42	-83
Registrazione in BDN dei censimenti suini	5	6	1
Bovini ed ovicapri imbolati	2.192	767	-1.425
Sopralluoghi constatazione morte animali			0
Certificazioni sanitarie allevamenti piani di risanamento BR - LEB- TBC	318	200	-118
Certificazioni sanitarie sorveglianza altre malattie infettive e diffusive degli animali domestici	120	25	-95
Certificazione attestante accertamenti diagnostici su animali riproduttivi	1	35	34
Certificazione sanitaria per la esportazione di animali vivi intra ed extra paesi UE (TRACES)	1	93	92
Notifica sospetto/conferma malattia infettiva del bestiame sul sistema informatizzato SANAN-SIMAN	57		-57
Indagini epidemiologiche	44	174	130
Comunicazioni Ufficio Igiene Pubblica/Disinfezioni	30	144	114
Comunicazioni servizio Veter. Area "C"	40	170	130

Proposte ordinanze Direttore Generale - animali infetti da TBC	80	99	19
Notifiche ordinanze direttore generale	83	99	16
Notifiche sequestri aziendali per Blue Tounge/Richieste revoche di sequestri	0	144	144
Istruzione pratiche indennità d'abbattimento	40	79	39
Provvedimenti amministrativi/giudiziari adottati	167	29	-138
Controlli sanitari influenza aviaria-salmonella- campionamenti	29	23	-6
Controlli sanitari per Blue-Tounge - Piano Sentinella etc.	210	168	-42
Controlli sanitari per scrapie, PSG etc.	584	433	-151
Apertura aziende-allevamenti	121	93	-28
Chiusura aziende-allevamenti	34	52	18
Autorizzazioni marche bovine/microchips	2.363	2.070	-293
Autorizzazioni marche ovi-caprine/microchips	942	584	-358
Emissione/ristampa passaporti	18	0	-18
Registrazione modelli 7	49	150	101
Check-list ovini-caprini	24	7	-17
Check-list bovini	23	14	-9
Check-list equini	9	8	-1
Check-list suini	1	1	0
Api-Aethina Tumida controlli sul campo	6.430	5.967	-463
BDN - Inserimento dati	73.972	70.127	-3.845
Sanan - Inserimento dati	3.781	3.159	-622
Georeferenziazione/attività su campo	18	10	-8
Georeferenziazione ed inserimento dati	18	10	-8
Interventi ad hoc su segnalazione privati/forze dell'ordine	40	19	-21
Atti relativi alla revisione del fabbisogno di personale predisposti dalla U.O. nel periodo di riferimento	4	3	-1
Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla struttura nel periodo di riferimento	114	52	-62

5.1.8.b - SERVIZIO VETERINARIO - AREA "B"

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Controlli effettuati sugli impianti per macellazione	541	536	-5
Controlli effettuati sugli stabilimenti riconosciuti adibiti a deposito, trasformazione o lavorazione di alimenti di origine animale	106	108	2
Controlli effettuati sugli esercizi per la commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale nel periodo di riferimento	130	110	-20
Capi macellati nell'anno 2024 N° Capi macellati distinti per specie: Bovini n°2.861; Equini n° 0; Suini n° 2.175; Ovini/ caprini n° 1.541; Avicoli n° 283.793 Cinghiali n° 0; Bufali n° 0; Suini privati a domicilio n° 33	244.409	290.736	46.327
Quantitativi di carni controllate negli impianti di macellazione Q.li	17.809	17.830	21
Quantitativi di carni transitate negli stabilimenti di deposito e lavorazione Q.li	10.941,24	10.403,44	-537,8
Bovini macellati per brucellosi Bovini macellati per tubercolosi Ovi-caprini macellati per brucellosi	100	242	142
Riscontro lesioni anatomo-patologiche da idatidosi: bovini n° 14; Ovi-caprini n° ; cinghiali	28	14	-14
Quantità di prodotti ittici controllati negli stabilimenti di deposito e lavorazione Q.li	10.677,87	7.520,86	-3.157,01
Prelievo campioni effettuati per esami di laboratorio: Scrapie n° 177; Trichinosi suini n° 679 ; Trichinosi cinghiali n. ; Trichinosi suini uso fam. n. 33 Brucellosi /Tubercolosi n° 113; TUBERCOLOSI CINGHIALI n° PIANO DI CAMPIONAMENTO SICUREZZA ALIMENTARE (microbiologico e chimico) n. 107 PIANO ADDITIVI n. 4 PIANO RESISTENZA ANTIMICROBICI n. 2 PIANO RADIAZIONI IONIZZANTI N. 1 Microbiologici IGIENE DI PROCESSO (salmonella, listeria, etc...) n° 26 MICROBIOLOGICO SICUREZZA ALIMENTARE n. 70 Chimici (istamina, mercurio, piombo, etc.) n° 37 Contaminanti ambientali n° 5-fitosanitari n°8 -residui n° 2- Sequestri n° 17, VINCOLO SANITARIO n° 112, SVINCOLO n° 112 Provvedimenti/Prescrizioni/Diffide n° 10	1.372	1.515	143

Controllo certificazione sanitaria, Registri di macellazione n° 515 ; Mod. 4: n° 1.680 Passaporti n° 906 Modelli 17 n° 515 Preavviso di arrivo alimenti e animali vivi provenienti dall'UE n°	3.930	3.616	-314
Capi sottoposti a visita ante mortem e post mortem	244.179	287.869	43.690
Pratiche per registrazioni DIA: macellerie, pescherie, supermercati, mezzi di trasporto, motobarche, aree mercantili, etc	18	95	77
Pratiche per riconoscimento comunitario (macelli, sezionamento, depositi, salumifici, stabilimenti prodotti ittici, gastronomici, etc...)			0
Interventi effettuati con altri enti (NAS, Carabinieri, Capitaneria di Porto, Guardia di Finanza, Corpo Forestale, etc...)	15	15	0
INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Dati e tipologia di attività			0
Controlli effettuati su disposizione dell'U.V.A.C. Per animali/alimenti di provenienza UE	6	6	0
Interventi per Sistemi Rapidi di Allerta	17	26	9
Controlli Ufficiali Unità di Pesca	0	21	21

5.1.8.c - SERVIZIO VETERINARIO - AREA "C"

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
ATTIVITA' DI CONTROLLO VIGILANZA SULLA DISTRIBUZIONE ED IMPIEGO DEL FARMACO VETERINARIO E PROGRAMMI PER LA RICERCA DEI RESIDUI DI TRATTAMENTI ILLECITI ED IMPROPRI			
Allevamenti controllati	241	205	36
Campionamenti su alimenti destinati agli animali stessi	45	38	7
Piano Nazionale Residui (campionamento)	51	35	16
Ricerca di residui e contaminanti ambientali	15	8	7
Farmacie, parafarmacie e depositi di farmaci veterinari controllati	20	7	13

Registri aziendali trattamenti medicinali rilasciati	1	NA	
N° Impianti autorizzati alla detenzione di scorte di medicinali	5	10	5
ATTIVITA' DI PROTEZIONE DELL'AMBIENTE DA RISCHI BIOLOGICI, CHIMICI E FISICI CON DOCUMENTAZIONE EPIDEMIOLOGICA			
Controlli smaltimento rifiuti effettuati nell'anno di riferimento	40	44	4
Ricerca dei metalli pesanti indice di inquinamento ambientale	6	1	5
Interventi di vigilanza malattie infettive	13	46	33
Interventi vigilanza metalli pesanti	5	1	4
Registri carico/scarico sottoprodotti di o.a. rilasciati	3	1	2
(1) Esami BSE; (2) Esami TSE; (3) Esami PrP	20/31/16	2/33/10	
ATTIVITA' DI CONTROLLO E VIGILANZA SULL'ALIMENTAZIONE ANIMALE E SULLA PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEI MANGIMI			
Controlli effettuati negli allevamenti	171	108	63
Controlli effettuati nelle rivendite	15	35	20
CAMPIONAMENTI PNAA 2024			
Richieste per la ricerca di proteine animali, OGM, salmonella, farmaci e additivi	10	23	13
Ricerche effettuate di cui al punto precedente	10	23	13
Ricerche di proteine animali, OGM, salmonella, farmaci e additivi effettuate extra PNAA	3	0	3
Casi risultati non conformi	1	0	1
Sequestri amministrativi	0	0	
PROTEZIONE ANIMALE DA RISCHI BIOLOGICI			
Controlli smaltimento sottoprodotti di o.a.	47	44	3
Ricerca metalli pesanti	7	1	6
Interventi vigilanza metalli pesanti	7	1	1
Registri di carico scarichi sottoprodotti rilasciati	4	1	3
ATTIVITA' DI FARMACO-VIGILANZA			
Allevamenti complessivi	1.320	1.330	10
Allevamenti autorizzati alle scorte	0	0	
Allevamenti autorizzati alle scorte ispezionati nell'anno di riferimento	0	0	
Operatori autorizzati alla vendita di medicinali e a detenere scorte	5	5	

Ispezioni effettuate nell'anno di riferimento	75	55	20
Violazioni amministrative	0	2	2
Denunce Autorità Giudiziarie	0	0	
Sequestri giudiziari e amministrativi	0	0	
ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO SUL LATTE E SULLE PRODUZIONI LATTIERO-CASEARIE			
N. Complessivo di interventi nelle aziende di allevamento bovino e ovi/caprini	293	195	98
Verifica ispettiva requisiti	288	243	45
Verifica del piano HACCP (vari aspetti inerenti il piano di autocontrollo: formazione, rintracciabilità, lavaggio, controllo strutture, etc.)	190	176	14
Controllo preoperativo	27	25	2
Prelievi per verifica igienico ambientali	0	0	
Prelievi campioni per verifiche microbiologiche su materie prime, semilavorati, prodotti finiti	48	28	20
Sanzioni	3	1	2
Denunce all'Autorità Giudiziaria	0	0	
Prescrizioni o richieste provvedimenti sindacali	14	7	7
Sospensioni autorizzazioni sanitarie	0	1	
Vigilanza lattiero/derivati di provenienza comunitaria: (1)N° Controlli conto UVAC; (2) Verifiche documentali	0	0	
ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA SUL BENESSERE DEGLI ANIMALI DA REDDITO E DA AFFEZIONI			
Interventi mirati durante il trasporto degli animali ed all'arrivo di quelli di provenienza estera su segnalazione dell'UVAC	9	3	6
Ispezione nei canali (n°5 canili)	11	5	6
Ispezione nelle stalle di sosta	0	2	
Ispezioni complessive nelle aziende	117	83	34
N.O. per il trasporto animali	18	13	5
Interventi con i NAS e forze dell'ordine in genere	12	19	7
Sanzioni UVAC	0	0	
Mancati interventi	26	31	5

ALTRE ATTIVITA'			
Controlli effettuati sugli esercizi per l'utilizzazione ed il trasporto degli avanzi di origine animali nel periodo di riferimento	52	44	12
Controlli effettuati sugli esercizi per la produzione, commercializzazione e somministrazione degli alimenti destinati agli animali.	104	74	30
Quantità di latte controllato	17.900	5.117	11.550
Determinazione dei metalli pesanti effettuati nelle matrici alimentari	3	3	
Esami epidemiologici dei rischi ambientali dovuti all'attività zootecnica ed all'industria di trasformazione dei prodotti di origine animale: (1) negli allevamenti; (02) nei macelli; (3) nei caseifici	2/1/1	45/0/03	
Controllo e vigilanza sulla distribuzione e sull'impiego del farmaco veterinario, anche attraverso programmi per la ricerca dei residui	71	111	40
Vigilanza e controllo delle produzioni lattiero-casearie	114	28	86
Vigilanza e controllo delle riproduzione animale	46	25	21
Controlli dell'igienicità delle strutture, delle tecniche di allevamento e delle produzioni, ai fini della promozione della qualità dei prodotti di origine animale	265	243	22
Controlli del benessere degli animali da reddito, da affezione e di quelli destinati alla sperimentazione animale	131	82	49
Vigilanza e controlli degli impianti di acquacoltura	14	10	4
Vigilanza e controlli della fauna dei parchi naturali montani e marini	14	7	7
Vigilanza e controlli degli impianti per l'utilizzazione degli avanzi animali e per il trasporto	44	44	
Vigilanza e controlli assistenza zoiatrica	43	26	17
Vidimazione registri trattamenti medicinali	1	0	
Vidimazione registri carico/scarico	3	1	2
SCIA trasporto animali vivi	2	1	1
SCIA trasporto latte e derivati	1	1	
SCIA caseifici vendita diretta	1	3	2
SCIA attività primaria	86	91	5
SCIA deposito prodotti caseari	3	5	2
Atti relativi alla revisione del fabbisogno di personale predisposti dalla UO nel periodo di riferimento	6	5	1

Rapporti periodici/annuali sulle attività svolte e sui risultati conseguiti dalla Struttura nel periodo di riferimento	9	14	5
Atti di organizzazione interna della struttura, nonché alla distribuzione dei carichi di lavoro tra i dipendenti ai fini della produttività collettiva e dell'attribuzione dei relativi compensi, ai sensi del CCNL	9	11	2
Riscontri a verbali del Collegio Sindacale	0	1	1
Disposizioni/Circolari Informative	10	7	3
Atti di determina di competenza /	1	0	-1
Proposte di delibera	0	0	0
ORDINANZE	1	1	0

5.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE

5.2.1 ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

5.2.1.a AMBITO PUBBLICO

Nelle tabelle che seguono sono riportati i volumi di attività di specialistica ambulatoriale resa complessivamente dalle strutture territoriali del Distretto unico, le prime due, e dai privati accreditati, la terza. Fonte del dato: DB WebCUP.

Attività di Specialistica Ambulatoriale Branche a Visita – Ambulatori pubblici

Fonte del dato: DB WebCUP.

BRANCA	2023	2024	Differenza (2024-2023)
Allergologia	2.378	2.050	-328
Angiologia	1.715	1.735	20
Cardiologia	18.780	18.230	-550
Chirurgia	368	115	-253
Dermatologia	5.364	6.417	1.053
Diabetologia	4.060	4.809	749
Endocrinologia	6.724	6.243	-481
Fisiatria	7.877	7.680	-197
Gastroenterologia	270	269	-1
Geriatria	3.191	3.713	522
Ginecologia	1.235	417	-818
Medicina dello sport	2.454	2.592	138
Nefrologia	5.878	6.499	621
Neurologia	4.865	5.016	151
Oculistica	7.919	7.394	-525
Odontoiatria	3.119	3.013	-106
Oncologia	1.225	232	-993
Ortopedia	6.272	5.599	-673
Ortottica	2.055	1.459	-596

Otorinolaringoiatria	8.854	9.868	1.014
Pneumologia	5.559	5.089	-470
Psichiatria	10.834	13.736	2.902
Reumatologia	2.223	3.778	1.555
Urologia	6.091	5.860	-231
Totale	121.501	124.060	2.558

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Branca specialistica		Prestazioni	
		2023	2024
Distretto Sanitario Unico Aziendale	Laboratorio Analisi*	-	-
	Radiologia	7.707	9.861
	Dialisi Mesoraca (trattamenti dialitici, visite, etc.)	8.938	7.352
(*) L'attività diagnostica di laboratorio è assicurata dal Laboratorio Analisi dell'Ospedale di Crotone che riceve tutti i campioni provenienti dai punti prelievi presenti sul territorio e quelli eseguiti nell'ambito dell'ADI.			

5.2.1.a AMBITO PRIVATO ACCREDITATO

All'offerta di servizi di diagnosi e cura che l'ASP rende disponibili attraverso la propria rete di ambulatori si associa quella delle strutture private accreditate con le quali l'azienda ha sottoscritto specifici accordi contrattuali.

ATTIVITA' E PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA RESE DALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

BRANCA SPECIALISTICA	NUMERO PRESTAZIONI 2023	NUMERO PRESTAZIONI 2024
CLINICA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PROCEDURE	218.247	214.669
DIAGNOSTICA PER IMMAGINE	27.821	27.164
DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	546.108	544.800
TOTALE	792.176	786.633

5.2.2 ALTRA ASSISTENZA TERRITORIALE

ATTIVITÀ CONSULTORI E PERCORSO NASCITA

(Dati forniti dal D.S.U.A.)

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
Prima Visita Ginecologica Ostetrica	543	626	83
Visita di controllo	1.489	1.814	325
Visita post partum	0	33	33
Numero visite ostetriche	274	339	65
Numero visite ginecologiche	2.245	2.120	-125
Certificato gravidanza a rischio	34	64	30
Certificato gravidanza per interdizione dal lavoro	29	23	-6
Certificato IVG maggiorenne	67	82	15
Certificato IVG minorenni	4	0	-4
Numero certificati IVG rilasciati dal consultorio	26	22	-4
Colloquio contraccezione	23	85	62
Consulenza o colloquio	93	105	12
Consulenza telefonica		68	68
Consulenze telefoniche (infermiera-ostetrica-ginecologa)	1.533	1.853	320
Consulenze telefoniche (ginecologa)	1.195	1.726	531
Ecografia accrescimento fetale	195	178	-17
Ecografia morfologica fetale	219	203	-16
Ecografia pelvica	26	33	7
Ecografia pelvica TV	32	45	13
Ecografia transvaginale	878	1.130	252

Ecografie ostetriche	869	866	-3
Numero consulenze contraccezione	194	295	101
Numero consulenze per problematiche menopausali	1.317	1.165	-152
Numero dispositivi intrauterini (IUD) applicati	26	72	46
Numero dispositivi intrauterini (IUD) rimossi	31	70	39
Numero ecografie ginecologiche	1.708	2.086	378
Numero ecografie ostetriche 1° trimestre	122	119	-3
Numero ecografie ostetriche 2° trimestre	133	112	-21
Numero ecografie ostetriche 3° trimestre	129	127	-2
Numero prescrizioni di contraccettivi ormonali	127	244	117
Numero totale di donne sottoposte a pap-test spontaneo (ciascun utente deve essere contato una sola volta)	444	478	34
Pap test spontaneo	65	67	2
Poliectomia canale cervicale	3	11	8
Applicazione pessario	4	2	-2
Rimozione pessario	0	2	2

ATTIVITÀ NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

(Fonte dei dati: WebCUP)

INDICATORI DI MISURA DELLA STRUTTURA Tipologia e volumi di attività	Volumi di attività 2023	Volumi di attività 2024	Differenza (2024-2023)
VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE	958	759	-199
VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	687	495	-192
COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	192	292	100
ELETTROENCEFALOGRAMMA	62	83	21
ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	100	125	25
ESERCIZI RESPIRATORI	31	5	-26

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	36	57	21
RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE	72	575	503
SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	1	4	3
SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	0	4	4
SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	9	20	11
SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	164	135	-29
TERAPIA OCCUPAZIONALE	939	1277	338
TRAINING PER DISFASIA	324	193	-131
TRAINING PER DISLESSIA	450	1279	829
TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI	0	54	54

5.2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

L'assistenza domiciliare integrata è un servizio per persone di tutte le età con una o più malattie croniche o una condizione clinica terminale che richiede un'assistenza sanitaria professionale continua e altamente specializzata.

Tale è l'importanza attribuita a questo setting assistenziale che nell'ambito del PNRR sono previsti importanti investimenti per consentire alle Regioni di raggiungere l'obiettivo di aumentare il volume e la qualità delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Nella tabella che segue è riportata la numerosità dei pazienti presi in carico ed assistiti a domicilio dall'ASP di Crotone nell'ultimo triennio.

A.D.I. ASP di CROTONE – Assistiti presi in carico

Anno	Totale Pazienti presi in carico	over 65 presi in carico	<i>over 65 presi in carico</i> <i>popolazione over 65</i>
2022	2.347	1.945	5,5%

2023	3.042	2.663	7,9%
2024	4532	3974	11,6%

5.3 ATTIVITA' DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

5.3.1 SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC)

(fonte dati: database GeRicoWeb, provvisorio)

Regime di ricovero ordinario	2023	2024
Casi dimessi	298	317
Tasso di occupazione p.l.	73,99	66,86
Degenza media	12,69	10,81
Regime di ricovero diurno		
Casi dimessi	79	115
Numero accessi	371	600

5.3.2 CENTRO SALUTE MENTALE – CROTONE, Cirò Marina e Mesoraca

(Dati forniti dal Direttore del DSM e dai Dirigenti Responsabile del CSM)

Volumi delle principali attività

	CSM Crotone		CSM Cirò Marina		CSM Mesoraca	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
1. Attività di accoglienza	15.617	13.978	577	521	580	770
2. Utenti in carico (riferiti all'anno precedente)	7.353	10.001	993	937	267	1.170

3. Nuovi utenti	603	903	587	521	496	687
6. Iniziative di prevenzione e promozione della salute	182	174	40	0	0	0
7. Accertamenti medico-legali	2.258	1.282	322	328	562	796
8. Visite psichiatriche	9.768	7.568	2.694	2.625	1.865	2.270
8.a Prima visita psichiatrica	626	464	467	388	650	807
8.b Visita psichiatrica di controllo	9.142	7.104	2.227	2.237	1.215	1.463
9. Prima visita psicologica			160	133		
9.bis Colloquio psicologico clinico	1.629	1.798	380	228	234	2.500
10. Somministrazione test	312	338	179	72	91	10
10.a Somministrazione ed interpretazione di test proiettivi e della personalità	300	331	79	58	50	10
10.b Somministrazione ed interpretazione di test di intelligenza	12	5	28	0	14	0
10.c Somministrazione ed interpretazione di test di deterioramento o sviluppo intellettivo	0	2	41		14	0
10.d Somministrazione ed interpretazione di test della memoria	0	0	31	14	13	0
11. Consultazioni/Valutazioni (équipe, discussione casi)	1.134	1.217	1.357	1.384	49	35
13. Trattamento Territoriale Integrato	330	103	345	210	0	0
14. Trattamento familiare e psicoeducazionale	272	354	-		887	945
15. Interventi socio-riabilitativi sul territorio	44	4	-		0	0
16. Colloqui telefonici ed ambulatoriali	12.354	15.274	1.594	1.446	2.088	2.275

17. Prestazioni infermieristiche	4.941	5.444	10.483	12.124	1.844	1.819
18. Ricoveri predisposti in ASO-TSO	27	2	11	11	8	0
20.bis Inserimenti e proroghe in strutture	59	34	8	17	18	15
30. Interventi domiciliari	1.635	1.378			2.016	2.282
31. Psicoterapie (individuali/coppie/familiari)	1.986	2.604	236	233	1.028	1.108
31.a Psicoterapia individuale (per seduta)	1.669	2.413	236	233	964	1.051
31.b Psicoterapia familiare (per seduta)	118	59	0	0	58	51
31.c Psicoterapia di coppia (per seduta)	110	122	0	0	6	6
31.d Psicoterapia di gruppo (per seduta e per partecipante)	89	10	0	0	0	0
31.e Ipnoterapia	0	0	0	0	0	0
32. Interventi socio-sanitari	9	16	0	0	0	0
33. Colloqui e relazioni sociali	270	1.768	0	0	0	0
34. Attività presso Casa Circondariale (num. Ore)						
36. Num. Di turni (12 ore) del personale del CSM assicurati per attività dipartimentali (TSO, turni in SPDC) (num. Turni / num. Ore)	196	32	123		53	14
37. Attività di formazione e attività di Tutor (in giornate)	347	820	63	94	45	0

5.4 ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera viene assicurata dall'ospedale pubblico "San Giovanni di Dio" di Crotone, in posizione spoke rispetto all'hub di riferimento rappresentato dall'Azienda Universitaria Ospedaliera "Dulbecco" di Catanzaro, e dalle otto case di cura private accreditate presenti nel territorio dell'ASP di Crotone.

5.4.1 OSPEDALE PUBBLICO "San Giovanni di Dio"

Il più recente documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera adottato con DCA n. 360 del 20/11/2024 in recepimento del parere espresso sui contenuti del precedente DCA n.78/2024 dal Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del D.M. 70/2015 prevede che il Presidio San Giovanni di Dio di Crotone disponga di 309 posti letto suddivisi per tipologia in:

Ordinari	Day surgery	Day Hospital	Week Surgery	Totali
275	10	18	6	309

Per un totale complessivo di 309 posti letto di cui secondo la vigente articolazione dipartimentale si propone la distribuzione per disciplina.

Dipartimento	Denominazione UU.OO.	Posti Letto Ordinari	Posti Letto Diurni DS	Posti Letto Diurni DH	Posti letto week surgery	Posti Letto TOTALE
Dipartimento AFO Medica	Cardiologia	20	0	0	-	20
	Medicina Generale	40	0	0	-	40
	Malattie infettive e Tropicali	8	0	2	-	10
	Ematologia	0	0	0	-	0
	Geriatria	20	0	0	-	20

	Nefrologia	8	0	2	-	10
	Neurologia con Stroke Unit	10	0	0	-	10
	Oncologia	8	0	4	-	12
	DH Multidisciplinare AFO Medica	0	0	6	-	6
	Totale	114	0	14	-	128
Dipartimento AFO Chirurgica	Chirurgia generale	30	0	0	-	30
	Oculistica	0	0	0	-	0
	Ortopedia e Traumatologia	30	0	0	-	30
	Otorinolaringoiatria	0	0	0	-	0
	DS Multidisciplinare AFO Chirurgica	0	6	0	6	12
	Totale	60	6	0	6	72
Dipartimento Materno-Inf.le	Ostetricia e Ginecologia	26	4	0	-	30
	Pediatria	8	0	2	-	10
	Neonatologia	10	0	0	-	10
	con TIN	4	0	0	-	4
	Totale	48	4	2	-	54
DEA I Liv. (componente ospedaliera)	Terapia Intensiva	10	0	0	-	10
	Terapia Intensiva (COVID)	3	0	0	-	3
	Unità Coronarica	10	0	0	-	10
	MCAE	12	0	0	-	12
	Totale	35	0	0	-	35
DSM	Psichiatria (SPDC)	14	0	2	-	16
	Totale	14	0	2	-	16
Dip.to AFO Servizi San. Supp.	Gastroenterologia (Endoscopia)	4	0	0	-	4
	Totale	4	0	0	-	4
TOTALE GENERALE		275	10	18	6	309

La dotazione di posti letto si completa con i posti letto tecnici dell'Osservazione Breve Intensiva nell'ambito della quale è prevista anche quella pediatrica assicurata dal personale dello stesso reparto di Pediatria, quelli destinati ad accogliere i neonati (nido) e quelli della Dialisi annessa al reparto di Nefrologia.

5.4.2 OSPEDALITA' PRIVATA

L'assistenza in regime di ricovero assicurata dall'Ospedale San Giovanni di Dio si completa con quella offerta dal Privato accreditato.

I posti letto delle otto strutture presenti sul territorio sono così distribuiti.

Denominazione Struttura		Cod. Disc.	Posti Letto
C.C. SANTA RITA (180045)		Riabilitazione - cod. 56	22
		Lungodegenza - cod. 60	25
C.C. ISTITUTO S. ANNA	codice NSIS 180 004	Riabilitazione - cod. 56	48
		Gravi Cerebrolesioni cod. 75	20
		Unità di Risveglio - cod. 75	10
	codice NSIS 180 005	Riabilitazione - cod. 56	20
		Lungodegenza Specializzata	50
C.C. ROMOLO HOSPITAL (180151)		Urologia - cod. 43	37
		Riabilitazione - cod. 56	14
C.C. SADEL di Salvatore Baffa (180002)		Riabilitazione - cod. 56	14
C.C. MADONNA DELLO SCOGLIO (180003)		Reumatologia - cod. 71	40
MARRELLI HEALTH	C.C. CALABRODENTAL (180101)	Chir. Maxillofacciale - cod. 10	6
		Odontostomatologia - cod. 35	2
	C.C. MARRELLI HOSPITAL (180107)	Chirurgia Generale - cod. 09	40
		Ortopedia e Trauma. cod. 36	20
TOTALE 368 P.L. di cui 223 destinati alle cure post-acuzie			

5.4.3 Ospedale San Giovanni di Dio di Crotone. Principali indicatori di attività

Le Tabelle che seguono riportano l'attività di ricovero resa complessivamente dalle unità operative ospedaliere nel corso del 2024. Il dato riportato è da considerare provvisorio in quanto elaborato sulla scorta delle informazioni presenti nell'archivio dimissione ospedaliera con una completezza del 90% circa.

Tabella 1 - P.O. Crotone - Indicatori Ricoveri Ordinari

2024 (provvisorio)		dimessi	posti letto	degenza totale	numero interventi	decessi	casi chirurgici	indice rotazione	indice di occupazione	turnover	indice letalità	% interventi	degenza media	% casi chirurgici
0801	CARDIOLOGIA	579	20	5569	88	27	128	28,95	76,08	3,02	4,66	15,2	9,62	22,11
0901	CHIRURGIA GEN.	900	30	7419	630	29	444	30	67,57	3,96	3,22	70	8,24	49,33
2101	GERIATRIA	721	20	9246	15	112	13	36,05	126,31	-2,67	15,53	2,08	12,82	1,8
2401	MALATTIE INFETTIVE	97	8	1434	3	9	2	12,13	48,98	15,4	9,28	3,09	14,78	2,06
2402	MALATTIE INFETTIVE Area Covid	65	26	1093	1	12	1	2,5	11,49	129,58	18,46	1,54	16,82	1,54
2601	MEDICINA GENERALE	640	36	11466	17	78	7	17,78	87,02	2,67	12,19	2,66	17,92	1,09
2901	NEFROLOGIA	191	8	2503	4	24	4	23,88	85,48	2,23	12,57	2,09	13,1	2,09
3201	NEUROLOGIA	386	10	3761	2	27	2	38,6	102,76	-0,26	6,99	0,52	9,74	0,52
3601	ORTOPEDIA	769	30	5682	659	12	618	25,63	51,75	6,89	1,56	85,7	7,39	80,36
3701	OSTETRICIA E GINEC.	1491	26	5979	627	1	436	57,35	62,83	2,37	0,07	42,05	4,01	29,24
3901	PEDIATRIA	695	8	3118	9	0	9	86,88	106,49	-0,27	0	1,29	4,49	1,29
4001	PSICHIATRIA	317	14	3426	0	0	0	22,64	66,86	5,36	0	0	10,81	0
4901	TERAPIA INTENSIVA	92	10	880	20	47	11	9,2	24,04	30,22	51,09	21,74	9,57	11,96
5001	UNITA' CORONARICA	177	10	737	13	26	19	17,7	20,14	16,51	14,69	7,34	4,16	10,73
5101	MEDICINA D'URG.	71	8	525	3	3	2	8,88	17,93	33,85	4,23	4,23	7,39	2,82
6201	PAT. NEONATALE	1120	10	3513	1	0	1	112	95,98	0,13	0	0,09	3,14	0,09
6401	ONCOLOGIA MEDICA	311	7	4962	10	64	9	44,43	193,68	-7,72	20,58	3,22	15,95	2,89
7301	T.I. NEONATALE													

Tabella 1.b - P.O. Crotone - Indicatori Ricoveri Ordinari

2023		dimessi	posti letto	degenza totale	numero interventi	decessi	casi chirurgici	indice rotazione	indice di occupazione	turnover	indice letalita	% interventi	degenza media	% casi chirurgici
0801	CARDIOLOGIA	680	20	7.274	114	26	150	34	99,64	0,04	3,82	16,76	10,7	22,06
0901	CHIRURGIA GEN.	964	30	7.157	622	35	425	32,13	65,36	3,93	3,63	64,52	7,42	44,09
2101	GERIATRIA	824	20	10.694	5	134	5	41,2	146,49	-4,12	16,26	0,61	12,98	0,61
2401	MALATTIE INFETTIVE	5	8	99	0	1	0	0,63	3,39	564,2	20	0	19,8	0
2402	MALATTIE INFETTIVE Area Covid	191	26	2.652	2	26	2	7,35	27,95	35,8	13,61	1,05	13,88	1,05
2601	MEDICINA GENERALE	1.052	36	13.801	20	100	16	29,22	105,03	-0,63	9,51	1,9	13,12	1,52
2901	NEFROLOGIA	266	8	3.499	14	29	14	33,25	119,83	-2,18	10,9	5,26	13,15	5,26
3201	NEUROLOGIA	476	10	4.151	0	28	0	47,6	113,73	-1,05	5,88	0	8,72	0
3601	ORTOPEDIA	734	30	6.244	636	6	572	24,47	57,02	6,41	0,82	86,65	8,51	77,93
3701	OSTETRICIA E GINEC.	1.589	26	6.463	616	0	478	61,12	68,1	1,9	0	38,77	4,07	30,08
3901	PEDIATRIA	764	8	3.072	10	0	9	95,5	105,21	-0,2	0	1,31	4,02	1,18
4001	PSICHIATRIA	316	14	3.953	0	0	0	22,57	77,36	3,66	0	0	12,51	0
4901	TERAPIA INTENSIVA	112	10	1.618	33	62	20	11,2	44,33	18,14	55,36	29,46	14,45	17,86
5001	UNITA' CORONARICA	148	10	663	5	26	13	14,8	18,16	20,18	17,57	3,38	4,48	8,78
5101	MEDICINA D'URG.	1	8	1	0	1	0	0,13	0,03	2919	100	0	1	0
6201	PAT. NEONATALE	1.226	10	5.184	0	0	0	122,6	142,03	-1,25	0	0	4,23	0
6401	ONCOLOGIA MEDICA	336	7	4.820	13	76	11	48	188,65	-6,74	22,62	3,87	14,35	3,27
7301	T.I. NEONATALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabella 2.a - P.O. Crotone - Indicatori Ricoveri in Day Hospital

2024 (provvisorio)		DH conclusi	posti letto	degenza totale	casi chirurgici	indice rotazione	indice di occupazio ne	% day hospital	degenza media	% casi chirurgici
0201	DH MULTISPEC. MEDICO	682	6	5.482	52	113,67	290,98	100	8,04	7,62
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1	2	1	0	0,5	0,16	0,52	1	0
2901	NEFROLOGIA	546	4	1.116	259	136,5	88,85	26,45	2,04	47,44
3701	OSTETRICIA E GIN.	389	2	906	16	194,5	144,27	35,79	2,33	4,11
3901	PEDIATRIA	115	2	600	0	57,5	95,54	26,62	5,22	0
4001	PSICHIATRIA	322	3	1.781	1	107,33	189,07	50,63	5,53	0,31
6401	ONCOLOGIA MEDICA	365	8	1.696	283	45,63	67,52	100	4,65	77,53
9801	DS MULTISPEC. CHIRURGICO	682	6	5.482	52	113,67	290,98	100	8,04	7,62

Tabella 2.a - P.O. Crotone - Indicatori Ricoveri in Day Hospital

2023		DH conclusi	posti letto	degenza totale	casi chirurgici	indice rotazione	indice di occupazio ne	% day hospital	degenza media	% casi chirurgici
0201	DH MULTISPEC. MEDICO	851	6	7.309	75	141,83	389,19	100	8,59	8,81
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	74	2	282	0	37	45,05	93,67	3,81	0
2901	NEFROLOGIA	61	2	261	0	30,5	41,69	18,65	4,28	0
3701	OSTETRICIA E GIN.	665	4	1.337	322	166,25	106,79	29,5	2,01	48,42
3901	PEDIATRIA	419	2	977	21	209,5	156,07	35,42	2,33	5,01
4001	PSICHIATRIA	120	2	557	0	60	88,98	27,52	4,64	0
6401	ONCOLOGIA MEDICA	649	3	6.864	33	216,33	730,99	65,89	10,58	5,08
9801	DS MULTISPEC. CHIRURGICO	511	8	2.328	365	63,88	92,97	100	4,56	71,43

Tabella 3 - P.O. Crotone - Peso Relativo Medio e Indice di Case Mix - Ricoveri Ordinari
(2024, dato provvisorio)

Reparto		casi		peso		P.R.M.		I.C.M.	
		2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023
0801	CARDIOLOGIA	579	680	739,4087	834,1556	1.2770	1.2266	1.2829	1.2598
0901	CHIRURGIA GENERALE	900	964	992,8585	1128,2136	1.1031	1.1703	1.1082	1.2019
2101	GERIATRIA	721	824	823,8924	842,0424	1.1427	1.0218	1.1479	1.0494
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	97	5	119,0152	4,7196	1.2269	0.9439	1.2326	0.9693
2402	MALATTIE INFETTIVE AREA COVID	65	191	62,9699	136,0969	0.96876	0.7125	0.9732	0.7317
2601	MEDICINA GENERALE	640	1052	778,2098	1209,0212	1.2159	1.1492	1.2215	1.1802
2901	NEFROLOGIA	191	266	214,6983	315,2727	1.1240	1.1852	1.12925	1.2172
3201	NEUROLOGIA	386	476	368,2572	448,9607	0.9540	0.9431	0.9584	0.9686
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	769	734	1136,7145	1046,2225	1.4781	1.4253	1.4849	1.4638
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1490	1589	817,8847	898,4526	0.5489	0.5654	0.5514	0.5806
3901	PEDIATRIA	695	764	382,494	415,0411	0.5503	0.5432	0.5528	0.5579
4901	TERAPIA INTENSIVA	92	112	180,0456	247,2621	1.9570	2.2076	1.9660	2.2672
5001	UNITA' CORONARICA	177	148	212,9249	181,1755	1.2029	1.2241	1.2085	1.2571
5101	MEDICINA D'URGENZA	71	--	77,7076	--	1.0944	--	1.0995	--
6201	PATOLOGIA NEONATALE	361	380	278,0114	207,1009	0.7701	0.5450	0.7736	0.5597
6401	ONCOLOGIA MEDICA	311	336	325,2908	383,2706	1.0459	1.1406	1.0507	1.1714
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	--	-	--	-	--	-	--

Tabella 4 - P.O. Crotone - Peso Relativo Medio e Indice di Case Mix - Ricoveri Day Hospital
anno 2024 (dato provvisorio)

Reparto		casi		peso		P.R.M.		I.C.M.	
		2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023
0201	DH MULTISPEC. MEDICO	682	851	626,3564	815,9251	0.9184	0.9587	1.1864	1.0915
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	-	74		89,8106	-	1.2136	-	1.3817
2901	NEFROLOGIA	1	61	1,1501	63,2276	1.501	1.0365	1.4857	1.1800
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	546	665	358,0292	422,147	0.6557	0.6348	0.8470	0.7227
3901	PEDIATRIA	389	419	212,9958	236,14	0.5475	0.5635	0.7073	0.6416
6401	ONCOLOGIA MEDICA	322	649	237,3193	727,1197	0.7370	1.1203	0.9520	1.2755
9801	DS MULTISPEC. CHIRURGICO	365	511	348,4788	482,7223	0.9547	0.9446	1.233	1.0754

Tabella 5.a - P.O. Crotone - Indice Comparativo di Performance
anno 2024 (dato provvisorio)

reparto		casi		Peso		I.C.P.	
		2024	2023	2024	2023	2024	2023
0801	CARDIOLOGIA	432	521	577,86	660,13	1,1	1,09
0901	CHIRURGIA GENERALE	810	861	878,39	995,78	0,88	0,87
2101	GERIATRIA	508	534	584,69	527,86	1,64	1,62
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	79	3	94,31	2,37	1,73	1,1
2402	MALATTIE INFETTIVE AREA COVID	37	123	33,49	79,93	1,42	1,04
2601	MEDICINA GENERALE	435	828	516,75	951,2	2,13	1,65
2901	NEFROLOGIA	152	193	171,81	231,49	1,52	1,51
3201	NEUROLOGIA	263	356	246,83	326,59	1,21	1,02
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	668	656	1030,9	976,92	0,9	1,13
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.263	1376	707,61	797,03	0,47	0,48
3901	PEDIATRIA	602	647	337,04	360,36	0,57	0,58

5001	UNITA' CORONARICA	35	26	52,07	35,14	0,83	0,5
5101	MEDICINA D'URGENZA	65	- -	71,33	- -	0,95	- -
6201	PATOLOGIA NEONATALE	330	330	260,55	175,53	0,56	0,53
6401	ONCOLOGIA MEDICA	197	196	207,57	225,58	1,74	1,65
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	- -	-	- -	-	- -

Tabella 6 - P.O. Crotone -2024 - % Interventi per frattura del femore effettuati entro due giorni
(dato provvisorio)

DRG	Totale interventi	interventi entro 2 giorni	interventi dopo 2 giorni
210	56	33	23
211	100	75	25
485	6	6	0
544	88	50	38
TOTALE	250	164	86
% interventi per frattura del femore effettuati entro due giorni: 18%			

Tabella 7. P.O. Crotone –Parti con TC anno 2024
(dato provvisorio)

DRG	tipo	MDC	descrizione DRG	numero casi	degenza totale	degenza media
370	C	014	PARTO CESAREO CON CC	2	14	7
371	C	014	PARTO CESAREO SENZA CC	245	1.084	4,42
372	M	014	PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	5	32	6,4
373	M	014	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	830	3.292	3,96
374	C	014	PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	5	57	11,4
375	C	014	PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E R	2	12	6

Totale n° parti	1.089
Totale n° parti con TC	247
% n° parti con TC	22,7%

Tabella 8.a e 8.b P.O. di Crotone – Indicatore griglia LEA: DRG medici in reparti chirurgici

2024 (dato provvisorio)	DRG Medici					Totale casistica			
	n. casi	degenza	deg. media	peso	%	n. casi	degenza	deg. media	peso
0901 - Chirurgia Generale	459	4.164	9,1	342,71	50,4	910	7.534	8,27	1.010,40
3601 - Ortopedia	162	878	5,4	108,49	19,9	816	5.990	7,34	1.204,16
9801 - DS Multidisciplinare chirurgico	103	414	4,0	70,48	23,8	432	1.980	4,58	415,39
3701 - Ostetricia e Ginecologia	1.361	4.579	3,4	579,58	65,4	2.081	7.217	3,46	1.203,79
TOTALE	2.085	10.035	4,8	1.101,20	49,2	4.239	22.721	5,36	3.833,70

2023	DRG Medici					Totale casistica			
	n. casi	degenza	deg. media	peso	%	n. casi	degenza	deg. media	peso
0901 - Chirurgia Generale	478	3206	6,7	359,58	54,75	873	6.506	7,45	1.027,81
3601 - Ortopedia	157	980	6,24	102,47	22,08	711	5.999	8,43	1.007,01
9801 - DS Multidisciplinare chirurgico	121	438	3,61	83,02	30,71	394	1.839	4,66	376,03
3701 - Ostetricia e Ginecologia	1.422	4.912	3,45	615,5	65,05	2.186	7.631	3,49	1.274,92
TOTALE	2.178	9.536	4,4	1.160,57	52,3	4.164	4.164	21.975	3.685,77

Tabella 8.a - Produzione per reparto

anno 2024 (dato provvisorio)

Reparto		ricoveri ordinari			ricoveri DH			Totale		
		casi	degenza	€	casi	degenza	€	casi	degenza	€
0201	DH MULTISPEC. MEDICO	0	0	0	682	5.482	1.354.136	682	5.482	1.354.136
0801	CARDIOLOGIA	579	5.569	2.452.095	0	0	0	579	5.569	2.452.095
0901	CHIRURGIA GENERALE	900	7.419	3.198.066	0	0	0	900	7.419	3.198.066
2101	GERIATRIA	721	9.246	2.454.557	0	0	0	721	9.246	2.454.557
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	97	1.434	392.640	0	0	0	97	1.434	392.640
2402	MALATTIE INFETTIVE-AREA COVID	65	1.093	217.231	0	0	0	65	1.093	217.231
2601	MEDICINA GENERALE	640	11.466	2.533.566	0	0	0	640	11.466	2.533.566
2901	NEFROLOGIA	191	2.503	699.802	1	1	260	192	2.504	700.062
3201	NEUROLOGIA	386	3.761	1.125.550	0	0	0	386	3.761	1.125.550
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	769	5.682	4.102.300	0	0	0	769	5.682	4.102.300
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.491	5.979	2.402.151	546	1.116	483.898	2.037	7.095	2.886.049
3901	PEDIATRIA	695	3.118	1.206.477	389	906	196.930	1.084	4.024	1.403.407
4001	PSICHIATRIA	317	3.426	580.401	115	600	95.825	432	4.026	676.226
4901	TERAPIA INTENSIVA	92	880	516.212	0	0	0	92	880	516.212
5001	UNITA' CORONARICA	177	737	486.463	0	0	0	177	737	486.463
5101	MEDICINA D'URGENZA	71	525	225.602	0	0	0	71	525	2.25.602
6201	PATOLOGIA NEONATALE	1.120	3.513	1.673.636	0	0	0	1.120	3.513	1.673.636
6401	ONCOLOGIA MEDICA	311	4.962	1.066.744	322	1.781	407.106	633	6.743	1.473.850
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9801	DS MULTISPEC. CHIRURGICO	0	0	0	365	1.696	571.322	365	1.696	571.322
TOTALE Ospedale		8.622	71.313	25.333.493	2.420	11.582	3.109.477	11.042	82.895	2.844.2970

Tabella 8.b - Produzione per reparto**anno 2023**

Reparto		ricoveri ordinari			ricoveri DH			Totale		
		casi	degenza	€	casi	degenza	€	casi	degenza	€
0201	DH MULTISPEC. MEDICO	0	0	0	851	7309	1.807.185	851	7309	1.807.185
0801	CARDIOLOGIA	680	7274	2.837.572	0	0	0	680	7274	2.837.572
0901	CHIRURGIA GENERALE	964	7157	3.548.304	0	0	0	964	7157	3.548.304
2101	GERIATRIA	824	10694	2.431.000	0	0	0	824	10694	2.431.000
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	5	99	20.531	74	282	73.328	79	381	93859
2402	MALATTIE INFETTIVE-AREA COVID	191	2652	506.050	0	0	0	191	2652	506.050
2601	MEDICINA GENERALE	1.052	13801	3.657.298	0	0	0	1052	13801	3.657.298
2901	NEFROLOGIA	266	3499	1.018.809	61	261	64.786	327	3760	1.083.595
3201	NEUROLOGIA	476	4151	1.369.088	0	0	0	476	4151	1.369.088
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	734	6244	3.672.942	0	0	0	734	6244	3672942
3701	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.589	6463	2.635.575	665	1337	572.762	2.254	7800	3.208.337
3901	PEDIATRIA	764	3072	1.233.677	419	977	218.873	1.183	4049	1.452.550
4001	PSICHIATRIA	316	3953	596.188	120	557	89.144	436	4510	685.332
4901	TERAPIA INTENSIVA	112	1618	841.423	0	0	0	112	1618	841.423
5001	UNITA' CORONARICA	148	663	386.570	0	0	0	148	663	386.570
5101	MEDICINA D'URGENZA	1	1	416	0	0	0	1	1	416
6201	PATOLOGIA NEONATALE	1.226	5184	1.480.002	0	0	0	1.226	5184	1.480.002
6401	ONCOLOGIA MEDICA	336	4820	1.175.682	649	6864	1.778.380	985	11684	2.954.062
7301	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9801	DS MULTISPEC. CHIRURGICO	0	0	0	511	2328	757.180	511	2328	757.180
TOTALE Ospedale		9.684	81.345	27.411.127	3.350	19.915	5.361.638	13.034	101.260	32.772.765

Tabella 9. Pronto Soccorso anno 2024 vs 2023

(Fonte: Pronto Soccorso)

	2023	2024
Totale numero accessi	43.466	46.698
Numero accessi seguiti da ricovero	8.192	7.648
Numero accessi non seguiti da ricovero	35.274	39.050

Le Tabelle che seguono riportano l'attività di specialistica ambulatoriale per esterni realizzata da ciascuna delle unità operative del Presidio Ospedaliero per l'anno 2024.

Tabella 10. Attività Specialistica Ambulatoriale**Diagnostica strumentale e di laboratorio anno 2024 vs 2023**

(Fonte: DB WebCUP)

Presidio Ospedaliero Crotone	Branca Specialistica	2023	2024
	Laboratorio Analisi	563.436	652.243
	Anatomia Patologica	3.782	4.232
	Radiologia	47.651	47.716

Tabella 11. P.O. Crotone - Attività Specialistica Ambulatoriale
Branche a visita anno 2024 (fonte: Database WebCUP, elaborazione 24.01.2024)

BRANCA	2023	2024	Differenza (2024-2023)
Anestesia/Rianimazione	635	579	-56
Angiologia	7.254	10.921	3.667
Audiologia	72	10	-62
Cardiologia	7.996	7.503	-493
Chirurgia	2.856	2.979	123
Dermatologia	5.324	5.797	473
Diabetologia	20.280	22.348	2.068
Endocrinologia	32	20	-12
Fisiatria	15.546	20.847	5.301
Gastroenterologia	17.909	14.355	-3.554
Geriatria	336	563	227
Ginecologia	7.683	9.124	1.441
Malattie infettive	1.065	1.605	540
Medicina generale	1.227	410	-817
Microcitemia/Ematologia	5.179	5.614	435
Nefrologia	1.289	900	-389
Neurologia	6.795	6.449	-346
Oculistica	11.274	12.608	1.334
Oncologia	8.026	12.417	4.391
Ortopedia	6.848	7.525	677
Ortottica	830	2.051	1.221
Otorinolaringoiatria	9.275	9.082	-193
Patologia neonatale	955	1.336	381
Pediatria	1.500	1.846	346
Pneumologia	3.519	3.166	-353
Reumatologia	682	1.103	421
Totale	144.387	161.158	16.771

5.4.4 Ospedalità privata accreditata, attività di ricovero

Istituto di ricovero privato accreditato		Reparto	2023	2024	Diff.
C.C. SANTA RITA (180045)		Riabilitazione - cod. 56	242	285	43
		Lungodegenza - cod. 60	194	185	-9
		TOTALE	436	470	34
ISTITUTO S. ANNA	codice NSIS 180 004	Riabilitazione - cod. 56	393	396	3
		Gravi Cerebrolesioni cod. 75	150	138	-12
		Unità di Risveglio - cod. 75	84	93	9
		004, Totale	627	627	0
	codice NSIS 180 005	Riabilitazione - cod. 56	275	264	-11
		Lungodegenza Specializzata	107	106	-1
		005, Totale	382	370	-12
		TOTALE	1.009	997	-12
C.C. ROMOLO HOSPITAL (180151)		Urologia - cod. 43	2.233	1.077	-1.156
		Riabilitazione - cod. 56	387	159	-228
		TOTALE	2.620	1.236	-1.384
C.C. SADEL di Salvatore Baffa (180002)		Riabilitazione - cod. 56	321	321	0
		TOTALE	321	321	0
C.C. MADONNA DELLO SCOGLIO (180003)		Reumatologia - cod. 71	1.967	2.299	332
		TOTALE	1.967	2.229	332
MARRELLI HEALTH	C.C. CALABRODENTAL (180101)	Chir. Maxillofacciale - cod. 10	931	925	-6
		Odontostomatologia - cod. 35	270	368	98
		101, Totale	1.201	1.293	92
	C.C. MARRELLI HOSPITAL (180107)	Chirurgia Generale - cod. 09	529	520	-9
		Ortopedia e Trauma. cod. 36	641	690	49
		107, Totale	1.170	1.210	40
		TOTALE	2.371	2.503	132

Case di Cura Private accreditate, Totale ricoveri	2023	2024	Diff.
	8.724	7.826	-898

6. NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (DM 12.03.2019) - INDICATORI ASP DI CROTONE

Il DM 12 marzo 2019, pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019, ha introdotto nel panorama informativo del SSN il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (NSG).

Operativo dal 01.01.2020 il NSG rappresenta lo strumento attraverso il quale, a partire dalle numerose informazioni disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), si può verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

In questa ottica il Sistema Informativo Sanitario della Regione Calabria (SISR) è stato implementato di una componente specifica che consente il calcolo ed il monitoraggio degli indicatori previsti dal NSG.

Utilizzando questa funzione si riportano, di seguito, i valori di alcuni indicatori così da fornire un quadro sintetico, pur se parziale, del livello di soddisfacimento dei LEA da parte dell'ASP di Crotone.

Le informazioni riportate sono state ottenute attraverso la specifica funzione presente nella componente "Direzionale" del SISR rispetto ad una base dati aggiornata al 25.01.2025.

H04Z: Inappropriatezza

Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario

NOTE:

- Soglia indicatore = 0,24 (Adempienza 0,24)
- Verso indicatore decrescente, al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA

Data aggiornamento database: 25 gennaio 2025

	N. Ricoveri con DRG "inappropriato" / N. Ricoveri con DRG non "inappropriato".		
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	0,11	0,12	0,17
Calabria	0,09	0,09	0,09

H05Z: Colectectomie

Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni

NOTE:

- Soglia indicatore = 70 % (Adempienza $\geq 70\%$)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SDO trasmesso ad NSIS con applicazione di eventuali ulteriori Criteri di Selezione di seguito esplicitati
- Attenzione questo indicatore ha come limite superiore dell'intervallo temporale il mese precedente all'ultimo mese caricato.

	% Colectectomie Lap. con degenza post-operatoria < 3 gg.		
	2022	2023	2024
Ospedale San Giovanni di Dio (180032)	75,00%	74,60%	82,81%
ASP Crotone (202)	88,24%	78,81%	86,07%
Calabria	67,52%	71,34%	76,26%

H13C: Frattura Femore

Percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

NOTE:

- Soglia indicatore = 60% (Adempienza $\geq$ 60%)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SDO trasmesso ad NSIS con applicazione di eventuali ulteriori Criteri di Selezione di seguito esplicitati

	Pazienti Operati entro due giorni		
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202) – Osp. San Giovanni di Dio (180032)	14,16%	17,15%	52,53%
Calabria	42,06%	42,06%	62,32%

H18C: Parti cesarei

% di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno

NOTE:

- Soglia indicatore = 25% (Adempienza 25%)
- Verso indicatore decrescente, al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SDO trasmesso ad NSIS

	% Parti Cesarei Primari in Maternità II Livello o $\geq$ 1.000 Parti		
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	19,14%	14,67%	9,45%
Calabria	27,37%	25,63%	26,42%

H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico

Proporzione di morti a trenta giorni dalla data di ricovero in ospedale per ictus ischemico

NOTE:

- Soglia indicatore = 13,64% (Adempienza 13,64%)
- Verso indicatore decrescente, al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SDO trasmesso ad NSIS con applicazione di eventuali ulteriori Criteri di Selezione di seguito esplicitati

Proporzione deceduti a 30gg da ricovero per ictus ischemico			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	11,72%	8,82%	11,76%
Calabria	14,76%	14,77%	12,77%

D03C: Tasso Ospedalizzazione

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco

NOTE:

- Soglia indicatore = 373 (Adempienza 373)
- Verso indicatore decrescente, al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SDO trasmesso ad NSIS

Tasso STD Complessivo Patologie evitabili			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	260,44	145,21	72,77
Calabria	156,33	159,69	113,87

D04C: Tasso Ospedalizzazione

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite.

NOTE:

- Soglia indicatore = 176 (Adempienza 176)
- Verso indicatore decrescente, al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SDO trasmesso ad NSIS

Tasso TSD Complessivo patologie Ped.evitabili			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	25,21	43,84	23,72
Calabria	65,62	67,03	49,98

D27C: Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria

Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria / totale dei ricoveri per patologie psichiatriche

NOTE:

- Soglia indicatore = 6,9% (Adempienza 6,9%)
- Verso indicatore decrescente, al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SDO trasmesso ad NSIS

Percentuale Re-Ricoveri tra 8 e 30 giorni in Psichiatria.			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	9,54%	7,97%	6,91%
Calabria	8,50%	7,79%	6,62%

D22Z_CIA 1: Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura CIA 1

Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti

NOTE:

- Soglia indicatore = 2,6 (Adempienza $\geq 2,6$)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri in strutture residenziali alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SIAD trasmesso ad NSIS

Tasso Pazienti in ADI Intensità di Cura CIA 1			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	1,16	2,41	3,77
Calabria	1,18	2,67	2,27

D22Z_CIA 2: Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura CIA 2

Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti

NOTE:

- Soglia indicatore = 1,9 (Adempienza $\geq$ 1,9)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri in strutture residenziali alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SIAD trasmesso ad NSIS

Tasso Trattamento Intensità di Cura C2			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	0,62	0,83	1,82
Calabria	0,94	1,39	1,63

D22Z_CIA 3: Tasso di pazienti trattati in ADI per intensità di cura CIA 3

Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti

NOTE:

- Soglia indicatore = 1,5 (Adempienza $\geq$ 1,5)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri in strutture residenziali alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso SIAD trasmesso ad NSIS

Tasso Trattamento Intensità di Cura C3			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	0,53	0,33	0,45
Calabria	0,31	0,37	0,57

D33Z: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

Numero di assistiti residenti di età ≥ 75 aa presenti nelle strutture residenziali, distinte per tipologia di trattamento (R1, R2, R3,) ogni 1.000 abitanti

NOTE:

- Soglia indicatore = 24,6 (Adempienza $\geq 24,6$)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- I ricoveri in strutture residenziali alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso FAR trasmesso ad NSIS

Tasso complessivo Trattamenti Residenziali R1, R2, R3			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	24,81	26,64	29,03
Calabria	14,53	16,59	17,45

Per entrambi gli indicatori di seguito riportati il database risulta essere aggiornato al 18 agosto 2024.

P01C: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)

Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima).

NOTE:

- Soglia indicatore = 92% (Adempienza >= 92%)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- Le vaccinazioni alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso AVN trasmesso ad NSIS (Anagrafe Nazionale Vaccini)

Percentuale Copertura Vaccinale ciclo base			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	87,85%	87,99%	86,10%
Calabria	82,42%	84,58%	83,63%

P02C: Copertura vaccinale per primo ciclo contro MPR (morbillo, parotite, rosolia)

Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)

NOTE:

- Soglia indicatore = 92% (Adempienza >= 92%)
- Verso indicatore crescente, all'aumentare del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA
- Le vaccinazioni alla base dei risultati qui esposti sono attinti dal flusso AVN trasmesso ad NSIS (Anagrafe Nazionale Vaccini)

Percentuale Copertura Vaccinale MRP			
	2022	2023	2024
ASP Crotone (202)	84,44%	85,01%	85,66%
Calabria	83,54%	84,03%	83,15%

7. QUADRO DI RACCORDO CON GLI OBIETTIVI AREE ORGANIZZATIVE

Aree organizzative di assegnazione degli obiettivi aziendali

Gli obiettivi aziendali 2025 - che traggono riferimento dal quadro sinottico degli obiettivi indicati negli allegati C1 Dipartimento di Prevenzione, C2 Distretto Sanitario Unico Aziendale, C3 Dipartimenti Ospedalieri e Dipartimenti Misti Ospedale/Territorio, C4 Dipartimento Servizi Tecnico-Amministrativi e C5 Dipartimento Programmazione e Controllo e Funzioni di Staff del presente piano della performance - sono raggruppabili nelle seguenti diverse aree di appartenenza.

Dipartimento prevenzione	Presidio Ospedaliero Crotone
Servizi Territoriali	UU.OO. di Supporto

Ogni area è caratterizzata da specifici obiettivi che vengono qui di seguito rappresentati:

1. Area dell'Efficacia Clinica:

- Controllo delle infezioni correlate all'assistenza
- Adesione agli standard previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
- Ottimizzare l'attività radiologica a supporto dello screening mammografico

2. Area del Governo dell'Appropriatezza:

- Applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per garantire la corretta gestione del paziente cronico e complesso

- Riduzione delle prestazioni non appropriate di specialistica ambulatoriale, soprattutto nelle branche specialistiche con alto indice di consumo
- Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per gli interventi chirurgici e per le prestazioni di Pronto Soccorso
- Promozione dell'appropriatezza prescrittiva e dell'uso degli antibiotici

4. Area della Performance Gestionale:

- Promuovere la tutela della salute della popolazione attraverso la prevenzione
- Garantire la sicurezza del paziente attraverso il controllo delle infezioni e l'attivazione di percorsi in ambito ospedaliero
- Introdurre e potenziare progressivamente la figura dell'infermiere di famiglia
- Assicurare l'assistenza domiciliare e le cure palliative nel rispetto degli standard regionali, con particolare riguardo ai pazienti oncologici
- Perseguire la Continuità nel percorso assistenziale, sia all'interno dell'Ospedale che nel Territorio, e soprattutto tra Ospedale e Territorio
- Governare la gestione della cronicità
- Migliorare la gestione dei ricoveri urgenti in area medica provenienti da Pronto Soccorso
- Far convergere la durata media della degenza verso gli standard regionali
- Completare la riorganizzazione della rete di offerta di prestazioni di Medicina di Laboratorio
- Intraprendere azioni finalizzate al miglioramento del clima organizzativo aziendale

5. Area del Sistema Informativo:

- Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Implementazione del Sistema Informativo Aziendale
- Ulteriore sviluppo della interoperabilità dei sistemi informatizzati in uso nell'Azienda
- Assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza
- Implementare le procedure operative coerentemente con le iniziative di internal auditing adottate dall'Azienda
- Rispetto della tempestività e completezza dei flussi informativi regionali/ministeriali

6. Area della Sostenibilità Economica:

- Promuovere l'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse al fine del rispetto dei limiti di costo stabiliti dalla Regione
- Rispetto dei tempi di pagamento programmati
- Corretta organizzazione delle procedure, gestione del rischio amministrativo e rispetto degli obblighi normativi sulla trasparenza

Tutti gli obiettivi verranno costantemente monitorati attraverso la predisposizione di appropriati strumenti di rendicontazione da parte delle strutture interessate. Questa attività consentirà di verificare periodicamente l'andamento della gestione nonché di segnalare tempestivamente le situazioni di scostamento ed anomalie rispetto agli obiettivi assegnati al fine di consentire l'immediata adozione di misure correttive.

8. OBIETTIVI STRATEGICI ISTITUZIONALI, OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI E OBIETTIVI OPERATIVI DI STRUTTURA

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 Commissario Straordinario, declina gli obiettivi strategici istituzionali, gli obiettivi strategici delle macrostrutture aziendali e gli obiettivi operativi di ciascuna struttura organizzativa che l'Azienda si propone di conseguire nell'anno 2025.

Sintesi degli obiettivi strategici istituzionali e di sviluppo

Gli obiettivi strategici istituzionali e di sviluppo declinano sia obiettivi legati alle attività istituzionali che obiettivi di sviluppo del sistema sanitario regionale e di risposta ai bisogni sanitari, annualmente assegnati dalla Regione alle Aziende del SSR. Sulla base delle analisi e delle valutazioni dell'andamento degli obiettivi assegnati, il Commissario Straordinario procederà a cascata sull'intera struttura organizzativa aziendale ad assegnare ai Direttori dei singoli Dipartimenti/Macrostrutture aziendali, in relazione alle specifiche competenze e responsabilità, gli specifici obiettivi strategici rispetto ai quali gli stessi saranno valutati.

Sintesi degli obiettivi prioritari e strategici aziendali

Per la definizione degli obiettivi prioritari e strategici aziendali si fa riferimento a obiettivi di sviluppo di sistema che costituiscono performance aggiuntive legate agli obiettivi di mandato sopra evidenziati e all'attuazione di taluni cambiamenti ritenuti rilevanti e prioritari per il conseguimento degli obiettivi di salute.

Gli obiettivi prioritari e strategici aziendali sono, tra l'altro, derivati dai provvedimenti regionali di seguito sinteticamente indicati:

- Piano di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- Provvedimenti e misure attuative del Piano di Rientro adottati con gli specifici Decreti del Commissario ad acta per il PdR;
- Atti di riorganizzazione delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza urgenza e delle reti tempodipendenti;
- Atti di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale;
- Piano Regionale/Nazionale di Prevenzione e dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale;
- Provvedimenti del Commissario ad acta per il PdR relativi all'assegnazione di specifici obiettivi ai Commissari straordinari delle ASP e delle AO.

Gli obiettivi prioritari e strategici aziendali, che costituiranno oggetto di valutazione, sono assegnati ai Direttori di Dipartimento/Macrostruttura aziendale in relazione alle specifiche competenze e responsabilità.

Precondizione imprescindibile per la valutazione dei Direttori dei dipartimenti/macrostrutture aziendali è la corretta e puntuale trasmissione delle informazioni e dei dati di attività attraverso i flussi informativi previsti dal Sistema

Informativo Sanitario Regionale (SISR) sia dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) oltre che dalle relazioni e dai rapporti periodici dovuti e/o richiesti.

Questi adempimenti, data la loro valenza, risultano necessari per accedere alla valutazione e che in caso contrario ne determina a priori una valutazione negativa.

Al riguardo si fa rinvio all'allegato B) del presente piano relativo agli obiettivi aziendali precisando, sin d'ora, che gli obiettivi di cui trattasi possono variare o essere integrati dal Commissario Straordinario a seguito di specifiche ed ulteriori indicazioni della Regione in tal caso si procederà con specifico provvedimento alla integrazione e/o variazione dei nuovi obiettivi da assegnare ai direttori dei dipartimenti/macrostrutture dell'azienda.

Sintesi degli obiettivi operativi di struttura organizzativa

Per quanto concerne gli obiettivi operativi di struttura, la fonte, oltre ai documenti di riferimento sopra citati, è rappresentata dagli specifici atti di programmazione regionale ed aziendale riferiti alle attività di competenza dei Dipartimenti aziendali 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 complessiva e, sempre secondo competenza, ai titolari dell'azione operativa ovvero ai dirigenti con incarico di Direzione di Struttura Complessa e/o di struttura semplice dipartimentale.

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

L'ASP conseguentemente ha scelto di attivarsi affinché le azioni da intraprendere siano allineate ai documenti citati ed inducano il perseguimento coordinato e integrato degli obiettivi istituzionali, degli obiettivi strategici aziendali e gli obiettivi operativi di struttura.

Tabelle analitiche degli obiettivi definiti e assegnati con il presente piano della performance per l'anno 2025

- Nella tabella di cui all'**Allegato A)** sono indicati dipartimenti/macrostrutture dell'ASP assegnatarie degli obiettivi prioritari strategici aziendali 2025 e del correlato budget.
- Nelle tabelle di cui all'**Allegato B)** sono stabiliti per ciascuna area strategica il focus dell'obiettivo prioritario generale.
- Nelle tabelle di cui all'**Allegato C)** vengono specificati gli obiettivi operativi specifici assegnati al Dipartimento ed alle strutture organizzative ad esso afferenti.

DIPARTIMENTI E MACROSTRUTTURE AZIENDALI DESTINATARIE DI OBIETTIVI ANNO 2025

ALLEGATO A)

**DIPARTIMENTI E MACROSTRUTTURE AZIENDALI
DESTINATARIE DI OBIETTIVI E BUDGET ANNO 2025**

DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE	
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI e Direzione Medica di Presidio e Servizio Farmaceutico	Dipartimento ospedaliero AFO medica
	Dipartimento ospedaliero AFO chirurgica
	Dipartimento ospedaliero AFO servizi diagnostici e di supporto
	Direzione Medica di Presidio
	Servizio Farmaceutico Ospedaliero
DIPARTIMENTI MISTI OSPEDALE/TERRITORIO	Dipartimento emergenza urgenza e accettazione
	Dipartimento materno infantile
	Dipartimento di salute mentale
DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO/AMMINISTRATIVI	
DIPARTIMENTO STAFF PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	

L'assegnazione da parte della Direzione Aziendale di obiettivi e budget ai Dipartimenti e macrostrutture sopra indicati prosegue a cascata su tutte le strutture organizzative complesse e semplici dipartimentali ad essi afferenti; pertanto ciascun Direttore di dipartimento/macrostruttura aziendale a sua volta procederà alla assegnazione degli obiettivi operativi e del budget definiti dal presente Piano della Performance ai Direttori delle UOC e UOSD afferenti al dipartimento e questi ultimi a loro volta procederanno alla indicazione degli obiettivi operativi al personale dirigente e del comparto afferente alla stessa unità operativa.

Il sistema di valutazione è articolato per l'Azienda in obiettivi misurabili da specifici indicatori. Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo.

È previsto, inoltre, per ogni indicatore, sia un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero, che un limite massimo al di sopra del quale il punteggio è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50% che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Al fine di valorizzare il trend positivo o negativo realizzato, si verifica contestualmente anche la performance globale dell'azienda, calcolata su un set ridotto di indicatori per ciascuno dei dipartimenti e macrostrutture aziendali.

Il set di indicatori è riportato per ciascun dipartimento e macrostrutture aziendali nei relativi allegati:

- C1 Dipartimento di Prevenzione
- C2 Distretto Sanitario Unico Aziendale
- C3 Dipartimenti Ospedalieri e Dipartimenti Misti Ospedale/Territorio
- C4 Dipartimento Servizi Tecnico-Amministrativi
- C5 Dipartimento Staff Programmazione e Controllo

INDIRIZZI E OBIETTIVI PRIORITARI E STRATEGICI AZIENDALI ANNO 2024

(Comuni a tutti i Dipartimenti / Macrostrutture)

ALLEGATO B

Piano Performance 2023/2025

ALLEGATO "B"

OBIETTIVI PRIORITARI E STRATEGICI AZIENDALI ANNO 2025

TUTTE LE MACROSTRUTTURE AZIENDALI DI CUI ALL'ALLEGATO "A"
(Ciascuno per le specifiche competenze e responsabilità)

AREA STRATEGICA AZIENDALE	DECRIZIONE OBIETTIVO
GOVERNO LISTE DI ATTESA	Attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in materia di governo delle liste di attesa • Puntuale ed effettiva attuazione a livello aziendale delle disposizioni di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 nonché del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), al fine di garantire agli assistiti i tempi massimi di attesa indicati al punto 2 del citato PRGLA; • Assicurare le modalità e il monitoraggio delle prestazioni indicate nel PNGLA e nel PRGLA; • Assicurare l'effettiva attuazione degli obiettivi, delle strategie e degli strumenti per la riduzione delle liste di attesa per come indicato dal PRGLA e dai successivi atti regionali di indirizzo ed organizzazione;
FLUSSI INFORMATIVI	Adempimenti e 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. Con il DCA 190/2022 – Direttiva sui Flussi Informativi sanitari: Approvazione "Linee Guida per la gestione dei flussi sanitari" e "Mappa dei flussi sanitari, ruoli e competenze – la Regione ha definito i riferimenti normativi, le tempistiche e le modalità di invio dei flussi sanitari al fine del rispetto degli adempimenti LEA allo scopo di assicurare la puntuale e corretta trasmissione alla Regione - e quindi ai Ministeri competenti - di tutti i flussi informativi previsti dalle vigenti disposizioni in materia. Per quanto non espressamente previsto nel decreto regionale valgono le disposizioni vigenti negli specifici ambiti informativi. A solo a titolo di esempio si citano: - il Censimento ed aggiornamento del corredo informativo sulla piattaforma NSIS delle grandi apparecchiature - il Sistema Conoscitivo del personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche (SICO) - il Sistema di sorveglianza ed allerta delle malattie infettive e delle correlate sorveglianze speciali - l'anagrafe vaccinale per la quale l'Azienda utilizza l'applicativo GIAVA (Gestione Informatizzata Anagrafe Vaccinale) reso nella disponibilità anche dei MMG e dei PLS perché registrino le somministrazioni eseguite

RISCHIO CLINICO	In attuazione delle disposizioni regionali di cui al DCA n. 70 del 29.06.2015 recante "Approvazione regolamento regionale di gestione del rischio clinico" e tenuto conto di quanto al riguardo espressamente stabilito dall'atto aziendale, il dirigente responsabile della struttura di gestione del rischio clinico, che agisce nell'ambito delle funzioni di staff della Direzione aziendale, dovrà assicurare il perseguimento degli obiettivi specifici di seguito indicati: - dare concreta attuazione al sistema di verifica e controllo, le cui attività sono declinate nel DCA n. 70/2015; - assicurare l'espletamento delle funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica di cui al regolamento regionale allegato al DCA n. 70/2015; - supportare il sistema decisionale del management ospedaliero e territoriale dal punto di vista metodologico ed organizzativo, al fine di migliorare la risposta alla domanda di sicurezza dei cittadini e degli operatori e di orientare l'organizzazione a standard di qualità eccellenti; - svolgere, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, attività trasversali interfacciandosi con tutti i Dipartimenti aziendali e con le altre Strutture aziendali che si occupano di rischio a vari livelli. In ordine al programma Sicurezza e Rischio Clinico contenuto nel piano operativo regionale si prevede, inoltre, che la struttura di gestione del rischio clinico predisponga una serie di interventi/azioni finalizzati alla realizzazione dei seguenti obiettivi: - Implementare le attività del rischio clinico quale risposta globale ed integrata alle richieste di maggiore sicurezza, di maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di maggiore qualità; - Aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari completando ed attuando quelle misure che consentono di ridurre gli eventi avversi prevenibili ed indirettamente i costi; - Favorire il ruolo e l'autonomia del Rischio Clinico onde ottenere procedure di miglioramento continuo dei processi assistenziali e della appropriatezza, riconducendo ad una gestione unitaria e uniforme gli aspetti di rischio inerenti alla sicurezza e alla gestione del contenzioso medico-legale, quale obiettivo di risultato del governo clinico aziendale. La struttura dovrà inoltre assicurare compiti e funzioni del clinical risk management indicati nel su richiamato regolamento regionale che sul piano operativo sono qui di seguito indicati: - Definire strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali; - Inserire nel sistema NSIS ministeriale gli eventi sentinella e procedere alla gestione dell'evento; - Individuare le criticità più o meno latenti; - Individuare strumenti ed azioni di miglioramento (correttive e preventive) per la riduzione dei danni ai pazienti e agli operatori; - Definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura; - Sviluppare ogni utile iniziativa per favorire processi di umanizzazione delle cure; - Emanare e diffondere raccomandazioni aziendali e ministeriali; - Introdurre un sistema di individuazione, monitoraggio e verifica sulla attività delle aree a più elevato rischio; - Proporre strategie di contenimento del contenzioso; - Fornire supervisione e supporto ai referenti/facilitatori; - Promuovere la diffusione e l'elaborazione delle buone pratiche cliniche; - Sviluppare la mappatura del rischio; - Diffondere le attività integrate di auditing, counseling e formazione del personale nonché le strategie di empowerment; - Attivare procedure di benchmarking e valutazione costi/benefici. Il Risk Manager annualmente elabora: - un Piano programmatico contenente le strategie che l'Azienda intende perseguire, in sintonia con la politica regionale in tema di gestione del rischio; - gli obiettivi generali e le linee di intervento da attuarsi nell'annualità di riferimento; - individua progetti specifici che, sulla base dell'aggiornamento del monitoraggio dei rischi rilevati, intende realizzare nell'anno riferimento; - espone i risultati raggiunti in attuazione del Piano riferito all'annualità precedente;
-------------------------------	---

	- invia al Dipartimento Tutela della Salute i risultati del monitoraggio sull'applicazione delle raccomandazioni ministeriali, secondo gli indicatori individuati dallo stesso Dipartimento. Il risk management assicura la funzione di monitoraggio dell'applicazione e diffusione, presso l'ASP delle raccomandazioni ministeriali e dell'adeguata gestione del rischio clinico. A tal fine è individuato un set di indicatori per come definito nell'allegato 2 al DCA n. 70/2015. In ordine alla risposta ai questionari sul grado di implementazione delle raccomandazioni ministeriali anche per l'anno in corso si devono garantire la compilazione dei questionari previsti dalle Raccomandazioni ministeriali con particolare riferimento alle Raccomandazioni 1, 2, 3, 7 e 9. Elaborazione/aggiornare il Piano Strategico Aziendale per la Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico In sintesi gli obiettivi fissati impegnano le singole strutture aziendali, con il supporto del dirigente responsabile del risk management aziendale, 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, U.O. di ostetricia e ginecologia). Oltre alla puntuale e corretta attuazione delle disposizioni adottate nel tempo dalla struttura commissariale regionale in materia di rischio clinico e risk management riportati nella parte introduttiva del regolamento regionale di cui sopra, occorre in particolare assicurare quanto stabilito con i provvedimenti di seguito riportati: - 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. - D.P.G.R. n.94 del 02.07.2013-Recepimento raccomandazione ministeriale n. 14 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici" e centralizzazione della loro preparazione.
GOVERNO DELLA SPESA	- Osservare il vincolo alla struttura dei costi e ai tetti di spesa fissati dalla Regione e dall'ASP in attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario, tenuto conto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera). - Assicurare l'effettiva attuazione delle procedure amministrativo contabili di cui agli specifici PAC definiti dalla regione. - Completare l'implementazione del nuovo sistema operativo di contabilità economico patrimoniale. - Completare l'implementazione del nuovo sistema e di contabilità analitica per centri di costo a supporto dell'attività del controllo di gestione. - 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 tenuto anche conto del fabbisogno triennale di personale definito dall'ASP in attuazione della metodologia stabilita con specifico DCA n. 192/2019. - Razionalizzare e contenere la spesa per competenze accessorie nei limiti massimi dei fondi contrattuali con particolare riferimento al lavoro straordinario, pronta disponibilità, missioni ecc. - 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 2020. - Completare il processo di fatturazione elettronica delle prestazioni erogate sia in regime istituzionale che in ALPI. - Concorrere a contenere la spesa energetica. - Mantenere sempre aggiornato l'inventario dei beni mobili e immobili.

	- Migliorare ed aggiornare continuamente l'inventario di magazzino. - Predisposizione e monitoraggio di Piani di approvvigionamento e relativi budget sia per fattore produttivo che per macrostruttura. <u>CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE E DISPOSITIVI MEDICI</u> - Mantenimento della spesa farmaceutica entro i parametri definiti dal D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 07 agosto 2012, n. 135 e delle specifiche disposizioni regionali in materia. - Spesa farmaceutica territoriale $\leq 11,35$ % del FSN - Spesa farmaceutica ospedaliera $\leq 3,5\%$ del FSN - Attuazione del DCA 137/2015. Attuazione legge 66/2014 e soglie di obbligatorietà DPCM n. 32 del 9 febbraio 2016, inoltre, attuazioni delle specifiche disposizioni regionali in materia. Riduzione del 5% della spesa per la totalità dei dispositivi medici ivi compresi i dispositivi medici diagnostici in vitro e i presidi chirurgici, inoltre, attuazioni delle specifiche disposizioni regionali in materia.
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	Realizzazione degli obiettivi di PSN di rilievo nazionale secondo le direttive impartite dalla Regione. Realizzare e rendicontare gli obiettivi PSN nei tempi e nelle modalità stabiliti dalla Regione. La mancata realizzazione e la conseguente non rendicontazione alla Regione degli obiettivi di piano 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% già erogata. La corretta e puntuale gestione e rendicontazione degli obiettivi di piano oltre ad assicurare le attività e prestazioni indicate nelle varie linee progettuali definite dalla Regione ha rilevanza anche ai fini del miglioramento del conto economico aziendale e incide positivamente sulla disponibilità di cassa.
ULTERIORI OBIETTIVI 2025	<u>PRINCIPALI AMBITI DI ATTIVITÀ E CORRELATI OBIETTIVI AZIENDALI 2025</u> - Estendere la copertura per la vaccinazione antiinfluenzale allo scopo di raggiungere, come indicato dalla programmazione sanitarie nazionale e regionale ovvero $\geq 75\%$ della popolazione di età ≥ 60 anni e $\geq 60\%$ per gli operatori sanitari. - Assicurare l'estensione degli inviti per i programmi di screening oncologici fino al raggiungimento della copertura di almeno il 40% della popolazione target - Assicurare la funzionalità tecnico-impiantistica del progetto riguardante i lavori edilizi ed impiantistici necessari all'attivazione del Piano Terapie Intensive e Sub Intensive (DGR 782/2020); - Garantire la sicurezza del paziente mediante specifici percorsi in ambiente ospedaliero che limitino il rischio di contagio. L'Azienda intende impegnarsi anche nell'ambito delle seguenti ulteriori ed ordinarie linee di indirizzo: Promuovere la salute attraverso la prevenzione L'Azienda continuerà a promuovere la cultura della prevenzione e l'adesione alle iniziative di screening nella consapevolezza che le iniziative volte alla promozione della tutela della salute della popolazione e alla salvaguardia della salute animale, oltre a migliorare i livelli di qualità della vita, si configurano come fattori essenziali di sostenibilità economica poiché riescono a contenere l'insorgere di patologie future con i conseguenti maggiori costi. Tra le attività aziendali di prevenzione e promozione della salute particolare attenzione verrà posta per: copertura vaccinale ordinaria, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, screening oncologici, sicurezza alimentare, salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, promozione distili di vita sani.

	Anche le attività di Prevenzione si devono qualificare per una forte integrazione con i diversi attori della rete aziendale (macrostrutture del territorio e dell'ospedale) mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati. Mantenere elevati standard di qualità e sicurezza dei servizi offerti in tutti gli ambiti Il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni fornite, sia dai propri servizi che dagli erogatori privati accreditati, si fonda sull'ottimizzazione dei processi sia sotto il profilo dell'efficacia delle prestazioni rese, sia dal punto di vista dell'utilizzo efficiente delle risorse. A tal fine, tutte le azioni sono orientate a: - promuovere l'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse al fine del rispetto dei limiti di costo stabiliti dalla Regione. Per raggiungere l'obiettivo di un risultato economico e di un costo della produzione compatibili con i valori di riferimento regionale, l'Azienda si adopera per garantire il rispetto dei limiti di costo per Farmaceutica Convenzionata e Diretta, Dispositivi Medici, Diagnostici in vitro, Assistenza Integrativa e Protesica. - costante verifica dei livelli di appropriatezza delle prestazioni erogate, secondo le indicazioni della normativa nazionale e regionale: miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, appropriatezza prescrittiva dei farmaci, ecc.; - rinnovamento tecnologico delle strutture; - miglioramento delle prestazioni del personale conseguito mediante: iniziative di formazione che accrescano le conoscenze professionali degli operatori, adozione di una politica di gestione finalizzata alla valorizzazione delle potenzialità delle risorse umane mediante il riconoscimento dei meriti e la corretta correlazione tra mansioni effettive e qualifica, regolamentazione del Lavoro Agile; - garanzia di sicurezza del servizio offerto attraverso la gestione del rischio sanitario. Il rischio sanitario emerge quando si creano situazioni critiche che possano incidere sulla salute umana. Difficilmente prevedibile, può essere controllato se preceduto, durante il periodo ordinario, da una fase di preparazione e di attenta pianificazione. Promuovere la sicurezza del paziente e la cultura del rischio tramite la valutazione approfondita e congiunta degli eventi avversi rappresenta un'opportunità preziosa di apprendimento e miglioramento. - prevenzione e coordinamento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, previsti dal Decreto Legislativo n. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni, poiché la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, oltre che un obbligo per il datore di lavoro, costituisce presupposto essenziale al fine di elevare la qualità dei servizi e consentire il conseguimento di migliori risultati gestionali. Consolidare l'integrazione e ottimizzazione della rete organizzativa di offerta La rete dei servizi territoriali si qualifica come elemento strategico nell'ambito delle attività rivolte a soddisfare i bisogni dei pazienti e a indirizzarli secondo percorsi assistenziali appropriati ed economicamente sostenibili. Le direttive di intervento 2025 devono essere orientate ai seguenti ambiti: - analisi ed interpretazione dei bisogni della popolazione; - monitoraggio della rete di offerta dei servizi e delle potenzialità di risposta; - pianificazione e programmazione delle attività dei servizi; - utilizzo sistematico del processo di negoziazione di budget; - miglioramento continuo della qualità e ricerca della migliore appropriatezza secondo i principi di centralità del paziente, sicurezza, efficacia, tempestività, efficienza ed equità; - sviluppo delle competenze di sistema sul governo clinico, in particolare per la definizione all'applicazione dei percorsi assistenziali per le patologie a più elevata prevalenza, secondo i principi della clinical governance, favorendo il coinvolgimento degli assistiti con il supporto multidisciplinare e multiprofessionale; - garanzia del rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'Assistenza Domiciliare integrata e delle Cure Palliative; - implementazione di connessioni funzionali con le altre macro-strutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione), nonché con le strutture del privato accreditato e con la rete degli attori locali ed in esse si inquadrano tutte le attività per governare la gestione della cronicità. In questo ambito deve assumere un particolare ruolo
--	--

	l'introduzione progressiva della figura dell'infermiere di famiglia per gestire in ambito familiare e di comunità i processi infermieristici, operando in collaborazione con il MMG, il PLS e le équipe multiprofessionali distrettuali. Garantire i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) Il PDTA rappresenta il percorso del paziente all'interno delle reti cliniche, più razionale e finalizzato al miglior esito delle cure. In tal senso, l'Azienda promuove la definizione e la corretta applicazione dei PDTA quali modelli organizzativi multidisciplinari ed interprofessionali relativi a specifiche categorie di pazienti, in particolari contesti locali, affetti da patologie per le quali vi è maggior criticità nell'accesso alle prestazioni. Monitorare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ed il Rispetto dei Tempi di attesa Per quanto riguarda in particolare l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ed agli interventi chirurgici in regime di ricovero ordinario, l'Azienda è impegnata ad assicurare il governo delle liste di attesa, al fine di garantire ai cittadini un equo accesso ai servizi sanitari e promuovere l'adozione di corretti protocolli prescrittivi. Migliorare il sistema informativo nell'ambito della progettualità indicata dalla Regione che si sviluppa nelle aree seguenti: - Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Implementazione dell'interoperabilità dei sistemi informatizzati in uso nell'Azienda - Rispettare, in generale, la completezza e la tempestività dei flussi Informativi verso la Regione sia in riferimento alle tempistiche che alla qualità dei dati, nella consapevolezza che essi costituiscono un patrimonio di informazioni poi utilizzate nei vari ambiti istituzionali a fini decisionali. Implementare le azioni di miglioramento dei controlli amministrativi L'Azienda considera come prioritario il tema della corretta organizzazione delle procedure al fine della regolarità amministrativo-contabile degli atti prodotti, a salvaguardia del patrimonio aziendale e della veridicità dei dati costituenti il sistema informativo dell'Azienda e a garanzia della legittimità ed economicità dell'azione amministrativa. In linea con tale obiettivo vengono promosse le azioni necessarie a consentire il continuo monitoraggio dei processi in essere ai fini della valutazione del rischio amministrativo, e l'individuazione ed implementazione delle eventuali misure di intervento. Risulta, al riguardo particolarmente importante assicurare ed adottare le procedure amministrativo contabili (PAC) stabiliti dalla Regione con appositi DCA a cui si rimanda. Particolare attenzione è dedicata alla diffusione dei temi della trasparenza ed anticorruzione. L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione deve trovare conforme riscontro nel piano di programmazione e della valutazione della performance individuali e dell'organizzazione. Tali misure infatti, hanno una duplice valenza, in quanto incidono contemporaneamente sull'efficienza dell'organizzazione e quindi sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche, nonché sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi ed il conflitto di interessi.
--	--

OBIETTIVI OPERATIVI SPECIFICI PER DIPARTIMENTI e MACROSTRUTTURE ANNO 2025

ALLEGATO C

Piano Performance 2023-2025

DIPARTIMENTO PREVENZIONE INDIRIZZI OBIETTIVI ANNO 2025

ALLEGATO C 1

Piano Performance 2023-2025

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE						
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - DIPARTIMENTO PREVENZIONE						
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 PRIORITARI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO NAZIONALE PREVENZIONE; • GOVERNO DELLA SPESA.	• Igiene e Sanità Pubblica • Igiene degli alimenti e nutrizione • Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro • Medicina legale • Aree Servizi veterinari	Raggiungimento coperture vaccinali come da PNP	%	Target PNP	ANAGRAFE VACCINALE	
		Raggiungimento coperture screening oncologici	%	Target PNP	DB Screening	
		Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti	%	da 5 a 10% obiettivo raggiunto < a 5% obiettivo non raggiunto	Documentale	
		Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	%	da 20 a 30% obiettivo raggiunto < a 20% obiettivo non raggiunto	Documentale	
		Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	%	da 40 a 50% obiettivo raggiunto < a 40% obiettivo non raggiunto	Documentale	
		Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	%	da 70 a 90% obiettivo raggiunto < a 70% obiettivo non raggiunto	Documentale	
		Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	%	SI obiettivo raggiunto NO obiettivo non raggiunto	Documentale	
		Raggiungimento della copertura % dei campioni % di ovini e caprini testati per scrapie	%	SI obiettivo raggiunto NO obiettivo non raggiunto	Documentale	
CODICE OBIETTIVO NSG	UNITA' ORGANIZZATIVA	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
P01C	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER CICLO BASE (POLIO, DIFTERITE, TETANO, EPATITE B, PEROSSE, HIB)	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE	
P02C	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER LA 1° DOSE DI VACCINO CONTRO MORBILLO, PAROTIRE, ROSOLIA (MPR)	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE	
P05C	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	COPERTURA VACCINALE ANTI - HPV	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE	

P06C	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	COPERTURA VACCINALE PER VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELL'ANZIANO	%	>75% obiettivo raggiunto	ANAGRAFE VACCINALE	
P01Z	AREE SERVIZI VETERINARI	COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' RIFERITE AL CONTROLLO DELLE ANAGRAFI ANIMALI, DELLA ALIMENTAZIONE DEGLI ANIMALI DA REDDITO E DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AI FINI DELLE GARANZIE DI SICUREZZA ALIMENTARE PER IL CITTADINO	%	>70%	VETINFO	
P12Z	IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE AREE SERVIZI VETERINARI	COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO PER LA CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA RICERCA DI SOSTANZE ILLECITE, DI RESIDUI DI CONTAMINANTI, DI FARMACI, DI FITOFARMACI E DI ADDITIVI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E VEGETALE	%	≥80%	NSIS - ONR	
P15Ca**	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PROPORZIONE DI PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO ORGANIZZATO PER CERVICE UTERINA	%	≥25%	Sist. Inf.vo Screening	
P15Cb**	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PROPORZIONE DI PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO ORGANIZZATO PER MAMMELLA	%	≥35%	Sist. Inf.vo Screening	
P15Cc**	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	PROPORZIONE DI PERSONE CHE HANNO EFFETTUATO TEST DI SCREENING DI PRIMO LIVELLO ORGANIZZATO PER COLON RETTO	%	≥25%	Sist. Inf.vo Screening	

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Igiene pubblica:					
Assicurare e migliorare le attività e le prestazioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie definite nell'Allegato 1, area di intervento A1 del DPCM 12.01.2017 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare gli interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse definite nell'allegato 1, area di intervento A2 del DPCM 12.01.207 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
Intensificare le attività di medicina del viaggiatore definite nell'Allegato 1, area di intervento A1 del DPCM 12.01.2017 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
Predisposizione di sistemi di risposta ed emergenza di origine infettiva definiti nell'Allegato 1, area di intervento A4 del DPCM 12.01.2017 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare ogni altra attività e prestazione prevista della vigente normativa in materia con particolare riferimento al Piano Regionale della prevenzione.	SI/NO		Documentale		
Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter- settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007), definiti nell'allegato 1, DPCM 12.01.2017, area di intervento F1 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione definita in allegato 1, DPCM 12.01.2017, area di intervento F2.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale – allegato 1 DPCM LEA – area di attività F3.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol – allegato 1 DPCM LEA – area di attività F4.	SI/NO		Documentale		
Integrazione salute e ambiente					
Assicurare e migliorare le attività di tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico- B1	SI/NO		Documentale		

Assicurare e migliorare le attività di tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione – B2	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica – B3	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato – B4	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni – B5	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di promozione della sicurezza stradale – B6	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria – B8	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali – B9	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B10	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici – B11	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti – B12	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) – B13	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di partecipazione Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) – B14	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di tutela della collettività dal rischio radon – B15	SI/NO		Documentale	
Assicurare la comunicazione trimestrale alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi, i dati dell'attività svolta secondo la codifica, i tempi e le modalità di trasmissione stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali.	SI/NO		Documentale	

Assicurare e migliorare le attività di vaccinazione dei Soggetti di età pari a 65 anni: ciclo di base (come da calendario) di vaccino antizoster;	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di coordinamento e adeguamento al Piano Nazionale Vaccini vigente 2017-2019 e correlate disposizioni attuative regionali.	SI/NO		Documentale	
Assicurare l'attuazione puntuale ed efficiente delle disposizioni contenute nel DCA 147/2017 recante "P.O. 2016-2018. Programma 2.2.3 Copertura Vaccinale "Manuale Regionale - Linee Guida per l'effettuazione delle Vaccinazioni. Aggiornamento 2017", di cui al DDG n. 5098 del 30 aprile 2007.	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - allegato 1, area di intervento B7 del DPCM 12.01.2017.	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività di promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari ambiente scolastico – allegato 1 DPCM LEA – area di attività F6.	SI/NO		Documentale	
Aassicurare ogni altra attività di prevenzione primaria e secondaria in ambito scolastico e di pediatria di comunità.	SI/NO		Documentale	
Assicurare ogni attività e funzione di competenza in ordine agli interventi di ristorazione scolastica.	SI/NO		Documentale	
Assicurare la sorveglianza di malattie infettive e la diffusione nelle scuole.	SI/NO		Documentale	
Assicurare e attuare gli interventi di promozione della salute nelle scuole.	SI/NO		Documentale	
Programmare e assicurare gli interventi di prevenzione del disagio Psico-Sociale nelle scuole	SI/NO		Documentale	
Concorrere per quanto di competenza ad assicurare gli interventi di integrazione scolastica per alunni diversamente abili.	SI/NO		Documentale	
<i>Assicurare i progetti di cui al piano regionale di prevenzione</i>			Documentale	
o Progetto Passi	SI/NO		Documentale	
o Progetto Passi d'argento	SI/NO		Documentale	
o Progetto Okkio alla Salute	SI/NO		Documentale	
o Progetto Hbsc	SI/NO		Documentale	
Assicurare la programmazione e la proposta degli atti di organizzazione interna della struttura per un corretto ed efficace utilizzo del personale assegnato.	SI/NO		Documentale	
Assicurare e coordinare le iniziative e gli interventi di educazione sanitaria	SI/NO		Documentale	
<u>Tutela salute attività sportiva</u>				

40%

Promozione dell’attività fisica e tutela sanitaria dell’attività fisica – allegato 1 DPCM LEA area di attività F5.		SI/NO		Documentale		
Valutazione clinica comprensiva di visita e accertamenti diagnostici e strumentali, sulla base dei protocolli definiti a livello nazionale, finalizzata alla idoneità alla pratica sportiva agonistica per minorenni e persone con disabilità e alla pratica sportiva non agonistica nell’ambito scolastico.		SI/NO		Documentale		
Promozione e attuazione di programmi finalizzati ad incrementare la pratica dell’attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte della comunità locale		SI/NO		Documentale		
Sviluppo per “setting” (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione dell’attività fisica condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative, “datori di lavoro”		SI/NO		Documentale		
Promozione del counseling sull’attività fisica da parte degli operatori sanitari		SI/NO		Documentale		
Campagne informativo-educative rivolte alla popolazione generale e/o a target specifici		SI/NO		Documentale		
Programmi di prevenzione e contrasto al doping		SI/NO		Documentale		
Promozione di programmi strutturati di esercizio fisico per soggetti a rischio		SI/NO		Documentale		
<u>Attività di screening oncologici e registro tumori</u>						
Rispetto LEA per screening oncologici.		SI/NO		Documentale		
Assicurare le attività inerenti gli Screening oncologici definiti dall’Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 B64		SI/NO		Documentale		
Assicurare le attività inerenti la Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare allegato 1, DPCM LEA – area di attività F7.		SI/NO		Documentale		
Proseguire e migliorare le attività del registro tumori attivo presso l’ASP.		SI/NO		Documentale		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE

P01C	COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER CICLO BASE (POLIO, DIFTERITE, TETANO, EPATITE B, PEROSSE, HIB)	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE		
P02C	COPERTURA VACCINALE NEI BAMBINI A 24 MESI PER LA 1° DOSE DI VACCINO CONTRO MORBILLO, PAROTIRE, ROSOLIA (MPR)	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE		
P03C	COPERTURA VACCINALE ANTI - PNEUMOCOCCICA	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE		
P04C	COPERTURA VACCINALE ANTI - MENINGOCOCCICA C	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE		
P05C	COPERTURA VACCINALE ANTI - HPV	%	≥95%	ANAGRAFE VACCINALE		
P06C	COPERTURA VACCINALE PER VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELL'ANZIANO	%	>75% obiettivo raggiunto	ANAGRAFE VACCINALE		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.S.D. IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare e migliorare le attività di sorveglianza acque potabili – allegato 1 DPCM LEA area di attività E13.	SI/NO		Documentale		40%
Assicurare e migliorare le attività di sorveglianza delle Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari – allegato 1 DPCM LEA area di attività E14.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993 – allegato 1 DPCM LEA area di attività E12.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di controllo su materiali e oggetti destinati al contatto con alimenti – allegato 1 DPCM LEA area di attività E11.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze – allegato 1 DPCM LEA area di attività E10.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di gestione del sistema di allerta alimentare di cui alla DGR 189/06 e s.m.i..	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare l'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.	SI/NO		Documentale		
Assicurare l'attuazione della sorveglianza su tutta la filiera alimentare in attuazione alla DGR 33 del 19.01.2007.	SI/NO		Documentale		
Assicurare l'attuazione del piano regionale per la sicurezza alimentare.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le 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.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di monitoraggio su etichettatura nutrizionale di cui al regolamento CE 1924/06.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare l'attività di Verifica e monitoraggio del personale addetto alla produzione alimentare.	SI/NO		Documentale		

Intensificare l'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;		SI/NO		Documentale		
Intensificare l'attività di campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande;		SI/NO		Documentale		
Intensificare l'attività di controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci, additivi e coloranti ed altro;		SI/NO		Documentale		
Intensificare l'attività di controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia;		SI/NO		Documentale		
Intensificare l'attività di controllo della contaminazione ambientale sugli alimenti e bevande;		SI/NO		Documentale		
Intensificare l'attività di prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare;		SI/NO		Documentale		
Intensificare l'attività di informazione e prevenzione nei confronti degli addetti alla produzione, manipolazione, trasporto, somministrazione, deposito e vendita delle sostanze alimentari e delle bevande;		SI/NO		Documentale		
Intensificare l'attività di prevenzione nella collettività degli squilibri nutrizionali qualitativi e quantitativi.		SI/NO		Documentale		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
P12Z	COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO PER LA CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA RICERCA DI SOSTANZE ILLECITE, DI RESIDUI DI CONTAMINANTI, DI FARMACI, DI FITOFARMACI E DI ADDITIVI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E VEGETALE	%	≥80%	NSIS - PNR	≥80%	
P13Z	COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO UFFICIALE PER LA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE FASI DI TRASFORMAZIONE, DISTRIBUZIONE, SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI	%	≥60%	NSIS - PNR	≥60%	

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare e migliorare le attività di sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro, allegato 1, DPCM LEA area di attività C1.	SI/NO		Documentale		40%
Garantire la cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali, allegato 1, DPCM LEA area di attività C2.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro, allegato 1, DPCM LEA area di attività C3.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, allegato 1, DPCM LEA area di attività C4.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani, allegato 1, DPCM LEA area di attività C5.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine, allegato 1, DPCM LEA area di attività C6.	SI/NO		Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. MEDICINA LEGALE

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare e migliorare le attività di accertamento e l'attività certificativa medico legale nell'ambito della disabilità – allegato 1 DPCM LEA area di attività G1.	SI/NO		Documentale		40%
Assicurare e migliorare le attività di inerenti il rilascio di pareri medico-legali su richiesta di pubblica amministrazione in applicazione di norme e regolamenti (incluse le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio) - allegato 1, DPCM LEA area di attività G2.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare l'attività di medicina necroscopica - allegato 1, DPCM LEA area di attività G3.	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di informazione e comunicazione - allegato 1, DPCM LEA area di attività G4.	SI/NO		Documentale		
Assicurare l'attuazione DCA n. 86/2017 recante "Protocollo d'intesa Sperimentale tra l'INPS e la Regione Calabria per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento del requisiti sanitari in materia d'invalidità civile (art.18 comma 22 D.L. 61luglio 2011 n.98, convertito nella legge 151 luglio 2011 n.111)	SI/NO		Documentale		
Assicurare l'attuazione di ogni altra prestazione e attività medico legale stabilite con specifici DCA adottati dal Commissario ad acta per il PdR.	SI/NO		Documentale		
Garantire il contenimento dei tempi per il rilascio delle certificazioni medico legali di competenza;	SI/NO		Documentale		
Assicurare la partecipazione ai Collegi per l'accertamento e la certificazione della realtà della morte;	SI/NO		Documentale		

Assicurare la partecipazione al Comitato Etico dell'azienda;	SI/NO		Documentale	
Assicurare le attività di consulenza in materia di responsabilità professionale e di prevenzione di eventuali conflitti;	SI/NO		Documentale	
Assicurare il supporto alle attività aziendali di prevenzione del rischio clinico.	SI/NO		Documentale	
Assicurare le attività di consulenza per finalità pubbliche inerenti i compiti del Servizio Sanitario Regionale, collaborazione in ambito epidemiologico e bioetico;	SI/NO		Documentale	
Assicurare e migliorare le attività inerenti l'efficientamento della UOC di Medicina Legale per 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;	SI/NO		Documentale	
Adottare e migliorare la corretta e puntuale erogazione delle attività e prestazioni di competenza della unità operativa.	SI/NO		Documentale	

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - UU.OO.SS.DD. AREE SERVIZI VETERINARI

DESCRIZIONE		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare le attività e le prestazioni di cui all'allegato 1 del DPCM sui LEA – area di attività da D1 a D14 e da E1 a E9 a cui si rimanda.		SI/NO		Fl. Inf.vi d'area Documentale		40%
<i>Le UU.OO.SS.DD. Aree servizi veterinari dovranno assicurare con efficienza ed efficacia e ciascuno per le specifiche competenze e responsabilità:</i>						
Anagrafi zootecniche disponibilità del dato in bdn in tempo utile (28 febbraio) per l'annual report;		SI/NO		Fl. Inf.vi d'area Documentale		
Controlli analitici nelle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti - Attuazione Accordo Stato- Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, c		SI/NO		Fl. Inf.vi d'area Documentale		
Fitosanitari su alimenti – DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale		SI/NO		Fl. Inf.vi d'area Documentale		
PNR- piano nazionale residui (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006		SI/NO		Fl. Inf.vi d'area Documentale		
Rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla regione - LEA vincolante per le malattie animali trasmissibili all'uomo;		SI/NO		Fl. Inf.vi d'area Documentale		
OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.		SI/NO		Fl. Inf.vi d'area Documentale		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
P12Z	COPERTURA DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DI CONTROLLO PER LA CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA RICERCA DI SOSTANZE ILLECITE, DI RESIDUI DI CONTAMINANTI, DI FARMACI, DI FITOFARMACI E DI ADDITIVI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E VEGETALE	%	≥80%	NSIS - PNR	≥80%	

DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE INDIRIZZI OBIETTIVI ANNO 2025

ALLEGATO C 2

Piano Performance 2023-2025

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 STRATEGICI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	• Assistenza Sanitaria Di Base • Assistenza Farmaceutica • Assistenza Integrativa • Assistenza Specialistica Ambulatoriale • Assistenza Protesica • Assistenza Sociosanitaria Domiciliare e Territoriale • Assistenza Sociosanitaria Residenziale e Semiresidenziale	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	%	da 74 a 76% obiettivo raggiunto < 74% obiettivo non raggiunto	Fl. Farmaceutica		60%
		Consumo pro capite 3.b.1 farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)	%	da 28 a 30% obiettivo raggiunto > 30% obiettivo non raggiunto.	Flussi Farmaceutica		
		Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi)	%	da 40 a 30% obiettivo raggiunto > 40% obiettivo non raggiunto	Flussi Farmaceutica		
		Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSR)	%	da 36 a 26% obiettivo raggiunto > 36% obiettivo non raggiunto	Flussi Farmaceutica		
CODICE OBIETTIVO NSG	UNITA' ORGANIZZATIVA	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
D14C*	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONSUMO DI FARMACI SENTINELLA/TRACCIANTI PER 1.000 ABITANTI- ANTIBIOTICI	%	< 6.500	Flussi Farmaceutica		
D16C	ASSISTENZA FARMACEUTICA	CONSUMO DI FARMACI SENTINELLA/TRACCIANTI PER 1.000 ABITANTI- INIBITORI DI POMPA	%	da 28% a 30% obiettivo raggiunto > 30% obiettivo non raggiunto.	Flussi Farmaceutica		

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal SSN e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;	SI/NO		VALORE ATTESO		40%
Garantire le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo	SI/NO				
Garantire la prescrizione di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale, la prescrizione di prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, le proposte di prestazioni di assistenza integrativa, di ricovero e di cure termali;	SI/NO				
Garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa	SI/NO				
Garantire l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico, anche in forma integrata	SI/NO				
Garantire l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari e il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e per la prevenzione delle complicanze	SI/NO				
Attivazione, di concerto con le competenti strutture territoriali e ospedaliere del dipartimento materno infantile, di percorsi assistenziali a favore del bambino e dell'adulto	SI/NO				
Garantire, nei limiti massimi di spesa stabiliti dal direttore del distretto unico aziendale nell'ambito del budget dell'assistenza distrettuale allo stesso assegnato, di concerto e in collaborazione con le competenti strutture del dipartimento di prevenzione, la collaborazione per l'esecuzione degli screening previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa, le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio, l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali,	SI/NO				
Assicurare i flussi informatici regionali e nazionali.	SI/NO				
Garantire e riorganizzare attività sanitarie per l'erogazione, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili.	SI/NO				
Assicurare la completa pubblicazione delle zone carenti e conseguente affidamento incarichi agli aventi diritto di titolarità nelle postazioni di CA., al fine di risolvere le criticità inerenti la carenza di medici di continuità assistenziale	SI/NO				

Garantire, dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale, l'assistenza sanitaria di base agli assistiti non residenti nell'azienda nelle località a forte afflusso turistico individuate da apposite determinazioni regionali	SI/NO			
--	-------	--	--	--

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - ASSISTENZA FARMACEUTICA

INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire, attraverso le farmacie convenzionate, la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe a) di cui all'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537		SI/NO		Flussi correnti		40%
Assicurare la fornitura, attraverso le farmacie convenzionate, dei medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosaggio unitario uguali, fino alla concorrenza del prezzo più basso fra quelli dei farmaci disponibili nel normale ciclo distributivo regionale; se per tali medicinali l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha fissato il prezzo massimo di rimborso e tale prezzo è inferiore al più basso dei prezzi dei medicinali considerati, la fornitura attraverso la farmacia è assicurata fino a concorrenza del prezzo massimo di rimborso.		SI/NO				
Garantire i medicinali innovativi per i quali non esista valida alternativa terapeutica non autorizzati a livello nazionale, la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati (se in presenza di dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda) nonché i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (se in presenza di dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA);		SI/NO				
Garantire i medicinali utilizzabili per un'indicazione diversa da quella autorizzata, alle condizioni previste dall'art. 1, comma 4-bis del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito con modificazioni dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648.		SI/NO				
Contenimento della Spesa Farmaceutica e dispositivi medici		SI/NO				
Assicurare i flussi informativi regionali e nazionali e comunicare alla direzione aziendale.		SI/NO				
CODICE OBIETTIVO NSG	INDICATORE, descrizione		VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
D14C*	CONSUMO DI FARMACI SENTINELLA/TRACCIANTI PER 1.000 ABITANTI- ANTIBIOTICI		%	< 6.500	Flusso	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

ASP di Crotone - DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - ASSISTENZA INTEGRATIVA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare, nei limiti e con le modalità di cui agli articoli 11, 12, 13 e 14 del DPCM 12 gennaio 2017 e delle disposizioni regionali di cui agli specifici DCA al riguardo adottati ed a cui si rimanda.	SI/NO		FLUSSO		40%
Garantire l'erogazione di dispositivi medici monouso, di cui al nomenclatore allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda, agli assistiti tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, agli assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale cronica e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento.	SI/NO				
Garantire l'erogazione dei dispositivi medici monouso secondo a quanto stabilito nell'allegato 11 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda.	SI/NO				
Garantire l'erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare, secondo le modalità di cui allegato 3 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda.	SI/NO				
Garantire l'erogazione di prodotti dietetici alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica alle persone elencati nel Registro nazionale istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'art. 7 del decreto ministeriale 8 giugno 2001.	SI/NO				
Assicurare i flussi informativi regionali e nazionali e comunicare alla direzione aziendale.	SI/NO				

ASP di Crotone - DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire e migliorare le prestazioni assistenza specialistica elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017, a cui si rimanda.	SI/NO		Flusso		40%
Assicurare l'erogazione in forma ambulatoriale organizzata di pacchetti di prestazioni orientati a finalità diagnostiche o terapeutiche, individuate con le modalità indicate dall'art. 5, comma 20 dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014/2016, nel rispetto della disciplina in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.	SI/NO				
Garantire l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica previste dal SSN, limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C del DPCM 12 gennaio 2017 al quale si rimanda.	SI/NO				
Razionalizzare ed efficientare le strutture erogatrici direttamente gestite e pianificare il loro potenziamento quali-quantitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti;	SI/NO				
Verificare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni erogate	SI/NO				
Realizzare lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale;	SI/NO				
Intensificazione delle attività di controllo anche per scoraggiare artificiose induzioni di domanda	SI/NO				
Razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti, assicurare l'apertura degli ambulatori al pubblico per 6 giorni alla settimana senza maggiori oneri a carico dell'azienda per come già stabilito dalla DGR 62/2009.	SI/NO				
Garantire l'appropriatezza nella specialistica ambulatoriale;	SI/NO				

Responsabilizzare i soggetti prescrittori delle prestazioni diagnostiche e specialistiche (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista territoriale ed ospedaliero).	SI/NO			
--	-------	--	--	--

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - ASSISTENZA PROTESICA

INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire, in condizioni di appropriatezza ed economicità, le prestazioni di assistenza protesica di cui all'art. 17 del DPCM 12 gennaio 2017 cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		40%
La puntuale attuazione delle disposizioni in materia di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica di cui all'allegato 12 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda, nonché delle linee regionali adottate in materia.	SI/NO		Documentale		
Perseguire l'obiettivo di efficienza e appropriatezza nell'erogazione le prestazioni previste dal nomenclatore di cui all'articolo 17 del DPCM 12 gennaio 2017.	SI/NO		Documentale		
La puntuale osservanza delle disposizioni di cui all'articolo 17 e 18 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda, nonché le specifiche disposizioni regionali in materia.	SI/NO		Documentale		
Assicurare la corretta e puntuale osservanza delle modalità di erogazione dell'assistenza protesica nonché la individuazione degli erogatori per come definiti nell'allegato 12 del DPCM 12 gennaio 2017.	SI/NO		Documentale		
Trasmettere alla direzione generale dell'azienda, con cadenza trimestrale, specifico report sull'attività di controllo e verifica delle prescrizioni, dell'erogazione e dei collaudi e dei presidi e dell'assistenza protesica in generale.	SI/NO		Documentale		
Assicurare i flussi informativi regionali e nazionali e comunicare alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi i dati dell'attività svolta secondo la codifica, i tempi e le modalità di trasmissione stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali.	SI/NO		Documentale		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - ASSISTENZA SOCIO SANITARIA DOMICILIARE E TERRITORIALE

INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio.	SI/NO		SIAD		40%
Assicurare la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.	SI/NO		Documentale		
Riorganizzare e migliorare il sistema delle cure domiciliari	SI/NO		Documentale		
Garantire l'assistenza a pazienti trattabili a domicilio	SI/NO		Documentale		
Assicurare e migliorare le cure domiciliari mediante lo sviluppo della valutazione multidimensionale (UVM) dello stato funzionale del paziente, l'intervento di una équipe multiprofessionale, la elaborazione di piani personalizzati di assistenza e la individuazione di un responsabile del piano assistenziale (case manager).	SI/NO		Documentale		
Assicurare la corretta e puntuale attuazione a livello locale delle disposizioni in materia di cure domiciliari per come definite dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda, nonché delle linee guida regionali di cui al DPGR n. 12/2011 e s.m.i., che costituiscono obiettivo specifico prioritario del direttore del distretto sanitario unico aziendale	SI/NO		Documentale		
Garantire, nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto o presso strutture private accreditate, la presa in carico multidisciplinare delle persone con disabilità complesse e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato, negli ambiti di attività definiti dall'articolo 27 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
Ridefinizione, attraverso l'adozione di uno specifico piano distrettuale, dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria alle persone con disabilità necessitanti di prestazioni di riabilitazione territoriale, sia da un punto di vista organizzativo (offerta) che di declinazione delle competenze delle strutture a gestione diretta.	SI/NO		Documentale		
Intensificare e migliorare le attività di controllo e liquidazione delle prestazioni di riabilitazione territoriale erogate dalle strutture private accreditate.	SI/NO		Documentale		
Assicurare i flussi informativi regionali e nazionali e comunicare alla direzione aziendale.	SI/NO		Documentale		

Garantire, nei limiti massimi di spesa stabiliti annualmente con specifico DCA del Commissario ad acta per il PdR, la puntuale attuazione di quanto stabilito dall’Azienda con la specifica deliberazione di riorganizzazione della rete territoriale in corso di adozione riguardo l’assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, allo stato acquistate presso le strutture private accreditate.		SI/NO		Documentale		
Assicurare il puntuale e corretto svolgimento delle attività di verifica e controllo delle strutture di cui al precedente punto		SI/NO		Documentale		
CODICE OBIETTIVO NSG	INDICATORE, descrizione		VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
D2ZZ*	TASSO DI PAZIENTI TRATTATI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA PER INTENSITA' DI CURA (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	%	CIA 1 >2,6 CIA 2 > 1,9 CIA 3 > 1,5	SIAD	CIA 1 >2,6 CIA 2 > 1,9 CIA 3 > 1,5	
D30Z*	NIMERO DI DECEDUTI PER CAUSA DI TUMORE ASSISTITI DALLA RETE DI CURE PALLIATIVE SUL NUMERO DI DECEDUTI PER CAUSA TUMORE	%	>35	SIAD Fl. Hospice	>35	
D33Za*	NUMERO DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN TRATTAMENTO SOCIOSANITARIO RESIDENZIALE IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE, PER TIPOLOGIA DI TRATTAMENTO (INTENSITA' DI CURA)	%	>24,6	SIAD	>24,6	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SALUTE MENTALE E TOSSICODIPENDENZE							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 PRIORITARI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVA INTEERSSATA	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
- GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; - FLUSSI INFORMATIVI; - RISCHIO CLINICO; - OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE;	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E TOSSICODIPENDENZE: - SPDC - PO CROTONE - CSM CROTONE - CSM CIRO' MARINA - CSM MESORACA - ASSISTENZA SOCIO SANITARIA ALLE PERSONE CON DIPENDENZE	Garantire, nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale ad accesso diretto e attraverso le competenti strutture territoriali (CSM) del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, la presa in carico multidisciplinare delle persone con disturbi mentali e lo sviluppo di un programma terapeutico individualizzato, negli ambiti di attività definiti dall'articolo 26 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda.	SI/NO		Fl. SISM		60%
		Garantire la puntuale e corretta attività specialistica correlata all'autorizzazione e alle verifiche dei pazienti ospitati presso le residenze sanitarie psichiatriche di cui piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale adottato dall'ASP.	SI/NO		Fl. SISM		
		Garantire, da parte dell'SPDC, la puntuale e corretta attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale e la realizzazione degli obiettivi e azioni specificamente previste dagli indirizzi regionali in materia di salute mentale e di cui alle vigenti deliberazioni di giunta sulla tutela della salute mentale.	SI/NO		Flusso SDO		
		Mantenere o migliorare da parte dell'SPDC le attività di ricovero ordinari e diurni registrati nell'anno 2017**, nonché i volumi prestazioni di specialistica ambulatoriale registrati nel 2017.	SI/NO		Flusso SDO		
		Mantenere, per quanto possibile, la disponibilità di un posto letto presso l'SPDC per assicurare sempre le richieste di eventuali TSO ed evitare così il trasferimento presso altre strutture ospedaliere.	SI/NO		Documentale		
		Concorrere alla piena operatività del Dipartimento di Salute Mentale tenuto conto di quanto stabilito dalle specifiche linee guida adottate dalla Regione.	SI/NO	VALORE ATTESO	Documentale		
		Formulare 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.	SI/NO		Documentale		
		Adottare provvedimenti finalizzati ad assicurare l'assistenza e la cura dei detenuti con disturbo e disagio mentale.	SI/NO		Documentale		
		Concorrere alla realizzazione nel DSM di appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle associazioni dei familiari delle persone con disturbo mentale.	SI/NO		Documentale		
		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.	SI/NO		Documentale		
		Assicurare il recupero della migrazione dei pazienti fuori Regione e fuori degli ambiti territoriali di competenza tenuto anche conto dell'attivazione delle nuove strutture residenziali psichiatriche nell'ambito territoriale dell'azienda.	SI/NO		Documentale		
		Assicurare assistenza e trattamento di competenza per le persone detenute di concerto con la direzione dell'istituto penitenziario presente sul territorio dell'azienda.	SI/NO		Documentale		
		Concorrere alla formazione continua di tutti gli operatori dei DSM.	SI/NO		Documentale		

• GOVERNO DELLA SPESA.

PATOLOGICHE

		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 anche relativamente al Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) allocato nel presidio ospedaliero dell'azienda.	SI/NO		Documentale		
		Assicurare l'appropriatezza prescrittiva e la razionalizzazione dei costi farmaceutici registrati per il DSM rispetto all'esercizio precedente.	SI/NO		Flusso		
		Assicurare i flussi informativi regionali e nazionali e comunicare alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi i dati dell'attività svolta secondo la codifica, i tempi e le modalità di trasmissione stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali.	SI/NO		Fl. SISM		
		Garantire, nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale ad accesso diretto, e attraverso la competente struttura territoriali (SERT) del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, la presa in carico multidisciplinare delle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato negli ambiti di attività definiti dall'articolo 28 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
		Riorganizzare i servizi (SERT) alla luce di quanto indicato nelle linee guida nazionali in termini di dipendenza (non solo da sostanze);	SI/NO		Documentale		
		Garantire la prosecuzione del trattamento integrato con l'ambulatorio protetto di alcologia.	SI/NO		Documentale		
		Garantire la continuazione e sperimentazione di nuove modalità di intervento per soggetti cronici e/o marginali, famiglie, giovani consumatori.	SI/NO		Documentale		
		Assicurare il mantenimento e miglioramento degli interventi di prevenzione specifici per il settore già positivamente avviati negli anni precedenti.	SI/NO		Documentale		
		Garantire la realizzazione di interventi e progetti per il trattamento delle patologie correlate.	SI/NO		Documentale		
		Garantire l'assistenza e trattamento dei detenuti alcol/tossicodipendenti di concerto con la direzione dell'istituto penitenziario presente sul territorio dell'azienda.	SI/NO		Documentale		
		Assicurare la puntuale e corretta attività specialistica correlata all'autorizzazione e alle verifiche dei pazienti ospitati presso le strutture per tossicodipendenze private accreditate operanti sul territorio dell'azienda.	SI/NO		Documentale		
CODICE OBIETTIVO NSG	UNITA' ORGANIZZATIVA	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO		

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance
** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si fa riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - CSM di CROTONE, CIRO' MARINA e MESORACA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire, nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale ad accesso diretto e attraverso le competenti strutture territoriali (CSM) del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, la presa in carico multidisciplinare delle persone con disturbi mentali e lo sviluppo di un programma terapeutico individualizzato, negli ambiti di attività definiti dall'articolo 26 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda.	SI/NO		VALORE ATTESO		40%
Assicurare la puntuale e corretta attività specialistica correlata all'autorizzazione e alle verifiche dei pazienti ospitati presso le residenze sanitarie psichiatriche di cui piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale adottato dall'ASP.	SI/NO				

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - SPDC - PO CROTONE					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire, da parte dell'SPDC, la puntuale e corretta attività di ricovero e la realizzazione degli obiettivi e azioni specificamente previste dagli indirizzi regionali in materia di salute mentale e di cui alle vigenti deliberazioni di giunta sulla tutela della salute mentale.	SI/NO		Flusso SDO		40%
Costituisce, inoltre, obiettivo specifico per l'SPDC mantenere o migliorare le attività di ricovero ordinari e diurni registrati nell'anno 2017.	SI/NO		VALORE ATTESO		
Concorrere alla piena operatività del Dipartimento di salute mentale tenuto conto di quanto stabilito dalle specifiche linee guida adottate dalla Regione e delle direttive del Dipartimento.	SI/NO		Documentale		
Assicurare la 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.	SI/NO		Documentale		
Assicurare l'adozione di provvedimenti finalizzati ad assicurare l'assistenza e la cura dei detenuti con disturbo e disagio mentale.	SI/NO		Documentale		
Concorrere alla realizzazione nel DSM di appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle associazioni dei familiari delle persone con disturbo mentale.	SI/NO		Documentale		
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.	SI/NO		Documentale		
Assicurare il recupero della migrazione dei pazienti fuori Regione e fuori degli ambiti territoriali di competenza tenuto anche conto dell'attivazione delle nuove strutture residenziali psichiatriche nell'ambito territoriale dell'azienda.	SI/NO		Documentale		

Assicurare assistenza e trattamento di competenza per le persone detenute di concerto con la direzione dell'istituto penitenziario presente sul territorio dell'azienda.		SI/NO		Documentale		
Concorrere alla formazione continua di tutti gli operatori		SI/NO		Documentale		
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 anche relativamente al Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) allocato nel presidio ospedaliero dell'azienda.		SI/NO		Documentale		
Assicurare l'appropriatezza prescrittiva e la razionalizzazione dei costi farmaceutici registrati per il DSM rispetto all'esercizio precedente		SI/NO		Documentale		
Assicurare i flussi informativi regionali e nazionali e comunicare alla direzione aziendale, U.O. di Epidemiologia e flussi informativi i dati dell'attività svolta secondo la codifica, i tempi e le modalità di trasmissione stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali.		SI/NO		Documentale		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H042*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO		

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - ASSISTENZA SOCIO SANITARIA ALLE PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Garantire, nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale ad accesso diretto, e attraverso la competente struttura territoriali (SERT) del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, la presa in carico multidisciplinare delle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato negli ambiti di attività definiti dall'articolo 28 del DPCM 12 gennaio 2017 a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		40%
Riorganizzare i servizi (SERT) alla luce di quanto indicato nelle linee guida nazionali in termini di dipendenza (non solo da sostanze);	SI/NO		Documentale		
Assicurare la prosecuzione del trattamento integrato con l'ambulatorio protetto di alcologia.	SI/NO		Documentale		
Assicurare la continuazione e sperimentazione di nuove modalità di intervento per soggetti cronici e/o marginali, famiglie, giovani consumatori.	SI/NO		Documentale		
Assicurare il mantenimento e miglioramento degli interventi di prevenzione specifici per il settore già positivamente avviati negli anni precedenti.	SI/NO		Documentale		
Assicurare la realizzazione di Interventi e progetti per il trattamento delle patologie correlate.	SI/NO		Documentale		
Assicurare l'assistenza e trattamento dei detenuti alcol/tossicodipendenti di concerto con la direzione dell'istituto penitenziario presente sul territorio dell'azienda.	SI/NO		Documentale		
Assicurare la puntuale e corretta attività specialistica correlata all'autorizzazione e alle verifiche dei pazienti ospitati presso le strutture per tossicodipendenze private accreditate operanti sul territorio dell'azienda.	SI/NO		Documentale		

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI INDIRIZZI OBIETTIVI ANNO 2025

ALLEGATO C 3

Piano Performance 2023-2025

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - DIPARTIMENTO AFO MEDICA							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 PRIORITARI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTI	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	DIPARTIMENTO MEDICA: dicina Generale • Malattie infettive • Ematologia e Microcitemia • Geriatria • Nefrologia ed Emodialisi • Neurologia con Strok Unit • Oncologia • DH Multidisciplinare Medico	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati	%	< 135% obiettivo raggiunto > 180% obiettivo non raggiunto	Flussi correnti, sanitari ed amministrativi		60%

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. CARDIOLOGIA

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari escluso casi UTIC.	%		Flusso SDO		40%
Migliorare significativamente il tasso di utilizzo dei p.l. diurni nel DH multidisciplinare dell'AFO Medica.	%		Flusso SDO		
Mantenere l'indice di case-mix ed il peso relativo medio dei casi trattati registrati nel periodo 2017/2019**.	n		Flusso SDO		
Mantenere l'indice comparativo di performance registrato per il periodo 2017/2019** esclusi i casi di UTIC.	n		Flusso SDO		
Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 1% obiettivo raggiunto > 1% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario e non del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi per manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 3% obiettivo raggiunto > % obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2017** e in ogni caso entro i limiti di costo del personale definito dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
Migliorare il numero di prestazioni per esterni e ridurre le liste di attesa per attività di specialistica ambulatoriale per esterni rispetto all'anno precedente e migliorare l'appropriatezza delle stesse prestazioni per carenza P.L. e spazi nonchè per carenza personale	SI/NO		Documentale		
Assicurare la corretta codifica delle SDO nonchè la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle cartelle cliniche dei dimessi entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.	%		Flusso SDO		

Attivazione definitiva della prescrizione specialistica e farmaceutica dematerializzata in attuazione del DPGR n. 35/2014.	SI/NO		sistemaTS		
OBIETTIVO NSG, descrizione indicatore	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. MEDICINA GENERALE

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Ridurre la degenza media registrata nel corso del periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		40%
Incrementare l'attività di DH registrata nel periodo 2017/2019** nell'ambito dei p.l. disponibili nel DH multidisciplinare dell'AFO Medica	SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere il peso relativo dei casi trattati e l'indice di case mix registrati nel periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni registrate nel periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		
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.	%	Laboratorio. < 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi per manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 3% obiettivo raggiunto > 3% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2017** e in ogni caso entro i limiti di costo del personale definito dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio	SI/NO		Documentale		
Attivazione definitiva della prescrizione specialistica e farmaceutica dematerializzata in attuazione del DPGR n. 35/2014.	SI/NO		Documentale		

OBIETTIVO NSG, descrizione indicatore	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.S.D. MALATTIE INFETTIVE

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Ridurre la degenza media registrata nel corso del periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso SDO		40%
Migliorare significativamente il tasso di utilizzo dei p.l. diurni nel DH multidisciplinare dell'AFO Medica.	SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere il peso relativo dei casi trattati e l'indice di case mix registrati nel periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere le prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni registrate nel periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		
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.	%	Laboratorio: < 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare i costi per manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 3% obiettivo raggiunto > 3% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2017** e in ogni caso entro i limiti di costo del personale definito dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
Assicurare la corretta codifica delle SDO nonché la puntuale trasmissione alla direzione medica di presidio delle cartelle cliniche dei dimessi entro i termini stabiliti dalla normativa vigente in materia.	SI/NO		Documentale		
Attivazione definitiva della prescrizione specialistica e farmaceutica dematerializzata in attuazione del DPGR n. 35/2014.	SI/NO		Documentale		

OBIETTIVO NSG, descrizione indicatore	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.S.D. MICROCITEMIA/EMATOLOGIA

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019** .	SI/NO		Flusso ASA		40%
Assicurare e mantenere le prestazioni sanitarie richieste dai pazienti microcitemici e mantenere e migliorare il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale correlate.	SI/NO		Documentale		
Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie, anche per quelli direttamente prodotte dalla U.O.	SI/NO		Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi per manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 3% obiettivo raggiunto > 3% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2017** e in ogni caso entro i limiti di costo del personale definito dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
Attivazione definitiva della prescrizione specialistica e farmaceutica dematerializzata in attuazione del DPGR n. 35/2014.	SI/NO		Documentale		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari massimo al 100% per i posti assegnati e correggere il TO registrato nel periodo 2017/2019** che risulta evidentemente incoerente.	SI/NO		Flusso SDO		40%
Mantenere il numero di casi di ricovero diurno già registrati per il periodo 2017/2019** e ridurre la degenza media.	SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere l'attività dialitica registrata nel periodo 2017/2019, comprese le attività della dialisi territoriale di Mesoraca.	SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere l'attività specialistica ambulatoriale.	SI/NO		Flusso SDO		
Attivare la Day Service per i controlli periodici dei pazienti nefropatici, al fine di usufruire in un unico accesso di tutte le prestazioni necessarie.	SI/NO		Flusso SDO		
Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1,5% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 1,5% obiettivo raggiunto > 1,5% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi per manutenzione del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2017 e in ogni caso entro i limiti di costo del personale definito dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
Attivazione definitiva della prescrizione specialistica e farmaceutica dematerializzata in attuazione del DPGR n. 35/2014.	SI/NO		Documentale		

OBIETTIVO NSG, descrizione indicatore	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. NEUROLOGIA

INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio e radiodiagnostica riducendole del 1,5% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 1,5% obiettivo raggiunto > 1,5% obiettivo non raggiunto	Flussi interni		40%
Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti definiti dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
OBIETTIVO NSG, descrizione indicatore	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	
H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.	%	< 12,9 %	Flusso SDO		

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. ONCOLOGIA

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare la corretta e puntuale applicazione del DCA n.59/2015 per le prestazioni di chemioterapia.	SI/NO		Flusso SDO Flusso ASA		40%
Razionalizzare le richieste di prestazioni intermedie ai servizi di diagnostica, in particolare di quelle da laboratorio riducendole del 1% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 1% obiettivo raggiunto > 1% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e mantenere, ove possibile, i rilevanti costi per farmaci e quelli per materiale sanitario rispetto all'esercizio precedente e razionalizzare e contenere i costi per manutenzione.	SI/NO		Documentale		
Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti di costo del personale definito dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
OBIETTIVO NSG, descrizione indicatore	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	%	≤10%	Flusso SDO	≤_10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO MEDICA

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O. GERIATRIA

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere l'indice comparativo di performance registrato per il periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		40%
Mantenere le prestazioni ambulatoriali già effettuate nel periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		
Avviare le attività di Day Service già programmate ed adottate in Azienda con il piano delle attività e gli obiettivi assegnati per l'anno 2011 e tenuto conto delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero ordinario e diurno al setting della specialistica ambulatoriale per come stabilito dalla regione con specifico DPGR n. 5/2014, a cui si rimanda.	SI/NO		Flusso SDO		
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.	%	Laboratorio: < 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto Radiologia: < 1,5% obiettivo raggiunto > 1,5% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi farmaceutici e di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 2% obiettivo raggiunto > 2% obiettivo non raggiunto	Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi per servizi e manutenzione riducendoli del 3% rispetto all'esercizio precedente.	%	< 3% obiettivo raggiunto > 3% obiettivo non raggiunto	Documentale		

Razionalizzare e mantenere il costo del personale entro i limiti registrati nell'esercizio 2017 e in ogni caso entro i limiti di costo del personale definito dal piano triennale dei fabbisogni di personale definito dall'azienda ed approvato dalla struttura commissariale regionale.	SI/NO		Documentale		
Attivazione definitiva della prescrizione specialistica e farmaceutica dematerializzata in attuazione del DPGR n. 35/2014.	SI/NO		Documentale		
OBIETTIVO NSG, descrizione indicatore	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTI	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 PRIORITARI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA: • Chirurgia Generale • Oculistica • Ortopedia e Traumatologia • Otorinolaringoiatria • DS Multidisciplinare Chirurgico	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati	%	< 135% obiettivo raggiunto > 180% obiettivo non raggiunto	Flusso SDO		60%
		% di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici	%	>75 % obiettivo raggiunto <45 % obiettivo non raggiunto	Flusso SDO		
		Riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca	%	< 2,7% obiettivo raggiunto >3,7% obiettivo non raggiunto	Flusso SDO		
		% di ricoveri in day surgery di colecistectomie laparoscopiche compatibilmente con le risorse di personale	%	>60% obiettivo raggiunto <50 % obiettivo non raggiunto	Flusso SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	UNITA' ORGANIZZATIVA	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	
H05Z	CHIRURGIA GENERALE	PROPORZIONE DI COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI	%	≥70%	Flusso SDO	≥70%	
H06Z	DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA	TASSO DI RICOVERO DIURNO DI TIPO MEDICO - DIAGNOSTICO IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE	%	< 1,5% obiettivo raggiunto >3% obiettivo non raggiunto	Flusso SDO		
H13C*	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	PERCENTUALE DI PAZIENTI DI ETA' 65+ CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO DUE GIORNI IN REGIME ORDINARIO	%	≥60%	Flusso SDO	≥60%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. CHIRURGIA GENERALE

INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare il tasso di occupazione dei posti letto ordinari assegnati registrato nel periodo 2017/2019**, che risulta significativamente inferiore allo standard stabilito dal DM 70/2015.		%		Flusso SDO		40%
Spostare rilevanti quote di ricoveri sul regime diurno o ambulatoriale, (verosimilmente vengono trattati in regime ordinario casi di ricovero inviati da PS che potrebbero essere trattati più appropriatamente in regime diurno, day service e di chirurgia ambulatoriale).		%		Flusso SDO		
Attivare e/o incrementare le prestazioni di ricovero con accesso programmato e preospedalizzazione.		SI/NO		Flusso SDO Documentale		
Mantenere la degenza media complessiva e quella preoperatoria.		SI/NO		Flusso SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	
H05Z	PROPORZIONE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST OPERATORIA INFERIORE A 3 GG	%	≥70%	Flusso SDO	≥70%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere il tasso di utilizzo dei p.l. ordinari assegnati rispetto al dato registrato nel periodo 2017/2019**		SI/NO		Flusso SDO		40%
Mantenere o migliorare l'indice operatorio registrato nel periodo 2017/2019**.		SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere l'indice di case-mix ed il peso relativo medio dei casi trattati registrati nel periodo 2017/2019**.		SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere l'indice comparativo di performance registrato per il periodo 2017/2019**		SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere il numero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni erogate nel periodo 2017 e 2018 e incrementare quelle registrate nel 2019** e ridurre le liste di attesa entro i tempi massimi stabiliti dalla regione.		SI/NO		Flusso SDO		
Realizzare la tempestività degli interventi per fratture di femore per come indicato dagli standard nazionali e regionali.		SI/NO		Flusso SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	
H13C*	PERCENTUALE DI PAZIENTI DI ETA' 65+ CON DIAGNOSI DI FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE OPERATI ENTRO DUE GIORNI IN REGIME ORDINARIO	ON/OFF	≥60%	Flusso SDO	≥60%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.S.D. OCULISTICA

INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019** e ridurre ulteriormente le liste di attesa entro i tempi massimi stabiliti dalla regione.		SI/NO		Flusso SDO		40%
Continuare ad assicurare l'attività chirurgica fin qui registrata anche in regime ambulatoriale		SI/NO		Flusso SDO		
Attivare il Day Service per le prestazioni già trasferite dal regime di ricovero a quello della specialistica ambulatoriale per come stabilito dalle specifiche disposizioni regionali e nazionali.		SI/NO		Flusso SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO CHIRURGICA

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.S.D. OTORINOLARINGOIATRIA

INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019** e ridurre ulteriormente le liste di attesa entro i tempi massimi stabiliti dalla regione.		SI/NO		Flusso SDO		40%
Continuare ad assicurare l'attività chirurgica fin qui registrata anche in regime ambulatoriale migliorando la codifica delle prestazioni in day surgery rese sui posti diurni del DS multidisciplinare dell'AFO chirurgica.		SI/NO		Flusso SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si fa riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI DI SUPPORTO							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 STRATEGICI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	DIPARTIMENTO AFO SERVIZI DIAGNOSTICI DI SUPPORTO: • Anatomia Patologica • Laboratorio Analisi • Medicina Nucleare • Radiologia • Servizio Immunotrasfusionale • Gastroenterologia • Recupero e Riabilitazione Funzionale • Dermatologia • Angiologia • Pneumologia • Diabetologia	Redistribuzione tempestiva dell'offerta fra ordinaria e prioritaria nel rispetto dei tempi di attesa previsti per le classi "U" e "B".	SI/NO		FLUSSO / SDO		60%
		Garantire la regolare trasmissione dei flussi informativi	SI/NO		FLUSSO / SDO		
		Monitorare l'applicazione delle procedure operative previste inerenti il Rischio Clinico ai fini della prevenzione/gestione e soluzione degli "Eventi Avversi"	SI/NO		FLUSSO / SDO		
		Contribuire alla realizzazione degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (PSN)	SI/NO		FLUSSO / SDO		
		Adozione delle procedure informatizzate degli ordini	SI/NO		FLUSSO / SDO		
		Contenere la spesa energetica	SI/NO		FLUSSO / SDO		
		Mantenere aggiornato l'inventario di magazzino a cadenza trimestrale	SI/NO		FLUSSO / SDO		
		Mantenere o migliorare l'equilibrio tra costi e valori economici della produzione	SI/NO		FLUSSO / SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	UNITA' ORGANIZZATIVA	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H082b*	Servizio Trasfusionale	AUTOSUFFICIENZA DI EMOderivati (IMMUNOGLOBULINE, FATTORE VIII, FATTORE IX, ALBUMINA)	ON/OFF	1	CE CONSUNTIVO 2023	ON	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere e migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per esterni erogate nel periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso ASA		40%
Ridurre i tempi di attesa delle postazioni intermedie da 30 a 15 giorni .	SI/NO		DB Liste di attesa		
Concorrere, per quanto di competenza, alla realizzazione degli screening oncologici per la prevenzione dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon retto, assicurando le attività secondo gli standard previsti dai rispettivi e specifici programmi aziendali e regionali.	SI/NO		Flusso Screening		
Concorrere alle attività di Day Service richieste delle U.O. dell'area medica e chirurgica.	SI/NO		Flusso ASA		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.D.S. LABORATORIO ANALISI					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere e migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per esterni erogate nel periodo 2017/2019**, riconducendoli almeno al livello dell'anno 2015	SI/NO		Flusso ASA		40%
Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno, di day service e di APA e PAC.	SI/NO		DB Liste di attesa		
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.	SI/NO		Flusso Screening		
Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica.	SI/NO		Flusso ASA		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO						
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. MEDICINA NUCLEARE						
INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
	ATTIVITA' MOMENTANEAMENTE SOSPESA					

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI SUPPORTO					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. RADIOLOGIA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Incrementare i volumi delle prestazioni appropriate di specialistica ambulatoriale da erogare agli esterni rispetto al periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso ASA		40%
Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno, di day service e di APA e PAC. Richieste urgenti provenienti dall' Area Medica Chirurgica: esenzioni e referetazioni immediate. Richieste ordinarie omnicomprensive : esecuzioni e refertazioni entro 48/72 h	SI/NO		DB Liste di attesa		
Concorrere all'attivazione di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica.	SI/NO		Flusso Screening		
Concorrere alla realizzazione degli screening dei tumori, primo tra tutti quello orientato alla diagnosi precoce dei tumori della mammella assicurando lo specifico supporto di competenza.	SI/NO		Flusso ASA		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO						
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.S.D. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE						
INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare con efficienza ed efficacia ogni attività e prestazione prevista dalle specifiche disposizioni regionali attuative del DPGR-DCA n. 58/2014 recante "Approvazione progetto di riorganizzazione del Sistema Trasfusionale Regionale. Programma 13 Azione 2.5 P.O. 2013-2015" e s.m.i.		SI/NO		Documentale		40%
Mantenere o migliorare le attività istituzionali proprie e specifiche dei servizi immunotrasfusionali previsti dalla regione dopo gli interventi di riordino della rete trasfusionale e assicurare il corretto e puntuale trasferimento per le attività di competenza al centro Hab di riferimento per l'area centro.		SI/NO		Documentale		
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.		SI/NO		Documentale		
Implementare strategie per il buon uso del sangue, anche potenziando il ricorso alle tecniche alternative alla trasfusione di sangue omologo (predepositi, recupero perioperatorio, etc.)		SI/NO		Documentale		
Migliorare il servizio offerto ai cittadini donatori e valorizzare il ruolo delle associazioni nel rispetto della specifica convenzione in atto tra Regioni e Associazioni donatori.		SI/NO		Documentale		
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.		SI/NO		Documentale		
CODICE OBIETTIVO NSG	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H08Zb*	AUTOSUFFICIENZA DI EMODERIVATI (IMMUNOGLOBULINE, FATTORE VIII, FATTORE IX, ALBUMINA	ON/OFF	1	CE CONSUNTIVO 2024	ON	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. GASTROENTEROLOGIA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso ASA		40%
Ridurre i tempi di attesa per le prestazioni intermedie richieste dalle U.O. ospedaliere, con priorità per quelle correlate al regime di ricovero diurno, di day service e di APA e PAC.	SI/NO		DB Liste di attesa		
Implementazione dello Screening Oncologico per la prevenzione dei tumori del Colon - Retto, assicurando gli standard previsti dallo specifico programma Aziendale e Regionale	SI/NO		Flusso Screening		
Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica.	SI/NO		Flusso ASA		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferisce al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEDA OBIETTIVI 2023 - U.O.S.D. DERMATOLOGIA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso ASA		40%

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.S.D. ANGIOLOGIA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso ASA		40%
Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica e chirurgica.	SI/NO		Flusso ASA		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O. PNEUMOLOGIA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso ASA		40%
Ridurre i tempi di attesa delle prestazioni intermedie.	SI/NO		DB Liste di Attesa		
Concorrere alle attività di Day Service delle U.O. dell'area internistica.	SI/NO		Flusso ASA		
Attivazione di un Percorsodiagnostico assistenziale dedicato ai Pazienti LONG-COVID -19	SI/NO		Flusso ASA		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O. DIABETOLOGIA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nel 2016, escluso le prestazioni di laboratorio (la Diabetologia non effettua più da anni prestazioni di laboratorio).	SI/NO		Flusso ASA		40%
Concorrere alle attività di Day Service/PAC delle U.O. dell'area internistica.	SI/NO		Flusso ASA		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO AFO SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - UOSD RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare le attività e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2019**	SI/NO		Flusso ASA		40%
Riduzione delle liste d'attesa e garantire le prestazioni in classe di priorità U e B previste dalla normativa vigente.	SI/NO		DB Liste di Attesa		
Ottimizzare i tempi di attesa delle prestazioni intermedie con una presa in carico dei pazienti possibilmente entro 7 giorni	SI/NO		DB Liste di Attesa		
Razionalizzare e contenere i costi di materiale sanitario del 2% rispetto all'esercizio precedente.	SI/NO		Flussi correnti Documentale		
Razionalizzare e contenere i costi per servizi e di manutenzione del 3% rispetto all'esercizio precedente.	SI/NO		Flussi correnti Documentale		

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si fa riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SCHEDA OBIETTIVI 2024 - DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO-INFANTILE							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 STRATEGICI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	• Ostetricia E Ginecologia • Pediatria • Neonatologia	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati	%	< 135% obiettivo raggiunto > 180% obiettivo non raggiunto	Flusso SDO		60%
		Attuare i criteri di appropriatezza del ricovero ordinario, per come definiti all'articolo 39 del DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA)			Flusso SDO		

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare il tasso di utilizzo dei p.l. ordinari assegnati rispetto al dato registrato nel 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		40%
Attivare la funzione di Day Service, APA e chirurgia ambulatoriale tenuto conto delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero ordinario e diurno al setting della specialistica ambulatoriale per come stabilito dalla regione con lo specifico DPGR n. 5/2014 a cui si rimanda.	SI/NO		Flusso ASA		
Assicurare per quanto di competenza le prestazioni e le attività correlate al percorso nascita.	SI/NO		Flusso SDO Flusso ASA		
Migliorare i volumi prestazionali di ricoveri ordinari registrati nel periodo 2017/2019**.	SI/NO		Flusso SDO		
Migliorare e incrementare almeno allo standard del 80% il tasso di utilizzo dei p.l. registrato nel 2017/2018**.	SI/NO		Flusso SDO		
Migliorare i volumi prestazionali di ricovero diurno registrati nel periodo 2017/2018** riportandoli almeno a quello registrato per l'anno 2015 e incrementare il tasso di utilizzo dei posti letto diurni assegnati alla U.O.	SI/NO		Flusso SDO		
Incrementare i volumi prestazionali di assistenza specialistica ambulatoriali erogate nel periodo 2017/2018** riportandoli almeno a quelli registrati per l'anno 2015.	SI/NO		Flusso ASA		
Migliorare significativamente l'indice operatorio registrato nel periodo 2017/2018**	SI/NO		Flusso SDO		
Migliorare significativamente l'indice di case-mix ed il peso relativo medio dei casi trattati registrati nel periodo 2017/2018**.	SI/NO		Flusso SDO		
Migliorare l'indice comparativo di performance registrato nel periodo 2017/2018**.	SI/NO		Flusso SDO		
Realizzare la riduzione dell'incidenza percentuale dei parti cesarei per come stabilito dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali.	SI/NO		Flusso SDO		
Assicurare le attività di IVG.	SI/NO		Flusso SDO		

Concorrere per quanto di competenza alla realizzazione dello screening dei tumori del collo dell'utero.		SI/NO		Flusso ASA Flusso Screening		
CODICE OBIETTIVO NSG	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	
H18C*	PERCENTUALI PARTI CESAREI PRIMARI IN MATERNITA' DI II LIVELLO E COMUNQUE CON >_ 1.000 PARTI	ON/OFF	≤25%	Flusso SDO	≤25%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE						
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. PEDIATRIA						
INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Mantenere e migliorare i volumi prestazionali di ricovero diurno registrati nel periodo 2017/2019**.		SI/NO		Flusso SDO		40%
Mantenere e migliorare i volumi prestazionali ambulatoriali per esterni registrati nel periodo 2017/2019**.		SI/NO		Flusso ASA		
Mantenere o migliorare l'indice di case-mix ed il peso relativo medio dei casi trattati registrati nel periodo 2017/2019**.		SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere o migliorare l'indice comparativo di performance registrato per il 2017**.		SI/NO		Flusso SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE						
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. NEONATOLOGIA						
INDICATORE, descrizione		UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare per quanto di competenza le prestazioni e le attività correlate al percorso nascita.		SI/NO		Flusso SDO		

Mantenere il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari massimo al 100% per i posti assegnati e correggere il TO registrato nel periodo 2017/2019** che risulta evidentemente non coerente con gli standard ospedalieri vigenti.		SI/NO		Flusso SDO		40%
Incrementare i volumi prestazionali ambulatoriali per esterni registrati nel periodo 2017**.		SI/NO		Fluso ASA		
Mantenere o migliorare l’indice di case-mix ed il peso relativo medio dei casi trattati registrati nel 2017**.		SI/NO		Flusso SDO		
Mantenere o migliorare l’indice comparativo di performance registrato per il 2017/2019**.		SI/NO		Flusso SDO		
CODICE OBIETTIVO NSG	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
H04Z*	RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA	%	≤10%	Flusso SDO	≤10%	

*Indicatori da NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) per il monitoraggio del Sistema Sanitario assegnati, in via sperimentale, in aggiunta agli obiettivi di cui al Piano della Performance

** Atteso che durante il periodo 2020 - 2022 - in conseguenza dell'evento pandemico - si è registrata una riduzione dei volumi delle attività, si fa riferimento al 2017/2019 quale periodo più performante.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 PRIORITARI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA E ACCETTAZIONE: • Pronto Soccorso • Anestesia e Rianimazione	% accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	%	> 93% obiettivo raggiunto < 80% obiettivo non raggiunto	Banca dati VirgilioWEB		60%
		Tempo di permanenza in Pronto Soccorso 8 ore	%	< 20% obiettivo raggiunto	Banca dati VirgilioWEB		
		Accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati a ricovero dimessi entro 4 ore	%	>80% obiettivo raggiunto	Banca dati VirgilioWEB		
		% di accessi in Pronto Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 ora	%	>80% obiettivo raggiunto <70% obiettivo non raggiunto	Banca dati VirgilioWEB		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE - Dipartimento Emergenza Urgenza					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O. PRONTO SOCCORSO					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Promozione della informazione mirata ai cittadini, sia direttamente che attraverso gli organismi che li rappresentano e le loro organizzazioni sui seguenti temi:	SI/NO		Flusso / SDO DB WirgilioWeb		40%
Miglioramento della organizzazione dei percorsi attraverso i quali viene meglio assicurata e garantita la risposta alle prestazioni urgenti.	SI/NO		Flusso / SDO DB WirgilioWeb		
Ulteriore affinamento delle tecniche di triage.	SI/NO		Flusso / SDO DB WirgilioWeb		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE - Dipartimento Emergenza Urgenza					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE					
INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA		FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Riduzione mortalità e morbidità del paziente critico (paziente con una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita o di insorgenza di complicanze maggiori) e copertura urgenze-emergenze presso tutte le unità operative del presidio, ivi compreso il pronto soccorso e medicina d'urgenza.	%		Flusso SDO		
Aumento della % dei soggetti ricoverati in rianimazione che potrebbero giovare più appropriatamente di un livello di cure semi-intensive.	%		Flusso SDO		
Sviluppo, unitamente alle altre U.O. interessate, dei risultati ottenuti nel corso degli ultimi anni nelle attività correlate all'espanto di organi	SI/NO		Documentale		
Prosecuzione progetto donazione organi (avvicinamento alle medie nazionali % accertamenti di morte sui decessi per patologia cerebrale severa, % di accertamenti di morte su potenziali donatori e % di opposizioni sui potenziali donatori).	SI/NO		Documentale		
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.	SI/NO		Documentale		
Supporto anestesilogico alle funzioni del blocco operatorio del P.O. aziendale per le attività chirurgiche programmate, per le urgenze e le emergenze di sala operatoria, nell'arco delle 24 ore.	SI/NO		Documentale		
Tempestiva esecuzione delle attività ambulatoriali preoperatorie e delle visite preoperatorie in corsia.	SI/NO		Documentale		
Miglioramento del livello di gestione del sintomo dolore e più efficace controllo e recupero delle funzioni vitali del paziente prima, durante e dopo l'intervento chirurgico.	SI/NO		Documentale		
Supporto allo sviluppo della day surgery, attraverso l'implementazione di tecniche di anestesia loco-regionale.	SI/NO		Flusso SDO Documentale		

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.	SI/NO		Documentale		40%
Rideterminazione degli esami e delle altre indagini preliminari, sulla base del valore atteso in termini di valutazione del rischio e della messa a punto di procedure di informazione e di raccolta del consenso del paziente, anche mediante l'utilizzo della specifica nuova modulistica unificata di recente programmata dall'Azienda e fornita alle UU.OO. del P.O.	SI/NO		Documentale		
Previsione di accessi differenziati nell'ambulatorio di terapia antalgica, in base alla gravità del dolore e delle patologie sottostanti, con tempi d'attesa differenziati secondo la severità clinica.	SI/NO		Flusso ASA Liste d'attesa		
Miglioramento del processo assistenziale rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine, attraverso la piena attuazione al progetto regionale "Ospedale senza dolore", a cui si rimanda.	SI/NO		Documentale		
Promozione di interventi idonei ad assicurare la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare gli oppioidi, assicurando anche una valutazione periodica del loro consumo e di protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore.	SI/NO		Documentale		
Promozione 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.	SI/NO		Documentale		
Monitoraggio livelli di applicazione delle linee guida del trattamento del dolore, attraverso la valutazione dell'efficacia	SI/NO		Documentale		
Elaborazione e distribuzione di materiale informativo agli utenti, in relazione alla terapia del dolore.	SI/NO		Documentale		
Erogazione delle attività e prestazioni inerenti la terapia del dolore nei limiti massimi di spesa stabiliti dal direttore del dipartimento nell'ambito del budget allo stesso assegnato con il presente piano.	SI/NO		Flussi correnti, sanitari e amministrativi		
Assicurazione dei flussi informativi regionali e nazionali con comunicazione trimestrale alla direzione aziendale e all' U.O. di Epidemiologia e Flussi Informativi dei dati dell'attività svolta secondo la codifica, i tempi e le modalità di trasmissione stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali.	SI/NO		Flussi correnti, sanitari e amministrativi		

ASP di Crotone - AREA DELLE FUNZIONI DI PRESIDIO

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

INDICATORE, descrizione	UNITA' ORGANIZZATIVA	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Trasmissione flusso SDO entro i termini e con le modalità stabilite dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali in materia al sistema informativo regionale al Dipartimento Staff - Programmazione e controllo (U.O.S. controllo e verifica delle attività di ricovero di cui al DPGR n. 53/2011), nonché alla U.O.C. Epidemiologia Valutativa, Statistica e Flussi Informativi Sanitari.	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	SI/NO		SISR		40%
Comunicazione dei dati dell'attività di specialistica ambulatoriale per esterni svolta dal P.O. secondo la codifica, i tempi e le modalità di trasmissione stabiliti dalle vigenti disposizioni regionali. alla Direzione Aziendale e all'U.O. di Epidemiologia e Flussi Informativi,		SI/NO		Flusso ASA SISR		
Incrementare, razionalizzare e rendere più efficienti ed efficaci le attività di vigilanza igienico sanitaria del presidio ospedaliero.		SI/NO		Documentale		
Assicurare la corretta gestione e la razionalizzazione delle attività di controllo sugli accessi ai servizi di degenza e ambulatoriali.		SI/NO		Documentale		

ASP di Crotone - AREA DELLE FUNZIONI DI PRESIDIO

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA

DESCRIZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Completamento e attuazione definitiva della richiesta informatizzata dei farmaci ai reparti di degenza e ai servizi diagnostici di supporto.	FARMACIA OSPEDALIERA	SI/NO		Documentale		40%
Invio di report trimestrale sui consumi di farmaci e presidi ai direttori di dipartimento e alla direzione strategica.		SI/NO		Documentale		
Adozione interventi finalizzati al miglioramento, alla razionalizzazione e all'appropriatezza dei consumi farmaceutici ospedalieri,		SI/NO		Documentale		
Miglioramento della corretta e puntuale applicazione delle procedure di gestione del magazzino farmaceutico e delle scorte, nonché delle attività di alimentazione del sistema di contabilità analitica per centri di costo.		SI/NO		Documentale		
Assicurare ulteriormente la distribuzione diretta di farmaci alla dimissione ospedaliera e dopo la visita specialistica ambulatoriale in ambito ospedaliero.		SI/NO		Flussi Farmaceutica		

DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI INDIRIZZI OBIETTIVI ANNO 2025

ALLEGATO C 4

Piano Performance 2023-2025

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

SCHEMA OBIETTIVI 2025 - DIPARTIMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI E TECNICI

In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 PRIORITARI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO Range %	FONTE	TARGET
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	• UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE E FORMAZIONE • UOC GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE • UOC AFFARI GENERALI, LEGALI E ASSICURATIVI • UOC PROVVEDITORATO, ECONOMATO, GESTIONE LOGISTICA • UOC Gestione tecnico-patrimoniale	Linee generali di indirizzo: Assicurare, accanto ad un approccio tradizionale per struttura, una modalità di lavoro per processi/progetti da realizzarsi attraverso l'individuazione precisa e coerente degli attori coinvolti e delle relative responsabilità. Attività azioni e obiettivi specifici: In relazione alle specifiche competenze e responsabilità, ciascun direttore delle unità operative afferenti ai servizi tecnico-amministrativi dell'azienda, nonché i dirigenti ed il personale del comparto, della U.O., dovranno assicurare il raggiungimento degli obiettivi operativi sinteticamente indicati per ciascuna unità operativa.	Processi/Progetti - applicazione DCA e Decreti Legislativi report	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia nei servizi amministrativi in relazione alle specifiche competenze e responsabilità	Documentale	

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI					
SCHEDA OBIETTIVI 2023 - UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE E FORMAZIONE					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Attuare le procedure amministrativo contabili (PAC) di competenza definite con specifico DCA.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		40%
Assicurare il supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione e definizione del fabbisogno del personale;		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Assicurare la gestione dello sviluppo del personale, dei percorsi di carriera, dei sistemi di valutazione;		obiettivo raggiunto se superiore al 50%	Documentale		
Intensificare e migliorare l'attività di rilevazione gestione presenze;		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Sviluppare ulteriormente le funzioni di gestione giuridica ed economica del personale ivi compresa la digitalizzazione e archiviazione telematica di almeno il 60% delle posizioni storiche giuridiche del personale dipendente.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Mantenere e migliorare la gestione operativa delle relazioni sindacali;		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di gestione delle procedure di collocamento in quiescenza del personale;		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Assicurare la corretta e puntuale trasmissione dei flussi informativi e il monitoraggio dei flussi informativi dell'area di competenza;		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Adottare ogni utile iniziativa per lo snellimento delle procedure burocratiche e formali;		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Assicurare e migliorare, ferme restando che la rilevazione e l'analisi dei bisogni e della domanda di formazione del personale e gestione della formazione stessa restano attribuite alla competenza del direttore sanitario e del direttore amministrativo per come stabilito dal nuovo atto aziendale, le procedure in ordine alla competenza amministrativa dell'ufficio gestione risorse umane in ordine alla liquidazione delle spese correlate alla gestione e formazione del personale.		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Assicurare, per come stabilito dal nuovo atto aziendale, la funzione amministrativa di gestione e liquidazione del trattamento economico e previdenziale dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali Interni.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Incrementare e migliorare i rapporti di collaborazione con l'ufficio legale in esito alla puntuale e completa trasmissione delle relazioni dell'ufficio nei casi di contenzioso per mansioni superiori.		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI					
SCHEMA OBIETTIVI 2023 - UOC GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Attuare le procedure amministrativo contabili (PAC) di competenza definite con specifico DCA.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		40%
Assicurare la corretta e puntuale attività istruttoria di redazione dei bilanci preventivi, consuntivi ivi compresa quella separata del presidio ospedaliero aziendale, nonché la corretta tenuta della contabilità generale e dei libri e registri obbligatori per legge, anche ai fini Iva con relativi adempimenti;		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Assicurare e provvedere agli adempimenti fiscali anche relativamente ai cespiti ed agli investimenti;		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Sviluppare e migliorare la collaborazione con le strutture di riferimento per la compiuta realizzazione della contabilità analitica;		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Sviluppare e migliorare le azioni e le attività di tenuta conto correnti e rapporti con istituti di credito e/o tesoreria;		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Assicurare e migliorare la gestione della contabilità separata incassi e fatturazioni per libera professione (ALPI);		obiettivo raggiunto se superiore al 100%	Documentale		
Assicurare e migliorare le attività di gestione e controllo dei rapporti di carattere contabile con i fornitori e relative fatture e documenti d'acquisto;		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI					
SCHEMA OBIETTIVI 2023 - UOC AFFARI GENERALI, LEGALI E ASSICURATIVI					
INDICATORI, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Attuare le procedure amministrativo contabili (PAC) di competenza definite con specifico DCA.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		40%
Procedere al definitivo consolidamento e ulteriore sviluppo della gestione informatizzata della corrispondenza dell'ASP e del protocollo informatico;		obiettivo raggiunto se superiore al 90%	Documentale		
Assicurare la puntuale e corretta gestione degli atti amministrativi del Direttore Generale e dei Direttori di dipartimento e UOC e le relative procedure di pubblicazione;		obiettivo raggiunto se superiore al 100%	Documentale		
Migliorare la gestione delle assicurazioni e dei sinistri in via giudiziale ed extragiudiziale con invio di report trimestrali.		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Assicurare, sviluppare e migliorare la gestione del contenzioso civile, del lavoro, penale, amministrativo curando anche i rapporti con i legali esterni, nonché l'eventuale procedura di recupero ticket;		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Assicurare la collaborazione alla collaborazione alle attività di Risk Management.		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Adottare ogni utile azione e provvedimento per lo svincolo delle somme pignorate presso il tesoriere e poste italiane.		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Assicurare la definizione e la gestione del Piano della Trasparenza e del Piano per l'Anticorruzione in conformità con quanto sancito dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dal D. Lgs. n. 33/2013.		obiettivo raggiunto se superiore al 100%	Documentale		
Assicurare e coordinare le attività amministrative di gestione della privacy e la gestione e il coordinamento dei dati personali secondo quanto definito dal D. Lgs. n. 196/2003.		obiettivo raggiunto se superiore al 90%	Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - UOC PROVVEDITORATO, ECONOMATO, GESTIONE LOGISTICA					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Attuare le procedure amministrativo contabili (PAC) di competenza definite con specifico DCA.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		40%
Predisporre con cadenza annuale il piano degli acquisti nel rispetto delle vigenti disposizioni regionali in materia e nel rispetto delle risorse finanziarie disponibili.		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Assicurare con efficienza ed efficacia l'espletamento delle procedure di gara e tenuto conto delle disposizioni normative di cui alla legge regionale n. 26/2017e s.m.i. in materia di Stazione Unica Appaltante nonché di quanto al riguardo stabilito dalla struttura commissariale regionale e delle leggi di stabilità 2016 e 2017.		obiettivo raggiunto se superiore al 100%	Documentale		
Assicurare, verificare e controllare l'acquisizione di beni economici (distinta per area ospedaliera e per area territoriale) nonché l'affidamento di servizi.		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Assicurare e controllare l'espletamento delle procedure di acquisto relative ai beni di investimento delle attrezzature sanitarie e non sanitarie.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Migliorare la gestione dei servizi a gestione diretta e dei servizi in out-sourcing.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Assicurare la corretta gestione dei flussi informativi riguardanti i dispositivi medici ed ai relativi contratti;		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Assicurare e controllare la gestione del conto deposito e dei relativi contratti.		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Effettuare il monitoraggio periodico dei dati relativi ad ordinato e consegnato.		obiettivo raggiunto se superiore al 100%	Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO SERVIZI TECNICO-AMMINISTRATIVI					
SCHEMA OBIETTIVI 2023 - UOC GESTIONE TECNICO - PATRIMONIALE					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Attuare le procedure amministrativo contabili (PAC) di competenza definite con specifico DCA.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		40%
Assicurare la progettazione, direzione, contabilità e collaudo dei lavori pubblici relativi al patrimonio immobiliare, compresi i capitolati speciali d'appalto, studi di fattibilità e valorizzazione del patrimonio immobiliare anche sotto il profilo urbanistico;		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Assicurare e controllare la gestione del patrimonio immobiliare di proprietà dell'Azienda compresi i rapporti contrattuali di locazione e di comodato (attivi/passivi) e l'amministrazione degli immobili, procedure di gara per le alienazioni, perizie di stima e certificazioni energetiche, acquisizione delle autorizzazioni regionali per l'alienazione del patrimonio disponibile.		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Adottare ogni utile iniziativa e procedura di pianificazione e affidamento incarichi ex art. 20.		obiettivo raggiunto se superiore al 50%	Documentale		
Completare le procedure di affidamento dei lavori di riorganizzazione del pronto soccorso del P.O. di Crotone.		obiettivo raggiunto se superiore al 50%	Documentale		
Assicurare la corretta gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria e la gestione degli impianti, tenuta del verde, della segnaletica e di tutti gli aspetti connessi al comfort ambientale, gestione delle installazioni dei sistemi di sicurezza del patrimonio aziendale;		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		
Assicurare di concerto con la struttura di ingegneria clinica l'attività di verifica della compatibilità, prima dell'installazione, tra strumenti elettromedicali/apparecchiature biomediche e le strutture e gli impianti esistenti e relativi censimenti a fini manutentivi;		obiettivo raggiunto se superiore al 50%	Documentale		
Assicurare la puntuale e corretta gestione del magazzino tecnico e dei relativi inventari;		obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		
Assicurare e garantire la gestione operativa dei rapporti con gli Enti e gli Organi pubblici preposti ai controlli tecnici di legge (Osservatorio dei LL.PP., Vigili del Fuoco, Comuni, ISPESL, ASP, ARPA, ecc.);		obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Assicurare e controllare la gestione patrimoniale degli immobili, sia attiva che passiva;		obiettivo raggiunto se superiore al 80%	Documentale		

DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE e CONTROLLO INDIRIZZI OBIETTIVI ANNO 2025

ALLEGATO C 5

Piano Performance 2023-2025

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE							
SCHEDA OBIETTIVI 2024 - DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO (Funzioni di Staff)							
In relazione al raggiungimento degli obiettivi prioritari sotto 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 PRIORITARI AZIENDALI	UNITA' ORGANIZZATIVE INTERESSATE	INDICATORE, descrizione	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
• GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA; • FLUSSI INFORMATIVI; • RISCHIO CLINICO; • OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE; • GOVERNO DELLA SPESA.	• UOC PROGRAMMAZIONE SANITARIA, PIANIFICAZIONE STRATEGICA, RICERCA E GOVERNO DELL'ECCELLENZA E SVILUPPO ORGANIZZATIVO • UOC CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI • UOC EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA, STATISTICA E FLUSSI INFORMATIVI • UOSD GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT • UOSD INGEGNERIA CLINICA • UOSD CUP - URP	Supportare la direzione aziendale nel processo di programmazione pianificazione e gestione delle funzioni strategiche essenziali.	SI/NO				60%
		Sviluppare e perseguire la ricerca e il governo dell'eccellenza attraverso la definizione di un modello gestionale basato sui principi del Total Quality Management (TQM).	questionari mensili ad operatori ed utenti per miglioramento del processo e degli esiti della gestione totale della qualità dei servizi offerti	positivo se realizzato			
		Sviluppare la funzione di <i>Customer Satisfaction</i> , con periodicità biennale, attivando un'indagine di clima interno per conoscere e misurare il trend di soddisfazione degli operatori e un'indagine di soddisfazione degli utenti.	analizzare la soddisfazione degli utenti attraverso un dialogo instaurato con l'utente attraverso sondaggi o questionari	obiettivo raggiunto 50 questionari mensili			
		Implementare ulteriormente il governo della rete e degli erogatori.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 70%			
		Ulteriore sviluppo e implementazione dei sistemi di programmazione e controllo aziendali.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 50%			

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - UOC PROGRAMMAZIONE SANITARIA, PIANIFICAZIONE STRATEGICA, RICERCA E GOVERNO DELL'ECCELLENZA E SVILUPPO ORGANIZZATIVO					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare le attività inerenti il Governo della rete e degli erogatori.	%	predisposizione piani di acquisto - contrattualizzazione 72 erogatori privati secondo tempi e procedure dettate dai DD.CC.AA regionali - obiettivo raggiunto se contrattualizzati tutti gli erogatori privati	Documentale		40%
Assicurare le attività inerenti la Pianificazione strategica e piano delle performance.	%	predisposizione piano performance e relazione performance nei tempi dettati dal D.Lgs 150/2009 e s.m.i.	Documentale		
Assicurare le attività inerenti lo sviluppo dei Sistemi di programmazione e controllo aziendali.	%	controlli periodi su tutte le strutture accreditate con relazione semestrale alla Direzione Strategica	Documentale		

Assicurare le attività inerenti il predisposizione, in coerenza con le specifiche disposizioni regionali in materia, degli atti di programmazione, pianificazione e organizzazione delle reti assistenziali.	%	adempimenti regionali inerenti ex art. 8 ter, pareri di compatibilità con rete ospedaliera e territoriale, parere accreditamento nell'arco di 7 giorni	Documentale
Assicurare lo sviluppo delle attività di monitoraggio e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e dei controlli interni.	%	controlli effettuati presso le strutture private accreditate con frequenza trimestrale. - obiettivo raggiunto se effettuati entro 60 giorni	Documentale
Assicurare il monitoraggio e il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero ospedaliero e promozione di azioni correttive in caso di scostamento dei valori standard individuati, mediante i controlli analitici e le revisioni SDO-cartella clinica e tutte le attività previste dal DPGR n. 53/2011 e s.m.i.	%	controllo su SDO e cartelle cliniche - obiettivo raggiunto 18%	Documentale

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - UOC CONTROLLO DI GESTIONE					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare e implementare la programmazione del percorso di budget e i sistemi incentivanti in collaborazione con l'area risorse umane, con particolare riferimento alla redazione della relazione annuale sulla performance da proporre alla direzione aziendale e all'OIV nei tempi e secondo le modalità stabiliti dalla legislazione vigente.	%	rispetto dei tempi dettati dal D.Lgs 150/2009	Documentale		40%
Implementare e sviluppare ulteriormente il controllo di gestione e il governo dei relativi strumenti (budgeting, - contabilità analitica - attività di reportistica-).	%	obiettivo raggiunto se superiore 50%	Documentale		
Concorrere all'elaborazione e al monitoraggio degli obiettivi aziendali e regionali e dei relativi indicatori per la loro misurazione.	%	100%	Documentale		
Assicurare la gestione della rilevazione dei costi e dei fattori produttivi in relazione al presente piano della performance.	%	report dipartimentali obiettivo raggiunto se superiore al 50%	Documentale		
Assicurare la gestione tecnologica della rete informatica ai fini del controllo di gestione e per la corretta tenuta della COAN.	%	compatibilmente con SEC-SISR obiettivo raggiunto se superiore al 50%	Documentale		

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

SCHEDA OBIETTIVI 2025 - UOC EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA, STATISTICA E FLUSSI INFORMATIVI

DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare e sviluppare la funzione di epidemiologia valutativa.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		40%
Sviluppare ulteriormente le funzioni e attività del servizio informativo sanitario di cui alla DPGR n. 101/2011 a cui si rimanda.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 50%	Documentale		
Assicurare la rilevazione ed elaborazione delle informazioni rilevanti ai fini della programmazione e del controllo delle attività dell'azienda, attraverso la rilevazione delle grandezze quantitative di produzione ed attività finalizzate ad assicurare il coordinamento delle attività di programmazione, gestione e monitoraggio di tutti i flussi informativi sanitari sia interni che verso Regione e Ministeri.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO					
SCHEDA OBIETTIVI 2025 - UOSD GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare la concreta attuazione del sistema di verifica e controllo, le cui attività sono declinate nel DCA n. 70/2015.	%	obiettivo raggiunto se superiore 70%	Documentale		40%
Assicurare l'espletamento delle funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica di cui al regolamento regionale allegato al DCA n.70/2015.	%	obiettivo raggiunto se superiore 70%	Documentale		
Supportare il sistema decisionale del management ospedaliero e territoriale dal punto di vista metodologico ed organizzativo, al fine di migliorare la risposta alla domanda di sicurezza dei cittadini e degli operatori e di orientare l'organizzazione a standard di qualità eccellenti.	%	obiettivo raggiunto se superiore 60%	Documentale		
Svolgere, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, attività trasversali interfacciandosi con tutti i Dipartimenti aziendali e con le altre Strutture aziendali che si occupano di rischio a vari livelli.	%	obiettivo raggiunto se superiore 60%	Documentale		
Implementare le attività del rischio clinico quale risposta globale ed integrata alle richieste di maggiore sicurezza, di maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di maggiore qualità;	%	obiettivo raggiunto se superiore 60%	Documentale		
Aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari completando ed attuando quelle misure che consentono di ridurre gli eventi avversi prevenibili ed indirettamente i costi;	%	obiettivo raggiunto se superiore 90%	Documentale		
Favorire il ruolo e l'autonomia del Rischio Clinico onde ottenere procedure di miglioramento continuo dei processi assistenziali e della appropriatezza, riconducendo ad una gestione unitaria e uniforme gli aspetti di rischio inerenti la sicurezza e la gestione del contenzioso medico-legale, quale obiettivo di risultato del governo clinico aziendale;	%	obiettivo raggiunto se superiore 80%	Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - UOSD CUP, URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Migliorare la gestione della comunicazione con gli utenti.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 70%	Documentale		40%
Migliorare e curare la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e ad altri enti.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 60%	Documentale		
Sviluppare e migliorare la comunicazione relativa al centro unico di prenotazione (CUP).	%	obiettivo raggiunto se superiore al 70 %	Documentale		
Aggiornare la Carta dei Servizi.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 40 %	Documentale		
Coordinare il Tavolo Permanente del Volontariato.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 30 %	Documentale		

ASP di Crotone - DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO					
SCHEMA OBIETTIVI 2025 - UOSD INGEGNERIA CLINICA					
DESCRIZIONE	UNITA' DI MISURA	VALORE ATTESO	FONTE	TARGET	PESO % PUNTEGGIO INDICATORE
Assicurare e migliorare le attività multidisciplinari inerenti le funzioni di ricerca e sviluppo di tecnologie biomediche e nell'HTA.	%	obiettivo raggiunto se superiore al 70 %	Documentale		40%

REGIONE CALABRIA



AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA Triennio 2025- 2027

PREMESSA

Il presente documento costituisce lo strumento utile nell'azione di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone.

L'azione di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi si realizza, in seno alle pubbliche amministrazioni, mediante il rispetto di adempimenti ed obblighi che trovano la propria origine in un sistema integrato di norme, avente come unico fine il presidio contro il verificarsi di fenomeni di carattere corruttivo, nonché i possibili accorgimenti per contrastarli.

La predetta azione si concretizza con la gestione del rischio corruttivo che ha come obiettivo la rimozione o la riduzione di comportamenti che causano situazioni di cattiva amministrazione, favorendo azioni improntate a principi di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità con la creazione di valore pubblico.

La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio consentono di eliminare e migliorare il processo amministrativo.

L'Azienda si pone, quindi, l'obiettivo di gestione del rischio tramite misure organizzative utili al perseguimento del buon andamento e dell'imparzialità delle decisioni e di tutta l'attività amministrativa.

In particolare le misure di prevenzione della corruzione, oggettive e soggettive, devono mirare:

- ad evitare qualsiasi ingerenza dell'interesse privato volto a condizionare le decisioni pubbliche;
- a garantire l'imparzialità del pubblico funzionario che partecipa ad una decisione amministrativa.

L'individuazione di tali misure è svolta dall'azienda in coerenza al territorio in cui essa opera, alla propria condizione organizzativa.

Il presente Piano Triennale di Prevenzione Corruzione 2025/2027, quale sottosezione del PIAO, è predisposto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ASP di Crotone, quale soggetto titolare del potere di proposta del PTPC all'Organo di indirizzo cui compete l'adozione finale, e si pone l'obiettivo di semplificare le attività dell'Azienda in coerenza alle fonti normative e regolamentari in materia.

Per il 2025 in continuazione a quanto già fatto negli anni precedenti il la sottosezione viene aggiornata con quanto previsto nell'aggiornamento dei PNA in particolare in materia di contratti pubblici stante l'entrata in vigore della nuova disciplina del codice dei contratti pubblici innovata dal D.lgs. 31.03.2023 n. 36.

Per come affermato dalla stessa Autorità, comunque, la parte speciale del PNA 2022 dedicata ai contratti pubblici risulta sostanzialmente ancora attuale.

Inoltre il Piano deve essere aggiornato rispetto ai fatti accaduti nel 2024 relativi al rinvio a giudizio di un dirigente responsabile di strura complessa.

In seguito al predetto rinvio a giudizio l'Azienda si è determinata ad applicare l'art. 3 della Legge 27 marzo 2001, n. 97, (che dispone "...quando nei confronti di un dipendente di amministrazioni o di enti pubblici ovvero di enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, l'amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. L'amministrazione di appartenenza, in relazione alla propria organizzazione, può procedere al trasferimento di sede, o alla attribuzione di un incarico differente da quello già svolto dal dipendente, in presenza di evidenti motivi di opportunità circa la permanenza del dipendente nell'ufficio...") disponendo per evidenti motivi di opportunità, di affidare al dipendente riammesso dopo la revoca della sospensione, e nelle more della definizione del relativo procedimento penale, l'incarico dirigenziale di Responsabile della Gestione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione mantenendo il trattamento economico in godimento prima della sospensione.

Tale misura è stata ritenuta congrua essendo l'attività da svolgere presso il dipartimento di prevenzione completamente diversa da quella gestita in precedenza.

ATTORI – FUNZIONI E RESPONSABILITÀ

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al conseguente monitoraggio.

Questo ruolo di coordinamento non deve in nessun essere interpretato come esclusione, dal processo di gestione del rischio e contrasto alla corruzione, dagli altri attori organizzativi né come un pretesto per deresponsabilizzarsi.

L'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

Di seguito, si espongono sinteticamente i compiti dei principali ulteriori soggetti coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo.

I REFERENTI PER LA PREVENZIONE

I Referenti Aziendali per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza non possono che essere, oltre alla Direzione Strategica e al Collegio Sindacale, i dirigenti apicali pro tempore Responsabili delle Strutture Aziendali secondo il vigente organigramma ovvero

I Responsabili delle strutture amministrative aziendali

Il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero

Il Direttore del di Distretto Unico di Crotone

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Il Direttore dei Dipartimento di Salute Mentale

I Responsabili delle UU.OO. farmaceutiche sia territoriale che ospedaliera

Il Responsabile dell'U.O. Accreditamento

Il Responsabile delle Liste d'attesa

Il Responsabile dell'intramania

Il Responsabile Risk Management

o loro delegati

I responsabili dei Sub Distretti di Cirò Marina e Mesoraca

I RUP.

I sopra individuati referenti, per il ruolo svolto e la conoscenza pratica dei processi sono soggetti indispensabili al fine di proporre, definire ed adottare tutte le misure di prevenzione generali e specifiche necessarie per il contrasto alla corruzione e per la gestione dei rischi corruttivi.

I Referenti, nell'ambito dell'assolvimento degli obblighi informativi di monitoraggio e vigilanza sull'applicazione del presente Piano, sono i soggetti attivi (per le aree di rispettiva competenza) del meccanismo di comunicazione/informazione e input/output da e verso il RPTC per consentire il corretto esercizio delle funzioni affidate.

Svolgono attività informativa nei confronti del suddetto Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sulla stessa.

Osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1 della l. n.190 del 2012). In particolare i Referenti Aziendali provvedono:

- alla gestione dei rischi mediante la proposizione di idonee Misure Generali e specifiche nonché alla verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità;
- alla proposta di modifiche ed integrazioni del Piano che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, od a mutamenti organizzativi o istituzionali o a mutamenti nell'attività dell'Azienda o ad altri eventi significativi in tal senso;
- alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi ove più elevato sia il rischio di corruzione;
- all'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposti al rischio di corruzione;
- ad assicurare il rispetto degli obblighi di informazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- ad assicurare il flusso informativo previsto dal Programma Triennale dell'Integrità e della Trasparenza;
- svolgono attività informativa nei confronti dei Responsabili e dei Referenti;
- partecipano al processo di Gestione del Rischio;
- propongono le misure di prevenzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento, verificano le ipotesi di violazione e in tal caso provvedono alle comunicazioni obbligatorie;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.lgs. n. 165 del 2001);
- osservano le misure contenute nel PTPC.

I Dirigenti e i Referenti, per le aree di rispettiva competenza, oltre a svolgere i compiti e le attività proprie, devono assicurare il rispetto dei termini procedurali e degli adempimenti previsti dal presente piano, dai relativi allegati e dalla vigente normativa in materia di anticorruzione e trasparenza, e sono direttamente responsabili per le attività a loro affidate. Per i Dirigenti - ai sensi dell'art. 1, comma 33, l. n. 190/2012 - la mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui al comma 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D.lgs. n. 198 del 2009;

- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. n. 165 del 2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei Responsabili del servizio.

I Dirigenti e i Referenti provvedono, inoltre, secondo le disposizioni normative a:

- monitorare il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti fra l'Azienda e i soggetti che forniscono lavori, servizi e forniture o che sono destinatari di provvedimenti autorizzativi o concessori o che ricevono contributi, sussidi o altri vantaggi economici;
- vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità a carico dei dipendenti;
- al rispetto delle disposizioni in materia di trasparenza previste dal D. Lgs. n.33/2013 e dal Programma Triennale Trasparenza e Integrità;
- all'adozione di misure che garantiscano il rispetto delle norme del codice di comportamento dell'ASP di Crotone;
- all'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel presente Piano;
- all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico;
- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni.
- alla promozione riguardo la conoscenza e la massima diffusione dei contenuti del vigente PTPC presso coloro che operano nelle strutture di afferenza.

LA DIREZIONE STRATEGICA

L'attore principale delle azioni di prevenzione e di contrasto ai fenomeni corruttivi oltre che all'individuazione dei necessari accorgimenti della Gestione dei rischi insiti nei processi aziendali onde creare valore pubblico è la Direzione Strategica

In particolare la Direzione Strategica

- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di prevenzione e di gestione del rischio di corruzione;

- tiene conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è organo della Azienda ai pari del Direttore Generale che lo nomina in base alla specifica designazione delle Autorità competenti, sulla scorta di quanto previsto dall'art. 3 comma 13 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. nonché dalla vigente normativa regionale in materia. La funzione del Collegio si estrinseca in azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'Azienda delle regole di buon governo, nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità in ciò ricomprendendo tutte le disposizioni disciplinanti la corretta compilazione dei libri contabili previsti nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni.

Il Collegio in particolare:

- esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigila sull'osservanza della legge, sulla correttezza degli atti e sulla regolare tenuta della contabilità e dei libri, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture e dei libri contabili;
- esprime un parere sul bilancio di previsione e di esercizio;
- vigila sugli adempimenti relativi agli obblighi fiscali;
- effettua periodiche verifiche di cassa;
- procede ad atti di ispezione e di controllo.

Il carattere di Organo dell'Azienda abilita pienamente il Collegio alla esecuzione di ogni forma di controllo ritenuta utile in ordine all'assolvimento delle incombenze devolute anche per il tramite del controllo degli atti assunti ovvero di richiesta al Direttore Generale o ai Dirigenti di informazioni riguardanti l'andamento della gestione in senso lato.

L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V)

L'ANAC ha previsto un maggiore coinvolgimento degli Organismi Indipendenti di Valutazione che rivestono un ruolo importante nel sistema di Gestione della Performance e della Trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

Come già rappresentato nel PNA 2016, gli OIV svolgono una funzione rilevante nel sistema di gestione della Performance e della Trasparenza, ai sensi delle norme vigenti.

La riforma in materia di valutazione della performance intervenuta con il D.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, ha precisato i compiti degli OIV.

La necessità di coordinare gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza emerge chiaramente sia dal D.lgs. 33/2013, art. 44, sia dalla legge 190/2012, art. 1, co. 8-bis, introdotto dal D.lgs. 97/2016, ove si ribadisce che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di Programmazione Strategico Gestionale e che la Valutazione della Performance tiene conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Più recentemente, la normativa sugli OIV ha mantenuto inalterato il compito degli OIV di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.

Si evidenzia, pertanto, che l'attività di attestazione degli OIV dei dati pubblicati continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC.

L'Autorità, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione.

L'introduzione del PIAO con la necessità di integrazione tra la sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" e quella della performance rendono ancora più importante il ruolo del OIV.

Ruolo, funzioni e compiti:

- valida la relazione sulle Performance dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse;

- propone all'Organo di Indirizzo la valutazione dei dirigenti;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel D.lgs. 33/2013, ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione:

- è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle Performance;
- è tenuto a svolgere l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in questa Azienda in capo al Responsabile della Trasparenza, il quale segnala i casi di mancato o ritardato adempimento.

Resta fermo il compito degli OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D.lgs.150/2009;

- esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, D.lgs. 165/2001.

Le modifiche che il D.lgs. 97/2016 ha apportato alla L.190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il Responsabile della prevenzione della Corruzione, con il Responsabile della Trasparenza e di relazione con l'ANAC;

- in linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.lgs. 33/2013, detto organismo, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verifica che il PTPC sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- in rapporto agli obiettivi inerenti la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta, per le specifiche competenze, relazione che il RPTC predispone e trasmette all'OIV, oltre che all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della L. 190/2012.

L'O.I.V inoltre:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;

- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.lgs. n. 33 del 2013 e ss.mm.ii.);
- esprime parere obbligatorio nell'ambito della procedura di definizione del Codice di comportamento da parte dell'ASP.

L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L' U.P.D.:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art.55 bis D.lgs. n. 165 del 2001);
- assicura quanto previsto dall'art. 15, co. 3, del D.p.r. 16 aprile 2013 n.62 e ss.mm.i e pertanto oltre alle funzioni disciplinari di cui all'articolo 55-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001, cura l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54 -bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.
- Per effetto del comma 4 dell'art. 15 del D.P.R. 62/2013, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione dei codici di comportamento, l'ufficio procedimenti disciplinari può chiedere all'Autorità nazionale anticorruzione parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 2, lettera d), della legge n. 190 del 2012.

TUTTI I DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE

L'art. 1, comma 14, 190/2012 stabilisce che la violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano, da parte dei dipendenti, costituisce illecito disciplinare e pertanto i nominativi degli inadempienti devono essere comunicati dalle funzioni dirigenziali responsabili al RPC, il quale segnalerà quest'ultimi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare ex art. 1, comma 7, della legge 190/2012 come modificato dal d.lgs. 97/2016. L'art. 8 del D.P.R. n. 62

del 16 aprile 2013 stabilisce testualmente che "il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione.

In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la Prevenzione della Corruzione, presta la sua collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza".

Per effetto della superiore norma tutti i dipendenti (a qualsiasi titolo) di questa Azienda:

- sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione;
- sono tenuti a prestare collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e al Responsabile della Trasparenza
- hanno l'obbligo di segnalare al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

Inoltre, i suddetti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente gerarchicamente superiore o all'U.P.D.;
- segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 D.Lgs.n.62/2013);
- partecipano attivamente al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi e partecipano altresì attivamente in sede di definizione delle misure di prevenzione e in sede di attuazione delle stesse;
- osservano le norme previste dal codice di comportamento ed etico;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. e nei suoi allegati;
- segnalano le situazioni di illecito.

GRUPPO OPERATIVO DI SUPPORTO RPCT

In attuazione di quanto previsto al § 9 "Soggetti, funzioni e responsabilità" del P.T.P.C.T. 2021-23 dell'ASP di Crotone, con delibera n. 754 del 22/11/2021 il Commissario Straordinario ha disposto la costituzione del gruppo operativo supporto RPCT per il monitoraggio delle SCHEDE di TRATTAMENTO DEL RISCHIO del P.T.P.C.T. sopra richiamato. I componenti del

GRUPPO oltre a fungere da interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, lo supportano operativamente in tutte le fasi del processo di gestione del rischio corruttivo.

Il Gruppo Operativo di Supporto RPCT svolge le seguenti funzioni:

- supporta il RPCT nella sua attività operativa;
- svolge una costante attività informativa nei confronti del RPCT;
- coinvolge tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle attività previste dal piano anticorruzione;
- fornisce gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del Piano anticorruzione e del programma per la trasparenza;
- collabora all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- fornisce gli elementi per l'adozione dei "protocolli di legalità" e dei "patti di integrità" che dovranno essere osservati dai fornitori di beni, servizi e consulenze;
- partecipa agli incontri periodici programmati dal Responsabile al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività;
- comunica tempestivamente al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza;
- realizza gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale;
- contribuisce alla stesura del Piano e degli allegati;
- affianca il RPCT nell'attività di verifica, monitoraggio e sensibilizzazione.

OBIETTIVI E FINALITA'

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone con l'adozione del presente Sezione di Piano, in linea con il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA 2022) che costituisce l'atto di indirizzo principale per le Pubbliche Amministrazioni tenute alla redazione delle sezioni/Piani Triennali Anticorruzione, si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con

particolare attenzione alle aree con indicatore di rischio di corruzione medio-alto e di gestire i rischi tramite misure di prevenzione adeguate a sostenere il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e di tutta l'attività amministrativa.

Ulteriore scopo del Piano è quello di garantire il suo raccordo con tutti gli strumenti di programmazione aziendale e, in particolare, con il PIAO, in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale.

Non si tratta, quindi, di un insieme di strumenti repressivi o di indagine ma di misure in grado di intervenire nei comportamenti, nei processi, nelle stesse regole di funzionamento dell'amministrazione con una funzione deterrente e di prevenzione.

Quindi, il P.T.P.C.T. contiene l'individuazione dei processi aziendali più esposti a rischio di corruzione, indicandone gli interventi organizzativi diretti alla prevenzione degli stessi.

Inoltre, il presente piano si prefigge i sotto riportati Obiettivi Strategici di anticorruzione e trasparenza per favorire la creazione di valore pubblico:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi Europei e del PNRR;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna relativa a tutti i processi mappati e al codice di comportamento;
- promozione delle pari opportunità di accesso agli incarichi di vertice;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati della sezione "*Amministrazione trasparente*";
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi al proprio interno e verso l'esterno;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale dell'Ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati nella sezione *Amministrazione Trasparente*;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione con riguardo alla gestione degli appalti e alla selezione del personale.

Ai fini dell'individuazione delle aree di rischio è necessario una analisi del contesto interno ed esterno che ci consente di stabilire le misure da implementare e di individuare i responsabili per la implementazione di ciascuna misura nei tempi stabiliti.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno ci permette di rilevare la comprensione della situazione socio – economica che caratterizza l'area geografica in cui l'ente opera al fine di valutarne l'impatto sulla gestione dei servizi offerti ed il grado di compatibilità rispetto alla sua funzione.

L'analisi del contesto esterno richiede, pertanto, l'individuazione delle maggiori categorie di portatori di interesse con cui l'ente intrattiene relazioni di qualsiasi natura, cioè valutare attraverso un esercizio logico – deduttivo supportato da dati oggettivi, come essi concretamente possono influire sul funzionamento dell'ente.

L'analisi del contesto esterno si basa su tre aspetti:

3.1 Contesto Economico

3.2 Contesto Imprenditoriale

3.3 Contesto Istituzionale e Sociale

La Calabria, con poco di 1.800.000 abitanti, costituita per lo più da anziani, è caratterizzata da un tessuto socio-economico debole e problematico, ove trovano terreno fertile le organizzazioni criminali.

L'andamento demografico segna una costante diminuzione della popolazione della Regione, che alle cause generali dell'analogo fenomeno Nazionale, assomma l'emigrazione delle energie più giovani, moralmente sane e qualificate che non riescono a trovare condizioni di vita lavorativa e sociale accettabili.

Nelle figure sottostanti si possono osservare in modo grafico i dati sopra riportati



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

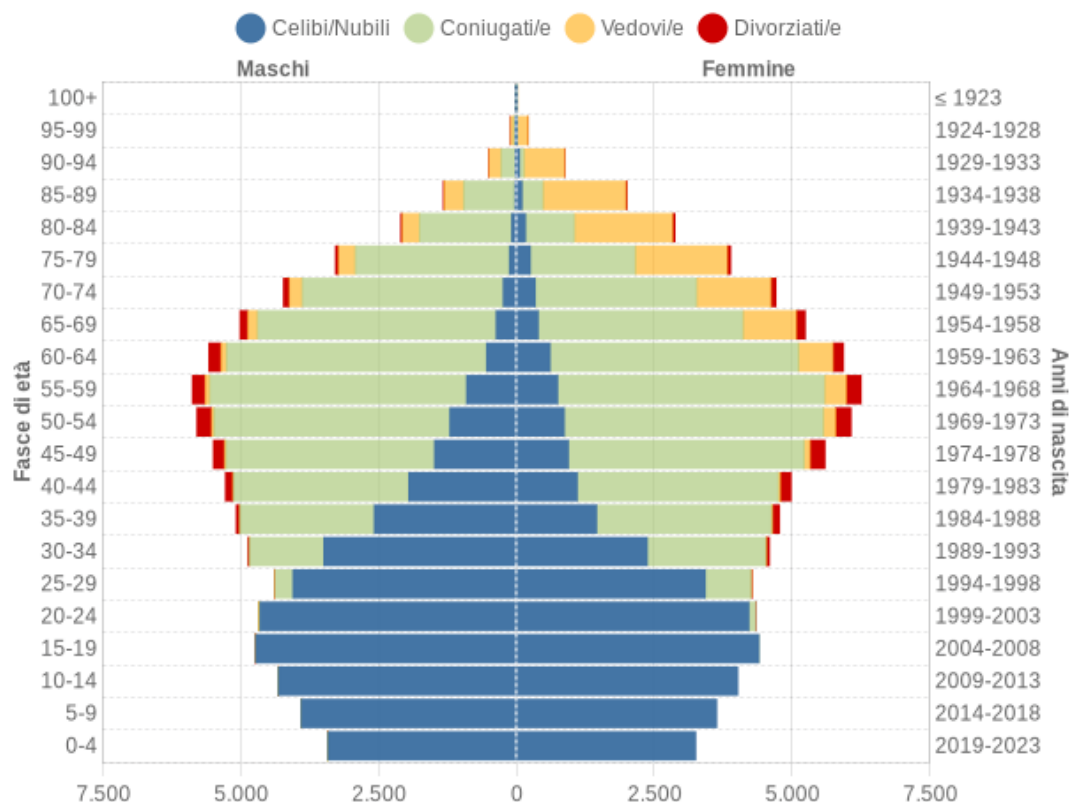


AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



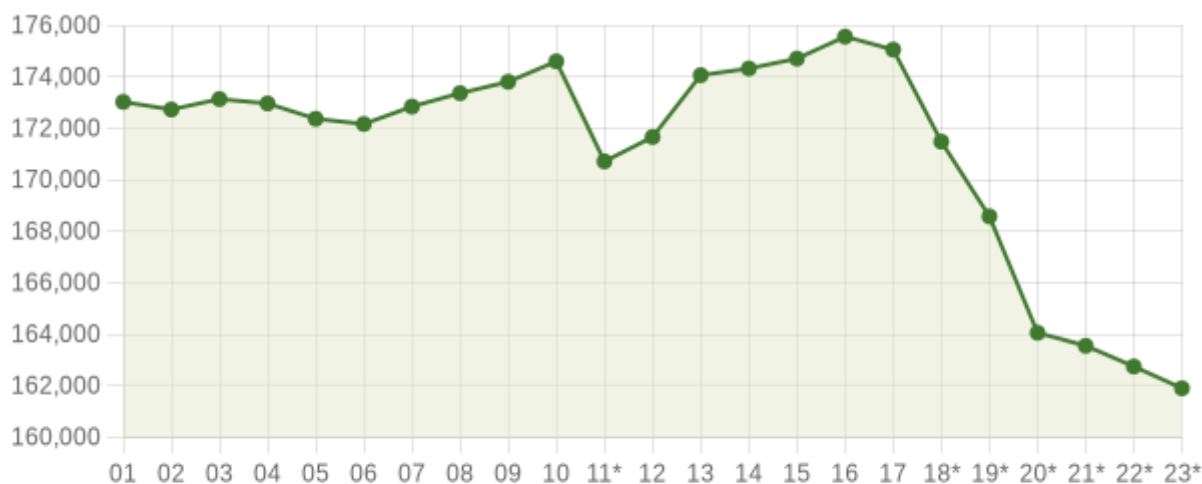
REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2024

PROVINCIA DI CROTONE - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI CROTONE - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Per quanto riguarda il contesto economico bisogna considerare che la Regione Calabria ha un tessuto economico molto fragile che ha risentito più di altre aree geografiche dei contraccolpi economici conseguenti alla pandemia prima e alla guerra Russo - Ucraina poi, tali fragilità si

sono manifestate con la crisi e la chiusura di numerose imprese, oltre che con un impoverimento generale della popolazione.

In particolare la guerra e il conseguente aumento dei prezzi dei prodotti energetici, che con effetto domino hanno determinato l'aumento indiscriminato dei prezzi di tutti i prodotti, ha aggravato la situazione di povertà esistente rendendo più vulnerabile il già provato tessuto sociale.

Nel 2023 l'economia calabrese ha rallentato, dopo il biennio di recupero sostenuto che aveva fatto seguito alla crisi pandemica. Sulla base dell'indicatore ITER della Banca d'Italia, l'attività economica in Calabria sarebbe cresciuta nell'anno dello 0,6 per cento (3,2 nel 2022), un dato simile al Mezzogiorno e inferiore alla media italiana. Il quadro macroeconomico ha risentito in particolare della perdita di potere di acquisto delle famiglie e dell'irrigidimento delle condizioni di accesso al credito. Nel complesso, l'andamento dei consumi è risultato meno favorevole di quello degli investimenti.

In prospettiva, la situazione economica potrebbe beneficiare della forte frenata dell'inflazione registrata alla fine del 2023 in regione, così come nel resto del Paese, in relazione soprattutto al calo dei prezzi dei beni energetici. Possibili rischi al ribasso per la crescita potrebbero però derivare dall'ulteriore acuirsi delle tensioni geopolitiche, che pesano sull'incertezza e il clima di fiducia degli operatori economici.

Molte aziende hanno subito una riduzione dei margini di profitto e in non pochi casi si è attuata una sospensione parziale dell'attività. L'andamento congiunturale è risultato sostanzialmente simile tra i diversi settori.

Nel 2023 la crescita del fatturato a prezzi costanti delle imprese ha rallentato. Vi ha contribuito soprattutto la modesta dinamica del terziario, che rappresenta il settore prevalente dell'economia regionale. L'andamento è rimasto migliore nelle costruzioni, dove l'aumento dell'attività nel comparto delle opere pubbliche ha in parte compensato il rallentamento dell'edilizia residenziale privata. La produzione è invece scesa nell'industria in senso stretto, essenzialmente per le imprese di minori dimensioni, e nel settore agricolo, scontando gli effetti dei fenomeni climatici avversi registrati nell'anno.

La performance dell'economia regionale rimane tuttavia condizionata dalla quota contenuta di nuove imprese ad alta crescita, soprattutto di quelle operanti nei settori a maggiore intensità di tecnologia e conoscenza. Inoltre, la Calabria si caratterizza per una bassa presenza

di imprese multinazionali, che operando su scala globale potrebbero contribuire in maniera rilevante alla crescita economica, alla creazione di occupazione e al trasferimento di competenze tecnologiche.

Nel 2023 la spesa degli enti territoriali è significativamente aumentata. Nell'ambito della parte corrente, vi hanno continuato a incidere soprattutto l'adeguamento di utenze e canoni e i trasferimenti a famiglie e imprese per fronteggiare l'aumento dei costi energetici, a cui si è sommato il maggiore ricorso a personale a tempo determinato e a incarichi esterni legati al potenziamento della capacità amministrativa per l'attuazione dei progetti del PNRR. Nel comparto sanitario, la situazione del personale rimane più fragile, a seguito del modesto turnover registrato negli ultimi anni, su cui in prospettiva peserà ancora l'uscita per pensionamento di un numero consistente di figure professionali. **(Dati I Semestre 2024 Banca D'Italia)**

Questi fattori economici negativi hanno aumentato la fragilità del tessuto economico ed aumentato il rischio che la criminalità si potesse infiltrare nella economia legale sfruttando i possibili fenomeni corruttivi.

La Sanità in Calabria è oggetto di particolare interesse per la criminalità perchè:

- è un settore in cui vengono gestite ingenti risorse economiche;
- ha grande impatto sulla vita delle persone;
- è in grado di determinare il consenso.

Alla luce del quadro sopra riportato, ed agli interessi il Settore Sanitario attrae, si potrebbero determinare rischi specifici in considerazione dell'entità

- a) delle risorse gestite;
- b) della particolari dinamiche che si potrebbero instaurare tra professionisti sanitari, utenti e fornitori di prodotti sanitari;
- c) delle relazioni tra attività istituzionali e attività libero professionali dei Dirigenti Sanitari;
- d) degli interessi economici dei soggetti accreditati e dai grandi investimenti del PNRR programmati in sanità per i prossimi anni.

Nel settore sanitario la prevenzione, il contrasto alla corruzione il fenomeno delle infiltrazioni della criminalità organizzata hanno l'obiettivo di consolidare il perseguimento di fini istituzionali, garantendo alla popolazione la fruizione di servizi relativi a diritti fondamentali e la fiducia rispetto al Sistema Sanitario Nazionale.

Una azione concreta per prevenire l'infiltrazione della criminalità organizzata deve puntare, fra l'altro, a:

- promuovere fra gli operatori una più chiara percezione dei rischi, troppo spesso sottovalutati o addirittura ignorati;
- sostenere comportamenti di lealtà verso l'azienda;
- riconoscere il valore delle attività di cura svolte dalle aziende sanitarie;
- sottolineare l'importanza di un buon clima aziendale, capace di rendere le persone orgogliose del proprio lavoro e di crescere professionalmente.

L'obiettivo è quello di intervenire negli ambiti che possono trasformarsi in terreno fertile per la cattiva amministrazione e, quindi, per le infiltrazioni criminali.

I maggiori appetiti illeciti si potrebbero concentrare nell'Area Contratti, che oltre a presentare i "normali" rischi di corruzione legati agli appalti pubblici, detiene alcune particolarità legate soprattutto alle caratteristiche specifiche richieste dai prodotti o dai servizi che eroga.

I principali problemi di prevenzione dei rischi corruttivi nell'Area Contratti potrebbero sorgere sia nella fase di scelta del contraente che nella fase di esecuzione del contratto.

A tali rischi si potrebbe iniziare a far fronte con l'introduzione della misura Patto di Integrità tra l'Azienda e le Imprese per indurre entrambe le parti a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza.

Tra le azioni di contrasto alla corruzione nei confronti dei concorrenti nelle gare di appalto si potrebbero inserire azioni che contribuiscono a coltivare e a far crescere una "nuova cultura di impresa".

L'adozione del Patto di Integrità deve essere attuato attraverso alcuni passaggi fondamentali:

- l'inserimento di specifiche clausole relative alla sottoscrizione del Patto di Integrità in tutti i bandi di gara di opere pubbliche.
- la sottoscrizione obbligatoria del Patto di Integrità da parte di tutte le imprese partecipanti alle gare di opere pubbliche e di forniture di beni e di servizi oltre che dei dirigenti preposti alle gare.

Il Patto di Integrità, pertanto, deve rappresentare un allegato delle domande di partecipazione presentate in sede di gara.

La reciprocità dell'obbligazione di conformare la rispettiva condotta ai principi di correttezza etica buona fede e trasparenza comporta che la P.A. non deve porsi in posizione privilegiata, e la prima azione da intraprendere riguarda la totale trasparenza delle azioni dell'Azienda con la pubblicazione sul portale di tutti gli atti di gara sia di indizione e regolamentazione che

verifica del possesso dei requisiti che dell'offerte tecniche ed economiche allineandosi agli obblighi di pubblicazione di cui all'allegato 9 del PNA 2022.

Il contesto sanitario calabrese ha risentito, negli ultimi anni, dei notevoli mutamenti sotto il profilo organizzativo, economico e gestionale che le riforme succedutesi hanno determinato. E' necessario evidenziare che l'Azienda è stata attenzionata dalla Procura Distrettuale Antimafia che ha ipotizzato infiltrazioni in diversi Enti della Provincia di Crotone.

In particolare nel caso dell'ASP di Crotone nel 2023 l'operazione "Glicine" ha portato ad alcune misure interdittive nei confronti di alcuni Dirigenti apicali per diverse ipotesi di reati contro la Pubblica Amministrazione compresi reati corruttivi.

La procura ha ritenuto l'esistenza di una associazione che utilizzava i ruoli di potere politico - amministrativo ricoperti dai compartecipi per commettere i reati finalizzati ad accrescere il peso specifico dei soggetti politici di riferimento.

Allo stato il procedimento è in corso davanti al GUP di Catanzaro per la discussione nei confronti degli imputati che hanno scelto il rito abbreviato, mentre l'altro filone del processo è in corso davanti al Tribunale di Crotone in composizione Collegiale per lo svolgimento del processo con rito ordinario.

L'Azienda si è costituita parte civile.

Altro fattore da considerare nel contesto esterno è il fatto che attualmente, il Servizio Sanitario della Calabria, è sottoposto a Commissariamento per il Piano di Rientro dal disavanzo.

Il Commissariamento che si potrae ormai da oltre un decennio viene attuato secondo i relativi programmi operativi e l'emanazione di Decreti che programmano le attività da svolgere e le modalità di esercizio delle stesse per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Piano di Razionalizzazione e Riquilificazione del Servizio Sanitario Regionale , da mero strumento tecnico-amministrativo di rientro economico-finanziario, si è tramutato in un ripensamento complessivo del sistema sanitario regionale ridisegnando tutta la rete ospedaliera della Calabria.

La tendenza, negli ultimi anni sempre più diffusa, delinea una riduzione delle strutture sanitarie e una semplificazione delle aree di riferimento.

I programmi operativi di riorganizzazione, di riquilificazione, di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale (successivamente chiamati **Piani di rientro**) nascono con la Legge finanziaria del 2005 (Legge 311/2004) e sono allegati ad accordi stipulati dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze con le singole Regioni.

I Piani devono contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo programmi operativi di durata triennale.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

- L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone è stata istituita nel maggio 2007 dalla Legge Regionale 11 maggio 2007 n.9.
- L'Azienda gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.
- La Sede Legale dell'Azienda è a Crotone, in via M. Nicoletta centro Direzionale " Il Granaio" P.I. 01997410798 .
- Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale pro-tempore.
- Il Logo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone è:

- Il Sito Istituzionale dell'azienda è: **www.asp.crotone.it**
- Il suo patrimonio è costituito dai beni mobili ed immobili di proprietà, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali.

TERRITORIO

L'Azienda ha come contesto di riferimento il territorio della Provincia di Crotone, suddiviso in 27 Comuni, 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 ultrasessantacinquenne e da una scolarizzazione nella media regionale come nella media regionale risulta l'alto tasso di disoccupazione.

L'Azienda è articolata in una unica Area Territoriale, Distretto Unico Aziendale, comprendente al suo interno tre aree territoriali sub-distrettuali coincidenti ciascuna con i comuni afferenti la Provincia di Crotone (Vedi Tabella) in coerenza con l'evoluzione della normativa del SSN (Patto per la Salute 2014-2016) e con gli specifici indirizzi regionali di cui al DCA n. 76 del 06 luglio 20152 e al DCA n. 130/2015 recante "Linee guida atti aziendali".

Nella figura numero 1 sottostante vengono riportati graficamente i territori dei Comuni della Provincia di Crotone.

Nella figura numero 2 vengono riportati i comuni e la popolazione di competenza aziendale con la divisione in sub distretti sanitari.

Nella figura numero 3 vengono riportati i dati della disoccupazione in Calabria suddiviso per genere e Province.



Figura n. 1

Distribuzione della popolazione 2024

figura n. 2

	COMUNE	POPOLAZIONE		
		MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone Area Territoriale Sub-Distrettuale di Crotone	Belvedere Spinello	952	991	1.943
	Crotone	28.720	29.758	58.478
	Caccuri	760	777	1.537
	Castelsilano	443	443	886
	Cerenzia	520	511	1.031
	Cutro	4.605	4.700	9.305
	Isola C. Rizzuto	9.093	8.856	17.679
	Rocca di Neto	2.631	2.684	5.315
	San Mauro Marchesato	921	981	1.902
	Savelli	520	509	1.029
	Scandale	1.398	1.439	2.837
	Sub Totale	50.563	51.649	102.212
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone Area Territoriale Sub-Distrettuale di Cirò Marina	Carfizzi	255	266	521
	Casabona	1.078	1.185	2.263
	Cirò	1.169	1.275	2.444
	Cirò Marina	6.874	7.253	14.127
	Crucoli	1.311	1.451	2.762
	Melissa	1.583	1.638	3.221
	Pallagorio	470	477	947
	San Nicola dell'Alto	347	340	687
	Strongoli	2.996	3.174	6.170
	Umbriatico	352	374	726
	Verzino	756	802	1.558
	Sub Totale	17.191	18.235	35.426
Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone Area Territoriale Sub-Distrettuale di Mesoraca	Cotronei	2.548	2.631	5.179
	Mesoraca	2.817	2.960	5.777
	Petilia Policastro	4.285	4.283	8.568
	Roccabernarda	1.542	1.583	3.125
	Santa Severina	928	957	1.885
	Sub Totale	12.120	12.414	24.534
Azienda Sanitaria Provinciale Distretto Sanitario Unico Aziendale di Crotone	TOTALE	79.874	82.298	162.172

**Dataset: Tasso
di
occupazione**

Tipo dato	tasso di occupazione			
Classe di età	15-89 anni			
Selezione periodo	2023			
Sesso	maschi	femmine	totale	
Territorio				
Calabria	44,7	24,4	34,3	
Cosenza	44,8	23,8	34,0	
Catanzaro	51,0	30,1	40,3	
Reggio di Calabria	41,6	22,9	31,9	
Crotone	43,9	19,5	31,5	
Vibo Valentia	41,3	24,7	32,9	

Dati estratti il 27 gen 2025 16:03 UTC (GMT) da I.Stat

Figura n. 3

LA MISSIONE ISTITUZIONALE

L'Azienda garantisce la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento nonché il soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari delle persone presenti nel territorio di competenza. A tale fine, l'Azienda organizza le proprie strutture e le attività assicurando l'universalità ed equità d'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'economicità delle scelte nel rispetto delle risorse disponibili.

L'azienda assicura i livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, tutela e promuove la salute di tutti i cittadini, a cominciare dai residenti, vero centro dell'interesse aziendale, sia adottando misure di prevenzione che erogando prestazioni sanitarie per acuti e

prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria a domicilio degli utenti e sul territorio

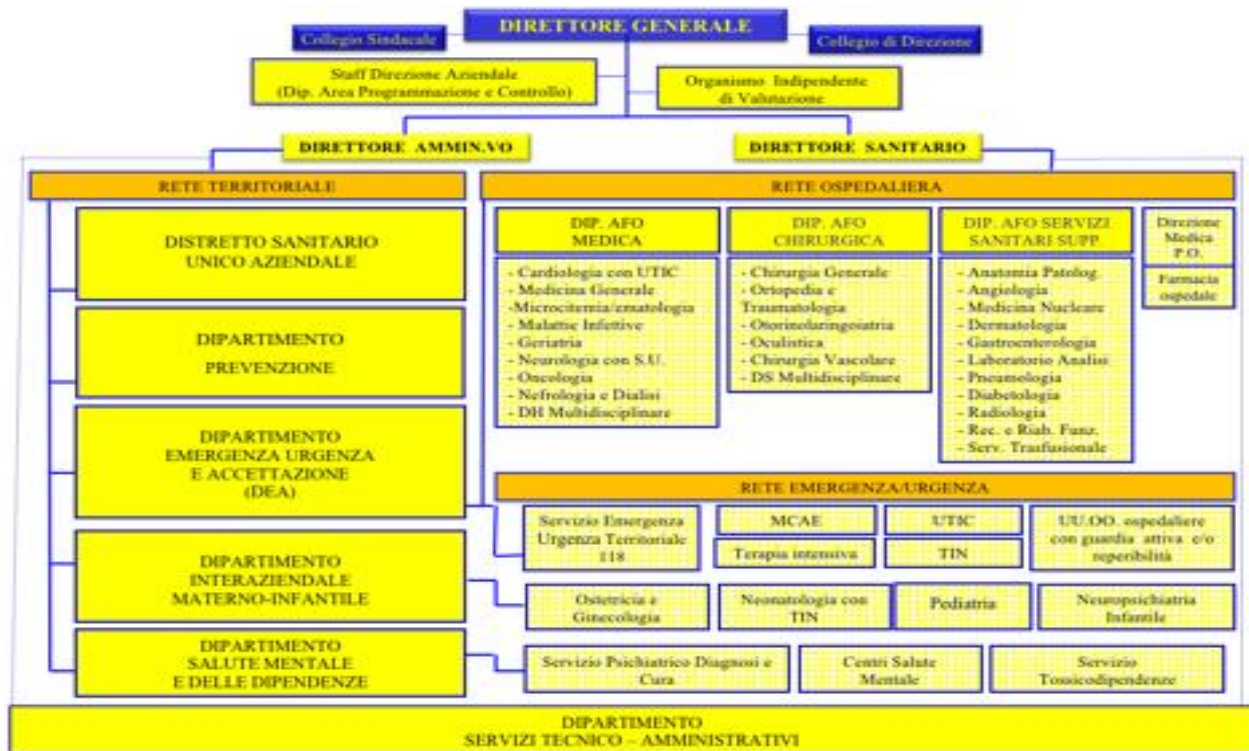
in presidi a gestione diretta o in altri presidi pubblici o privati accreditati secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità, nella convinzione che l'eliminazione degli sprechi, in sanità, non è un puro obiettivo economico, ma un'esigenza etica, perché ogni risorsa può essere reinvestita in prestazioni ai cittadini (atto Aziendale)

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa è quella di cui all'atto aziendale approvato con *delibera del Commissario Straordinario n.ro 253 del 21/07/2016*, a cui si rimanda per eventuali approfondimenti. Qui nel seguito si rappresenta sinteticamente l'articolazione organizzativa dell'ASP di Crotone, con riferimento sia alla struttura organizzativa centrale sia alle sedi periferiche dislocate sul territorio.

La struttura organizzativa Aziendale è rimasta sostanzialmente identica a quella del precedente piano per quanto attiene alle macro strutture e a quelle semplici, ovviamente l'indagine della Procura Distrettuale sopra riportata, l'assunzione di sei nuovi dirigenti all'esito del concorso regolarmente bandito, il pensionamento dei diversi direttori di strutture complesse e l'affidamento delle strutture vacanti a nuovi dirigenti ha determinato dei cambiamenti nella struttura aziendale e operato la necessaria rotazione degli incarichi.

In tale contesto è necessario rilevare che i fatti contestati nelle imputazioni dell'indagine "Glicine" sono fatti relativi a periodi precedenti e alcuni degli indagati per fatti accaduti nel periodo di riferimento non sono più in servizio presso l'Azienda.



PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO

Nella tabella che segue è riportata la distribuzione delle unità di personale dipendente per macro-classi di profili professionali ed aree contrattuali.

PROFILI PROFESSIONALI	al 31.12.2019	al 31.12.2020	al 31.12.2021	al 31.12.2022	al 31.12.2024
	numero	numero	numero	numero	numero
Medici	282	300	302	299	283
Veterinari	13	12	12	11	10
Farmacisti	12	11	14	14	15
Biologi	8	9	8	8	8
Chimici	-	-	-	-	-
Fisici	-	-	-	-	-
Psicologi	19	9	11	11	14
Dirigente professioni sanitarie	-	-	1	3	3
Totale Dirigenza Sanitaria	334	341	348	346	333
Ingegneri	2	2	2	3	3
Architetti	1	1	1	1	1

Sociologi	1	-	-	-	-
Avvocati	3	3	3	3	3
Dirigenti Amministrativi	7	5	4	4	7
Totale Dirigenza PTA	14	11	10	11	14
Totale dirigenza	348	352	358	357	347
Personale Infermieristico	523	600	587	594	605
Personale tecnico sanitario	92	76	60	64	87
Personale di vigilanza e ispezione	27	29	24	23	20
Personale riabilitazione	39	36	33	33	45
Operatore socio-sanitario	136	162	165	165	191
Totale comparto ruolo sanitario	817	903	869	879	948
Assistente religioso	1	1	1	3	4
Totale comparto ruolo professionale	1	1	1	3	4
Assistenti sociali	14	12	11	11	8
Personale tecnico	155	150	151	152	163
Ausiliario specializzato	19	18	16	16	11
Totale comparto ruolo tecnico	188	180	178	179	182
Totale comparto ruolo amministrativo	196	202	189	190	137
Totale comparto	1.202	1286	1237	1251	1271
TOTALE COMPLESSIVO	1.550	1638	1595	1608	1618

LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E LE RELAZIONI CON LA SOCIETÀ CIVILE

Coerentemente con i principi ispiratori che regolano i servizi alla persona da parte dell'Azienda, l'informazione e i processi partecipati con il coinvolgimento degli **stakeholders** rappresentano un cardine dell'agire organizzativo dell'Azienda.

L'Azienda riconosce tra i propri valori fondati la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni e dei servizi offerti.

A tal fine assicura la partecipazione del cittadino, sia come singolo che tramite le rappresentanze istituzionali, le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti e di tutela dei diritti, in relazione alla normativa nazionale e regionale vigente in materia.

Gli Strumenti principali a tal fine previsti dall'Azienda sono:

- La Conferenza dei Sindaci;
- La carta dei servizi socio-sanitari;
- La conferenza annuale dei servizi;
- Il comitato consultivo degli utenti;
- L'ufficio relazione con il pubblico (URP)

Tale ambito è presidiato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e dai Punti Informativi online, a cui afferiscono le aree di attività Relazioni con il Pubblico, Comunicazione, Ufficio Stampa, Privacy e le seguenti funzioni:

- Illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative al fine di facilitarne l'applicazione;
- illustrare le attività dei servizi ed il loro funzionamento, anche curando il continuo aggiornamento della "Carta dei Servizi" e delle Guide informative dei Sub-Distretti, del Presidio e, più in generale, dei servizi aziendali;
- agevolare l'accesso degli utenti ai servizi aziendali, promuovendone la conoscenza anche mediante l'organizzazione di iniziative promozionali di salute e di prevenzione;
- favorire i processi interni di semplificazione ed uniformità delle procedure e di modernizzazione degli apparati;
- collaborare per l'interazione fra il CUP aziendale e il CUP regionale;
- attuare, mediante l'ascolto degli utenti e la comunicazione interna, i processi di verifica del gradimento dei servizi in termini di qualità percepita (satisfaction), promuovendo iniziative volte al miglioramento dei servizi per il pubblico;
- gestire i reclami e le segnalazioni di disservizi, in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità;
- migliorare il sito internet aziendale nella forma e nei contenuti;
- promuovere l'utilizzo della posta elettronica aziendale partecipando così al processo di dematerializzazione della comunicazione cartacea;
- garantire la reciproca informazione tra l'URP e le altre strutture aziendali;
- collaborare alla costruzione e gestione delle reti inter-istituzionali, ove possibile.

RAPPORTI CONVENZIONALI

Al fine di garantire risposte assistenziali adeguate alla domanda di salute delle persone, l'Azienda offre prestazioni sanitarie erogate direttamente attraverso le proprie articolazioni strutturali, ovvero, indirettamente attraverso la contrattualizzazione di rapporti convenzionali con vari soggetti pubblici e privati accreditati attraverso un processo di pianificazione e sviluppo a carattere armonico.

L'integrazione degli erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie esterni alla struttura aziendale avviene mediante gli strumenti della programmazione sanitaria locale e gli accordi contrattuali di cui all'art.8-quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i..

I soggetti pubblici e privati accreditati operanti nel territorio aziendale sono:

- Ospedali, Ambulatori e Case della Salute;
- Enti pubblici ed organizzazioni non appartenenti al SSN (volontariato, etc.)
- Case di cura accreditate;
- Strutture residenziali (RSA, CP etc.);
- Strutture di riabilitazione ex art.26 L.833/78 (ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali);
- Strutture assistenza specialistica ambulatoriale;
- Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Medici dell'emergenza e specialisti ambulatoriali;

Per il sistema sanitario provinciale gli erogatori accreditati rappresentano una risorsa integrativa e complementare, orientata verso settori di attività di interesse aziendale, secondo una programmazione ed un sistema di verifica e riallineamento verso obiettivi quali - quantitativi determinati.

Essi partecipano alle reti cliniche integrate, condividendo percorsi diagnostico - terapeutici e standard di appropriatezza del sistema.

RICERCA ED INNOVAZIONE

L'Azienda riconosce il tema del governo della ricerca e dei processi di adozione e valutazione delle innovazioni come parte fondamentale dell'esercizio del governo clinico e propone, tra gli

obiettivi prioritari, lo sviluppo della capacità di recepire le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, analizzandone il possibile impatto.

LA RILEVANZA DELLE PERSONE CHE LAVORANO NELL'AZIENDA

L'Azienda attribuisce significato strategico e di valore alle risorse professionali aziendali e pertanto promuove e tutela le forme di valorizzazione del proprio personale, favorendo la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, con il coinvolgimento nella responsabilità e la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti con il supporto della formazione e dell'aggiornamento professionale.

L'azienda è orientata allo sviluppo professionale del personale, inteso come incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità.

Al contempo chiede un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento del valore pubblico della missione aziendale, una assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i propri livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti dall'Azienda.

NUOVI INVESTIMENTI PREVISTI PER IL SETTORE SANITÀ DAL PIANO NAZIONALE DI RIPRESE E RESILIENZA

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il piano di interventi che il Governo Italiano ha predisposto per investire i fondi previsti nell'ambito del programma Next Generation Eu.

Il PNRR, rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme il cui scopo è quello di riprendere un percorso di crescita economica sostenibile e duraturo rimuovendo gli ostacoli che hanno bloccato la crescita negli ultimi decenni.

L'Italia è la prima beneficiaria in Europa dei due strumenti del piano Next Generation UE: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU).

Il Piano, descrive quali progetti l'Italia intende realizzare con i fondi comunitari, come tali risorse saranno gestite e, presenta anche un calendario di riforme collegate finalizzate in parte all'attuazione del piano e in parte alla modernizzazione del paese.

Il Piano è stato realizzato seguendo le linee guida emanate dalla Commissione Europea e si articola su tre assi principali:

- digitalizzazione e innovazione
- transizione ecologica
- inclusione sociale.

Il Piano si articola in sedici Componenti, le quali sono raggruppate in sei Missioni e per quel che riguarda la salute il piano è articolato in 2 componenti ed è focalizzato su due obiettivi:

- i) il rafforzamento della rete territoriale
- ii) l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina.

Tali missioni sono state individuate anche alla luce del fatto che la pandemia ha messo in evidenza come la Sanità sia un'Area che richiede un significativo aggiornamento digitale per:

- realizzare il miglioramento, l'armonizzazione e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) quale pietra angolare per l'erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici.
- sviluppare ecosistemi avanzati di telemedicina, asse portante del rafforzamento della sanità territoriale e del miglioramento degli standard di cura di cittadini e residenti.

Una larga parte delle risorse del PNRR è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, oltre che a promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionale digitali e manageriali del personale.

In questa ottica, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone con Delibera n. 124 del 23.02.2022 ha approvato la proposta di Piano degli interventi, successivamente integrata con Delibera n. 335 del 02.05.2022.

Con DCA n. 82 del 22.07.2022 il Commissario Ad Acta per il Piano di Rientro ha approvato la proposta del Piano degli interventi dell'Azienda assegnando risorse finanziarie pari a € 21.423.952,35, di cui € 19.575.957,19 da finanziamento PNRR e € 1.847.995,16 da finanziamento PNC, per un totale di 31 interventi.

Sarà richiesto ai Referenti e RUP aziendali individuati una mappatura dei competenti processi, procedimenti ed attività svolte o da svolgersi coerentemente ai profili di responsabilità ivi enucleati.

ESITI DEI MONITORAGGI ATTIVITÀ SVOLTE NEL CORSO DELL'ANNO 2024

Relazione del RPTC

“Il livello effettivo di attuazione del PTPC è complessivamente BASSO.

In sostanza la vigenza del piano approvato alla fine Gennaio 2024 ha comportato l'impossibilità di adottare tutti i regolamenti e i programmi previsti.

L'indagine sopra riportata e l'applicazione delle misure nei confronti di un dirigente ha determinato l'affidamento di due settori importanti dell'Azienda a due nuovi dirigenti.

A seguito di regolari procedure selettive in Dicembre sono stati individuati i nuovi dirigenti delle strutture complesse, che dal primo gennaio 2025 hanno iniziato la nuova attività.

Per il prossimo anno si ritiene che vi sarà un più efficace coinvolgimento dei Dirigenti Apicali che consentirà una maggiore attuazione delle misure del piano che restano quelle del 2023 – 2025.

Si auspica che tali figure saranno d'impulso per l'intera azienda, adottando comportamenti tali da innescare un circolo virtuoso e convincere altri dirigenti/dipendenti al compimento di attività, o l'adozione di decisioni che consentano una maggiore attuazione del Piano.

E' quanto mai necessario e urgente avviare una campagna di sensibilizzazione/formazione di tutto il personale a partire proprio dai dirigenti sul sistema di prevenzione dei fatti corruttivi e della “maladministration” in Azienda.

Risulta prioritaria anche l'adozione del Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi e l'applicazione Regolamento aziendale per l'acquisizione di beni e servizi in regime di infungibilità, in attuazione delle nuove procedure previste dal d.lgs. 36/2023

D'altro canto è doveroso evidenziare di aver raccolto alcuni segnali che attestano il lento ma progressivo affermarsi della cultura della trasparenza e dell'anticorruzione in ambito aziendale (gruppo operativo di supporto RPCT e rimozione di alcune criticità del sistema SEC-SISR)

Al fine di monitorare l'attuazione delle misure di trattamento previste, nonché di individuare idonei correttivi, il RPCT ha diramato circolari, richiesto dati e informazioni, effettuato incontri operativi ed interviste con il personale dirigenziale e del comparto, OIV e Collegio Sindacale, riscontrando puntualmente a tutti gli adempimenti previsti dalla legge n. 190/2012. I Dirigenti delle UU.OO. interessate hanno dichiarato la disponibilità in prosieguo ad adottare opportune regolamentazioni dei processi di competenza considerati a rischio e/o ad applicare i regolamenti vigenti.”

Si segnala che è stato adottato il regolamento del ciclo passivo che consentirà un maggiore controllo contabile amministrativo.

INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI E DELLE MISURE DI PREVENZIONE GENERALI E SPECIFICHE

Le misure di prevenzione di carattere generale e specifiche ed i corrispettivi indicatori di risultato, per il triennio 2025-2027, sono programmati nel presente PTPC Aziendale per essere applicati in seno alle Aree Generali e Specifiche dell'Azienda Sanitaria, al fine di contenere e ridurre i rischi corruttivi individuati dai Referenti in sede di mappatura dei processi, procedimenti, attività analizzati presso ciascuna Struttura Aziendale con gli adeguamenti auspicati dal PNA 2023.

Invero l'aggiornamento auspicato riguarda la nuova disciplina dei contratti pubblici in relazione all'entrata in vigore del d.lgs. 36/2023.

Ovviamente le altre aree di rischio individuate continuano ad essere interessate dal piano e vengo di seguito riportate.

Aree di rischio generali

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.
- Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture).
- Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale).
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.
- Incarichi e nomine.
- Affari Legali e contenzioso.

Aree di rischio specifiche

- Attività libero professionale
- Liste di attesa
- Rapporti con soggetti erogatori
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
 - Contratti ed appalti

- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

CONCETTO DI RISCHIO IN AMBITO SANITARIO E RELAZIONI CON IL RISCHIO CORRUZIONE

Il concetto di "rischio" in ambito sanitario, nell'accezione tecnica del termine, è prevalentemente correlato agli effetti prodotti da possibili errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale.

In questo senso, garantire la sicurezza del paziente significa ridurre a uno standard minimo accettabile i rischi e i potenziali danni riconducibili all'assistenza sanitaria. Così inteso "il concetto di rischio sanitario" è strettamente connesso al "concetto di Risk management" quale processo che, attraverso la conoscenza e l'analisi dell'errore attraverso sistemi di report, utilizzo di banche dati, conduce all'individuazione e alla correlazione delle cause di errore fino al monitoraggio delle misure atte alla prevenzione dello stesso e all'implementazione e sostegno attivo delle relative soluzioni.

Tuttavia non è escluso, che possa sussistere una correlazione tra "rischio in ambito sanitario" e "rischio di corruzione", ove il primo sia un effetto del secondo, ovvero ogni qualvolta il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di "maladministration".

ANALISI DEL RISCHIO

L'individuazione delle Aree di rischio è stata effettuata tenendo conto della metodologia proposta dal Piano nazionale anticorruzione.

Si è quindi proceduto con riferimento alle diverse aree:

- alla mappatura dei processi,
- alla valutazione dei rischi per ciascun processo,
- alla individuazione delle misure di prevenzione esistenti e/o da implementare per ridurre la probabilità del rischio.

Per ciascuna area di rischio, vengono indicati i processi, le priorità di intervento, i rischi specifici, le strutture coinvolte, le misure esistenti e le eventuali necessità di adeguamento/revisione.

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019 e successivo PNA 2022 come aggiornato dal PNA 2023.

PONDERAZIONE DEL RISCHIO

L'obiettivo della ponderazione del rischio è, come precisato dall'ANAC, di «agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione». Pertanto, dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo si è proceduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi. Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata.

Livello di Rischio	Classificazione ed identificazione del rischio
Basso	Rischio Accettabile Il rischio è sostanzialmente controllato
Medio	Rischio Intermedio Il Rischio è parzialmente non controllato Il Sistema preventivo deve essere implementato
Alto	Rischio Intermedio Il rischio è sostanzialmente non controllato L'azienda deve adottare misure ulteriori

MISURA GENERALI DI PREVENZIONE

Per ciascuna area di rischio sono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa. Il principio per decidere la nuova applicazione o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio è quello del

rapporto costo-efficacia, ossia il cercare di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Di seguito sono descritte le misure generali applicate dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone per la prevenzione del rischio corruttivo. Per il dettaglio dei rischi e monitoraggi delle misure si rinvia a consultare gli allegati al presente Piano.

MONITORAGGIO E RIESAME

Il monitoraggio e il riesame periodico delle misure di prevenzione costituiscono una fase importante del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l'attuazione e l'adequatezza delle misure definite nonché il complessivo funzionamento del processo stesso.

Il monitoraggio dei processi già mappati avviene attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni degli uffici aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso l'analisi degli indicatori con i risultati attesi e raggiunti, registrando eventuali scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio è attuato con frequenza semestrale secondo il principio di gradualità.

RISCHI INERENTI LE ATTIVITÀ CORRELATE AI CONTRATTI PUBBLICI

L'aggiornamento del PNA per il 2023 approvato con delibera Anac si concentra sui rischi conseguenti all'entrata in vigore del nuovo codice dei contratti approvato con il d.lgs. 36/2023 in vigore dal luglio dello stesso anno.

In tale ambito l'Autorità ha individuati alcuni rischi specifici e le misure atte a affrontarli e evitarli.

Si tratta di situazioni che caratterizzano il settore sanitario, in ordine alle acquisizioni di servizi e forniture informatiche, i servizi di manutenzione e gli acquisti di materiali di consumo per determinate forniture/macchinari.

In questa Azienda, in sede di analisi dei processi di approvvigionamento è emerso quanto segue

Le fasi salienti dei processi di approvvigionamento sono costituite dalla programmazione, dalla progettazione della gara, dalla scelta del contraente, dalla verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto e dalla sua esecuzione e rendicontazione.

La programmazione dei fabbisogni permette di minimizzare il ricorso alle procedure di acquisizione in economia ed i costi di approvvigionamento, mettendo in condizione le strutture preposte agli acquisti di predisporre procedure di gara tali da ottenere le migliori condizioni di acquisto e di rendere più efficiente il processo di approvvigionamento interno. Ai fini della scelta del contraente la S.A. stabilisce a priori i criteri di valutazione ed i requisiti minimi per l'accesso alla procedura di selezione. Ricevute le offerte la scelta del contraente avviene nel rispetto delle procedure stabilite dalla normativa vigente e dai criteri di valutazione formalmente predisposti, garantendo l'equità della scelta secondo parametri di qualità e prezzo.

Per la fase di aggiudicazione l'ufficio preposto della S.A. effettua le seguenti verifiche: a. Completezza e correttezza della documentazione obbligatoria;

b. Rispetto delle procedure di gara;

c. Verifica della congruità ai requisiti di gara.

Il processo di aggiudicazione è formalizzato tramite la stipula del contratto.

L'azienda mette in atto procedure operative di controllo finalizzate alla corretta esecuzione del contratto. (Rispetto dei Patti di Integrità)

Nell'ambito degli acquisti i fattori di rischio che caratterizzano il settore sanitario sono correlati alla:

a. varietà e complessità dei beni e servizi acquistati in ambito sanitario in relazione anche alla dinamica introduzione di nuove tecnologie.

b. varietà e specificità degli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento (clinici, direzione sanitaria, fornitori, ingegneri clinici, epidemiologi, informatici, farmacisti, personale infermieristico, etc.);

c. condizione di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore: ad esempio, i clinici proponenti l’acquisto di materiale di consumo (come protesi e farmaci), sono anche i soggetti che impiegano tali beni nella pratica clinica e possono quindi orientare la quantità e tipologia di materiale richiesto.

In questo contesto è necessario, quindi, introdurre misure di prevenzione e di sicurezza che documentino le motivazioni ovvero le ragioni tecniche sottese alla richiesta di acquisto di quel particolare prodotto, con assunzione delle relative responsabilità.

In fase di pianificazione/programmazione dell’acquisto possono verificarsi i seguenti rischi:

- frazionamento degli affidamenti;
- condizioni di gara che interferiscono con la libera concorrenza e creano disparità di trattamento

Per affrontare tali rischi i possibili indicatori devono essere espressi in termini di:

- numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato;
- numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Sulla base di questi “indicatori”, dovranno essere mappati anche le altre fasi del processo di approvvigionamento.

Si riportano di seguito i tipi dei possibili eventi rischiosi conseguenti all’entrata in vigore del nuovo codice dei contratti con le misure per l’eliminazione degli stessi:

Nuovo Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 36/2023)		
Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure

Art. 50, d.lgs. 36/2023 Appalti sotto soglia comunitaria In particolare fattispecie di cui al comma 1: per gli appalti di servizi e forniture di importo fino a 140 mila € e lavori di importo inferiore 150 mila € affidamento diretto, anche senza consultazione di più OO.EE.	Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare il valore previsto per l'affidamento diretto. Possibili affidamenti ricorrenti al medesimo operatore economico della stessa tipologia di <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), quando, in particolare, la somma di tali affidamenti superi la soglia di 140 mila euro.	Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia: - analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere all'affidamento diretto. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi; - analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano come gli affidatari più ricor-renti; - analisi, in base al <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), degli affidamenti posti in essere sia avvalen-dosi di procedure informa-tiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC, con specificazione di quelli fuori MePA o altre tipologie di mercati elet-tronici equivalenti per appalti di servizi e forniture. Ciò al fine di verificare se gli operatori economici aggu-dicatari siano sempre i medesimi e se gli affida-menti della stessa natura siano stati artificialmente frazionati. Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.
---	--	--

	Condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto.	Link alla pubblicazione del CV del RUP, se dirigenti edo titolari di posizione organizzativa, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 per far conoscere chiaramente i requisiti di professionalità. Dichiarazione da parte del soggetto che ricopre l'incarico di RUP, o del personale di supporto, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. 36/2023. Individuazione del soggetto competente alla verifica e valutazione delle dichiarazioni rese.
	Affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici	Previsione di procedure interne che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina del RUP.
Per gli appalti di servizi e forniture di valore compreso tra 140 mila € e la soglia comunitaria; di lavori di valore pari o superiore a 150.000 € e inferiore a 1 milione di euro ovvero fino alla soglia comunitaria procedura negoziata ex art. 50, comma 1, lett. c), d, e) del Codice, previa consultazione di almeno 5 o 10 OO.EE., ove esistenti.	Possibile incremento del rischio di frazionamento oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare i valori previsti dalla norma oppure mancata rilevazione o erronea valutazione dell'esistenza di un interesse transfrontaliero certo	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i> automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso. Individuazione indicatori di anomalia: 1) analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure negoziate. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi; 2) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari; 3) analisi, in base al <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura sono stati artificiosamente frazionati;

		4) analisi delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.
		Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.
Nella scelta degli OO.EE. affidatari tramite l'affidamento diretto e la procedura negoziata si applica un criterio di rotazione degli affidamenti		
NB: La rotazione non si applica quando l'indagine di mercato sia stata effettuata senza porre limiti al numero di operatori economici in possesso dei requisiti richiesti da invitare alla successiva procedura negoziata (art. 49, comma 5).	Mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte della struttura appositamente individuato all'interno circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli affidamenti al fine di garantire la parità di trattamento in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare anche delle micro, piccole e medie imprese inserite negli elenchi. Aggiornamento tempestivo degli elenchi, su richiesta degli operatori economici, che intendono partecipare alle gare.

Art. 76 Codice Appalti sopra soglia Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare: dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b); dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c):	Adozione di direttive generali interne con cui si fissano criteri da seguire nello affidamento dei contratti sopra soglia mediante procedure negoziate senza bando (casi di ammissibilità, modalità di selezione degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate ecc.). Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre motivazioni che hanno indotto a ricorrere alle procedure negoziate.
Art. 62, comma 1, e art. 63, comma 2, d.lgs. n. 36/2023 In particolare: per gli appalti di servizi e forniture di importo inferiore a 140 mila € e lavori di importo inferiore a 500 mila € in relazione ai livelli di qualificazione stabiliti dall'art. 63,	Possibile incremento del rischio di frazionamento oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare le soglie previste dalla norma al fine di poter svolgere le procedure di affidamento in autonomia al fine di favorire determinate imprese nell'assegnazione di commesse.	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i> automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso. Individuazione indicatori di anomalia: 1) analisi di tutti gli affidamenti il cui importo è appena inferiore alla soglia minima a partire dalla quale non si potrebbe più ricorrere alle procedure
comma 2, e i criteri stabiliti dall'All. II.4.		negoziato. Ciò al fine di individuare i contratti sui quali esercitare maggiori controlli anche rispetto alla fase di esecuzione e ai possibili conflitti di interessi; 2) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e aggiudicatari; 3) analisi, in base al <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi e se gli affidamenti della stessa natura sono stati artificiosamente frazionati; 4) analisi delle procedure in cui si rileva l'invito ad un numero di operatori economici inferiore a quello previsto dalla norma per le soglie di riferimento.

		Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.
Art. 44 d.lgs. 36/2023 Appalto integrato E' prevista la possibilità per le stazioni appaltanti di procedere all'affidamento di progettazione ed esecuzione dei lavori sulla base del progetto di fattibilità tecnica ed economica approvato, ad eccezione delle opere di manutenzione ordinaria.	Rischio connesso all'elaborazione da parte della S.A. di un progetto di fattibilità carente o per il quale non si proceda ad una accurata verifica, confidando nei successivi livelli di progettazione posti a cura dell'impresa aggiudicataria per correggere eventuali errori e/o sopperire a carenze, anche tramite varianti in corso d'opera.	Comunicazione del RUP all'ufficio gare e alla struttura preposta all'approvazione del progetto redatto dall'impresa che presenta un incremento di costo e di tempi rispetto a quanto previsto nel progetto posto a base di gara per eventuali verifiche a campione sulle relative modifiche e motivazioni. Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i>

	Proposta progettuale elaborata dall'operatore economico in un'ottica di massimizzazione del proprio profitto a detrimento del soddisfacimento dell'interesse pubblico sotteso. Incremento del rischio connesso a carenze progettuali che comportino modifiche e/o varianti e proroghe, sia in sede di redazione del progetto esecutivo che nella successiva fase realizzativa, con conseguenti maggiori costi di realizzazione delle opere e il dilatarsi dei tempi della loro attuazione.	automatici, nell'ambito di sistemi informatici in uso Indicatori individuazione di anomalie monitoraggio per ogni appalto delle varianti in corso d'opera che comportano: incremento contrattuale intorno o superiore al 50% dell'importo iniziale; sospensioni che determinano un incremento dei termini superiori al 25% di quelli inizialmente previsti; modifiche e/o variazioni di natura sostanziale anche se contenute nell'importo contrattuale.
Art. 119, d.lgs. n. 36/2023 Disciplina del subappalto È nullo l'accordo con cui sia affidata a terzi l'integrale esecuzione delle prestazioni o lavorazioni appaltate, nonché la prevalente esecuzione delle lavorazioni relative alla categoria prevalente e dei contratti ad alta intensità di manodopera.	Incremento dei condizionamenti sulla realizzazione complessiva dell'appalto correlati al venir meno dei limiti al subappalto. Incremento del rischio di possibili accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto, sia di "primo livello" che di "secondo livello" ove consentito dalla S.A. (subappalto c.d. "a cascata"), come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo ad altri partecipanti alla stessa gara. Rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma. Consentire il subappalto a cascata di prestazioni soggette a rischio di infiltrazioni criminali.	Sensibilizzazione dei soggetti competenti preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in materia di subappalto. Attenta valutazione delle attività/prestazioni aggiornate a rischio di infiltrazione criminale per le quali, ai sensi del comma 17 dell'art. 119, sarebbe sconsigliato il subappalto a cascata.

	Comunicazione obbligatoria dell'O.E. relativa ai sub contratti che non sono subappalti ai sensi dell'art. 105, co. 2, del Codice, effettuata con dolo al fine di	Analisi degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto. Ciò per consentire all'ente RPCT o altri soggetti
	eludere i controlli più stringenti previsti per il subappalto.	individuati internamente) di svolgere, a campione verifiche della conformità alla norma delle autorizzazioni al subappalto concesse dal RUP.
	Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati.	Verifica da parte dell'ente RPCT o altro soggetto individuato dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.
Art. 215, d.lgs. n. 36/2023 e All. V.2 Disciplina del Collegio consultivo tecnico (CCT) Per servizi e forniture di importo pari o superiore a 1 milione € e per lavori diretti alla realizzazione delle opere pubbliche di importo pari o superiore alle soglie comunitarie è obbligatoria, presso ogni stazione appaltante, la costituzione di un CCT, per la rapida risoluzione delle eventuali controversie in corso di esecuzione, prima dell'avvio dell'esecuzione o entro 10 giorni da tale data	Nomina di soggetti che non garantiscono la necessaria indipendenza rispetto alle parti interessate (SA o impresa) anche al fine di ottenere vantaggi dalla posizione ricoperta.	Pubblicazione dei dati relativi ai componenti del Collegio consultivo tecnico ai sensi dell'art. 28 d.lgs. n. 36/2023 (cfr. LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12, pubblicate sulla GURI n. 55 del 7 marzo 2022). Controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 36/2016 in materia di conflitti di interessi da parte dei componenti del CCT (cfr. anche LLGG MIT sul Collegio consultivo tecnico approvate con Decreto 17 gennaio 2022 n. 12 e Parte speciale, <i>Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici</i> , § 3.1, del PNA 2022)

Norme del d.l. n. 77 del 2021 conv. in l. n. 108/2021 relative ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR

Norma	Possibili eventi rischiosi	Possibili Misure
--------------	-----------------------------------	-------------------------

Art. 48 co. 3, d.l. n. 77/2021 Per la realizzazione degli investimenti di cui al comma 1 le stazioni appaltanti possono altresì ricorrere alla procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara di cui all'articolo 63 del decreto legislativo n. 50 del 2016, per i settori ordinari, e di cui all'articolo 125 del medesimo decreto legislativo, per i settori speciali, qualora sussistano i relativi presupposti.	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 63 e 125 del d.lgs. n. 50/2016 in assenza delle condizioni ivi previste, con particolare riferimento alle condizioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, e all'assenza di concorrenza per motivi tecnici.	Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alla procedura negoziata senza bando. Nel caso di ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, per cui i termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie non possono essere rispettati, il richiamo alle condizioni di urgenza non deve essere generico ma supportato da un'analitica trattazione che manifesti l'impossibilità del ricorso alle procedure ordinarie per il rispetto
		dei tempi di attuazione degli interventi. Nel caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici vanno puntualmente esplicitate le condizioni/motivazioni dell'assenza.
	Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi. Utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante per favorire un determinato operatore economico.	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i> automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso. Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia dovranno essere tracciate le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando affidate da una medesima amministrazione in un determinato arco temporale. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti se gli operatori economici aggiudicatari sono sempre i medesimi. Il RPCT verifica in sede di monitoraggio la corretta attuazione delle misure programmate.

	Artificioso allungamento dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di creare la condizione per affidamenti caratterizzati da urgenza.	Monitoraggio sistematico del rispetto dei tempi di progettazione della gara e della fase realizzativa dell'intervento al fine di individuare eventuali anomalie che possono incidere sui tempi di attuazione dei programmi. Verifica a campione dei casi di anomalia da parte della struttura individuata dalla S.A. che ne relaziona al RPCT e all'ufficio gare.
	Possibili accordi collusivi per favorire il riconoscimento di risarcimenti, cospicui, al soggetto non aggiudicatario.	A seguito di contenzioso, ricognizione da parte dell'ufficio gare – nell'arco di due anni – sia degli OE che hanno avuto la "conservazione del contratto" sia di quelli per i quali è stato concesso il risarcimento ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010. Ciò al fine di verificare la ricorrenza dei medesimi OE, indice di un possibile accordo collusivo fra gli stessi.
Art. 48, co. 4, d.l. n. 77/2021 Per gli affidamenti PNRR, PNC e UE è stata estesa la norma che consente, in caso di impugnativa, l'applicazione delle disposizioni processuali relative alle infrastrutture strategiche (art. 125 d.lgs. n. 104/2010), le quali - fatte salve le ipotesi di cui agli artt. 121 e 123 del citato decreto - limitano la caducazione del contratto, favorendo il risarcimento per equivalente.		Pubblicazione degli indennizzi concessi ai sensi dell'art. 125 d.lgs. n. 104/2010.
	Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguenza prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati.	Verifica da parte dell'ente (struttura di <i>auditing</i> individuata, RPCT o altro soggetto individuato) dell'adeguato rispetto degli adempimenti di legge da parte del DL/DEC e RUP con riferimento allo svolgimento della vigilanza in sede esecutiva con specifico riguardo ai subappalti autorizzati e ai sub contratti comunicati.
	Nomina come titolare del potere sostitutivo di soggetti che versano in una situazione di conflitto di interessi.	Dichiarazione – da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento - delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16, d.lgs. n. 36/2023.

		Link alla pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, lett. m), del d.lgs. n. 33/2013, sul sito istituzionale della stazione appaltante, del nominativo e dei riferimenti del titolare del potere sostitutivo, tenuto ad attivarsi qualora decorrano inutilmente i termini per la stipula, la consegna lavori, la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, nonché altri termini anche endo-procedimentali. Dichiarazione, da parte del soggetto titolare del potere sostitutivo per la procedura rispetto alla quale viene richiesto il suo intervento, delle eventuali situazioni di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 36/2023. Verifica e valutazione delle dichiarazioni rese dal titolare del potere sostitutivo a cura del competente soggetto individuato dall'amministrazione (cfr. Parte speciale, <i>Conflitti di interessi in materia di contratti pubblici</i>, § 3.1. del PNA 2022).
	Attivazione del potere sostitutivo in assenza dei presupposti al fine di favorire particolari operatori economici.	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i> automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia, è necessario tracciare gli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di attivare il potere sostitutivo nei casi di accertato ritardo e decorrenza dei termini.

Art. 50, co. 4, d.l. 77/2021 Premio di accelerazione È previsto che la stazione appaltante preveda nel bando o nell'avviso di indizione della gara dei premi di accelerazione per ogni giorno di anticipo della consegna dell'opera finita, da conferire mediante lo stesso procedimento utilizzato per le applicazioni delle penali. È prevista anche una deroga all'art. 113-bis del Codice dei Contratti pubblici al fine di prevedere delle penali più aggressive in caso di ritardato adempimento.	Corresponsione di un premio di accelerazione in assenza del verificarsi delle circostanze previste dalle norme. Accelerazione, da parte dell'appaltatore, comportante una esecuzione dei lavori "non a regola d'arte", al solo fine di conseguire il premio di accelerazione, con pregiudizio del corretto adempimento del contratto.	Comunicazione tempestiva da parte dei soggetti deputati alla gestione del contratto (RUP, DL e DEC) del ricorrere delle circostanze connesse al riconoscimento del premio di accelerazione al fine di consentire le eventuali verifiche del RPCT. Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i> automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso. Al fine dell'individuazione degli indicatori di anomalia si suggerisce di tracciare gli affidamenti operati dalla stazione appaltante al fine di verificare la rispondenza delle tempistiche di avanzamento in ragione di quanto previsto dalle norme e dal contratto; ciò con l'obiettivo di procedere ad accertamenti nel caso di segnalato ricorso al premio di accelerazione.
Art. 53, d.l. n. 77/2021 Semplificazione degli acquisti di beni e servizi informatici strumentali alla realizzazione del PNRR e in materia di procedure di <i>e-procurement</i> e acquisto di beni e servizi informatici. In applicazione della norma in commento le stazioni appaltanti possono ricorrere alla procedura	Accordi fraudolenti del RUP o del DL con l'appaltatore per attestare come concluse prestazioni ancora da ultimare al fine di evitare l'applicazione delle penali e/o riconoscere il premio di accelerazione. Improprio ricorso alla procedura negoziata piuttosto che ad altra procedura di affidamento per favorire determinati operatori economici per gli appalti sopra soglia. Ricorso eccessivo e inappropriato alla procedura negoziata anche per esigenze che potrebbero	Sensibilizzazione dei soggetti competenti (RUP, DL e DEC) preposti a mezzo della diffusione di circolari interne/linee guida comportamentali sugli adempimenti e la disciplina in ordine all'esecuzione della prestazione al fine del corretto riconoscimento del premio di accelerazione. Chiara e puntuale esplicitazione nella determina a contrarre o atto equivalente delle motivazioni che hanno indotto a ricorrere alla procedura negoziata, anche per importi superiori alle soglie UE Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di <i>alert</i> automatici nell'ambito di sistemi

negoziata anche per importi superiori alle soglie UE, per affidamenti aventi ad oggetto l'acquisto di beni e servizi informatici, in particolare basati sulla tecnologia <i>cloud</i>, nonché servizi di connettività, la cui determina a contrarre o altro atto di avvio del procedimento equivalente sia adottato entro il 31 dicembre 2026, anche ove ricorra la rapida obsolescenza tecnologica delle soluzioni disponibili tale da non consentire il ricorso ad altra procedura di affidamento.	essere assolte anche con i tempi delle gare aperte.	informatici in uso. Indicatori per la individuazione: 1) analisi, in base al <i>Common procurement vocabulary</i> (CPV), degli affidamenti con procedure negoziate, sia avvalendosi di procedure informatiche a disposizione delle singole amministrazioni che del Portale dei dati aperti di ANAC. Ciò al fine di verificare da parte delle strutture e/o soggetti competenti (RUP + ufficio gare) se gli operatori economici aggiudicatari siano sempre i medesimi; 2) analisi delle procedure negoziate che fanno rilevare un numero di inviti ad operatori economici inferiore a 5; 3) analisi degli operatori economici per verificare quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggiore frequenza invitati e/o aggiudicatari.
	Mancata rotazione dei soggetti chiamati a partecipare alle procedure e formulazione dei relativi inviti ad un numero inferiore di soggetti rispetto a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri.	Verifica da parte dell'ente (RPCT o altro soggetto all'interno) circa la corretta attuazione del principio di rotazione degli inviti al fine di garantire la parità di trattamento degli operatori economici in termini di effettiva possibilità di partecipazione alle gare, verificando quelli che in un determinato arco temporale risultano essere stati con maggior frequenza invitati o aggiudicatari. Aggiornamento tempestivo degli elenchi di O.E. costituiti presso la S.A. interessati a partecipare alle procedure indette dalla S.A. Pubblicazione, all'esito delle procedure, dei nominativi degli operatori economici consultati.

GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quali:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte;
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere;
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

Anche in questa area è necessario mettere in atto misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

Al riguardo, la realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

Pertanto è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili.

È altresì necessario rafforzare le misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio. In particolare, per quanto concerne la gestione dei beni immobili, un possibile evento rischioso è riconducibile a condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte rispetto a quello dell'amministrazione. Per questa ragione, occorre prevedere e dare attuazione a misure di trasparenza, a

cominciare da quelle obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del d.lgs. 33/2013.

RISCHI RIGUARDANTI LE ATTIVITÀ CONNESSE ALLA VIGILANZA, CONTROLLI, ISPEZIONI, SANZIONI

Eventi rischiosi possono verificarsi laddove le procedure relative all'attività di vigilanza, controllo ed ispezione non siano opportunamente standardizzate e codificate secondo il sistema qualità. In altri termini, le omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento di tali attività può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi.

Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni si applicano a tutte le attività svolte o da svolgere in seno all'Azienda Sanitaria con particolare attenzione a quelle realizzate in seno alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione che riguardano:

- la sicurezza nei luoghi di lavoro e, più in generale, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione;
- le autorizzazioni e concessioni con o senza riflessi finanziari;
- l'accreditamento del privato;
- la libera professione intramuraria.

È necessario pertanto mettere in atto anche in questo campo misure specifiche volte

- Far ruotare tra gli operatori gli impianti o ditte, su cui effettuare le funzioni di controllo o vigilanza presenti sul territorio provinciale e che sono state assegnate nel piano di lavoro individuale.

- Effettuare criteri di rotazione degli operatori definiti dal Direttore del Dipartimento in collaborazione con il Direttore del Servizio sulla base di una programmazione annuale.
- L'attività di vigilanza deve essere attuata dagli operatori in coppia e per quanto è possibile i responsabili dei servizi provvedono alla variazione della coppia facendo sì comunque che ci sia una omogeneizzazione dei comportamenti tra gli operatori e una condivisione delle metodologie di intervento.
- Perfezionare gli strumenti di controllo e di verifica e di ispezione, come l'utilizzo di modelli standard di verbali.
- definire procedure per l'esecuzione delle attività ispettive.
- monitorare periodicamente la regolarità degli avvenuti controlli con check list, separando le competenze tra i soggetti responsabili delle attività di vigilanza, controllo ed ispezione.

INCARICHI E NOMINE

CODICI DI COMPORTAMENTO

Misura	Stato Attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di Comportamento – attuazione e monitoraggi	Misura attuata	Numero provvedimenti disciplinari per violazione del codice su base annuale	RPTC, Direzione Generale , UPD, Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Direttori di Struttura

In attuazione di quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D. Lgs. n. 165 del 2001, questa ASP, a cura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, di concerto con il Presidente dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché della Direzione Strategica, ha definito, secondo gli indirizzi individuati dalle linee guida emanate dalla CIVIT con Delibera n. 035 del 29/01/2014, un proprio Codice di comportamento che integra le previsioni del Codice approvato con D.P.R. n.62 del 16 aprile 2013., aggiornato con Delibera n. 032 del 26.01.2017 e successivamente aggiornato con Delibera n. 065 del 14.08.2020 a seguito di Delibera ANAC n. 358 del 29.03.2017 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale".

Il fine di adempiere alle disposizioni di legge in ordine all'adozione definitiva del Codice di comportamento aziendale, in data 03.08.2020 è stata avviata una procedura aperta alla partecipazione degli stakeholders interni ed esterni mediante la pubblicazione sul sito web istituzionale dell'azienda – sezione avvisi - di una bozza del suddetto Codice con l'invito a tutti i soggetti interessati di far pervenire, entro il 13.08.2020, proposte e/o suggerimenti utili alla stesura definitiva del documento.

In attuazione di quanto previsto dal decreto legge cosiddetto 'Pnrr 2' (dl n. 36/2022), il Consiglio dei Ministri ha adottato uno schema di DPR che integra gli elementi costitutivi della Milestone M1C1-58, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), di riforma della Pubblica amministrazione.

In esso è prevista la integrazione dei Codici di Comportamento delle Pubbliche amministrazioni, secondo tali orientamenti:

- la responsabilità attribuita al dirigente per la crescita professionale dei collaboratori, e per favorirne le occasioni di formazione e le opportunità di sviluppo, nonché l'espressa previsione della misurazione della performance dei dipendenti anche sulla base del raggiungimento dei risultati e del loro comportamento organizzativo;

- l'espressa previsione del divieto di discriminazione basato sulle condizioni personali del dipendente, quali ad esempio orientamento sessuale, genere, disabilità, etnia e religione;
- la previsione che le condotte personali dei dipendenti realizzate attraverso l'utilizzo dei social media non debbano in alcun modo essere riconducibili all'amministrazione di appartenenza o lederne l'immagine ed il decoro.

Particolare attenzione viene dedicata anche al rispetto dell'ambiente, per contribuire alla riduzione del consumo energetico, della risorsa idrica. Tra gli obiettivi anche la riduzione dei rifiuti e il loro riciclo. Pertanto, l'Azienda assume l'impegno di aggiornare il proprio Codice di comportamento entro 30 ottobre 2023.

Misura	Stato Attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Aggiornamento del Codice di Comportamento alla luce dello Schema di DPR in attuazione di quanto previsto dal decreto legge cosiddetto 'PNRR 2' (dl n. 36/2022)	Da attuare	Modifica del Codice di Comportamento	RPTC, Direzione Generale , UPD, Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, Direttori di Struttura

ROTAZIONE DEL PERSONALE

Il quadro normativo di riferimento attribuisce alla rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione una valenza fondamentale per la prevenzione della corruzione. Come specificato nel P.N.A., l'attuazione della misura richiede la

preventiva identificazione delle strutture che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

Dalla valutazione dei rischi, è emerso che le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione sono quelle relative all'affidamento di lavori, servizi e forniture, al reclutamento del personale (concorsi, mobilità, incarichi ai dipendenti), alle attività di vigilanza, controllo e ispezione. Con riferimento all'assetto organizzativo dell'ASP di Crotone, i processi afferenti alle aree a più elevato rischio di corruzione coinvolgono in particolare le Strutture di seguito indicate:

Aree di Rischio	Strutture Aziendali
Affidamento di lavori, servizi e forniture	U.O.C. Gestione Tecnico-Patrimoniale; U.O.C. Provveditorato economato e Gestione Logistica;
Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Dipartimento di Prevenzione; Distretto Sanitario Unico Aziendale; Dipartimento Programmazione e Controllo
Reclutamento del personale, concorsi, mobilità, incarichi temporanei	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione

Al fine di pervenire alla piena attuazione della rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione è necessario disciplinare la materia con l'adozione di un regolamento aziendale all'interno del quale vengano regolamentate le seguenti azioni previste dal P.N.A. :

l'individuazione, con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, delle modalità di attuazione della rotazione, in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;

- la definizione dei tempi di rotazione;
- per quanto riguarda il conferimento degli incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere stabilito dal Regolamento aziendale, previa concertazione sindacale;
- l'identificazione di una base di professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascun ufficio o servizio a rischio di corruzione; il livello di professionalità indispensabile è graduato in maniera differente a seconda del ruolo rivestito nell'unità organizzativa (responsabile o addetto);
- il coinvolgimento del personale destinato alla rotazione, in percorsi di formazione, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;
- lo svolgimento di formazione ad hoc, con attività preparatoria di affiancamento, per il dirigente neo-incaricato e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

L'attuazione della misura comporta che:

- per il personale dirigenziale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale;
- per il personale non dirigenziale, la durata di permanenza nel settore deve essere prefissata da ciascuna amministrazione secondo criteri di ragionevolezza, preferibilmente non superiore a 5 anni, tenuto conto anche delle esigenze organizzative;
- per il personale dirigenziale, alla scadenza dell'incarico la responsabilità dell'ufficio o del servizio deve essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente; in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad

esempio perché l'amministrazione ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione:

- per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;
- per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. I quater;
- per le categorie di personale di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 165 del 2001 applica le misure cautelari previste nell'ambito di ciascun ordinamento e, salvo disposizioni speciali, l'art. 3 della l. n. 97 del 2001;

l'applicazione della misura va valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità;

- l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche;
- nel caso di impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale, a causa di motivati fattori organizzativi, l'amministrazione pubblica applica la misura al personale non dirigenziale, con priorità dei responsabili del procedimento.

La Direzione Generale aziendale ha provveduto alla rotazione degli incarichi dirigenziali e del comparto, con deliberazione del Direttore Generale n. 353 del 05.03.2020.

CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

Misura	Stato attuazione misura	indicatore	Responsabile
Gestione dei conflitti di interesse	Parzialmente attuato	% verifiche sulle segnalazioni effettuate base annuale	RPTC e Referenti interni

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce con il dovere del dipendente ad agire in conformità con l'interesse dell'amministrazione per cui opera. Ai sensi dell'art. 6-bis della L. n. 241/90, così come introdotto dall'art.1, comma 41, della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale, ai loro superiori gerarchici.

I Dirigenti inoltrano la segnalazione al Direttore Generale. Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

In virtù della delega contenuta nell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012, il Governo ha emanato il decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 contenente "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico".

L'inconferibilità consiste nella preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal decreto legislativo n. 39/2013, a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Di seguito si fornisce un elenco dei principali obblighi e divieti:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90; legge n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 DPR 62/2013).
- Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90, legge n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di vigilanza e controlli sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei Dirigenti responsabili, delle posizioni organizzative e dei coordinatori (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012).
- Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013)
- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 d.lgs. 50/2016)
- Art. 14 DPR n. 62/2013

- Obbligo a carico di ciascun dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, di informare per iscritto il Dirigente dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'Area gestione del Personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013).
- Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001).
- Divieto di far parte di commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche e sindacali.
- Art. 51 c.p.c.
- Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del codice di comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi (art. 16 DPR n. 62/2013)

Al fine di evitare il conferimento di incarichi nulli o soggetti a decadenza, l'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, dispone che l'interessato ha l'obbligo di dichiarare l'insussistenza di cause di inconferibilità e/o di incompatibilità.

Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico e deve essere acquisita dall'Azienda prima del conferimento dell'incarico medesimo.

L'organo conferente ha l'obbligo di accertare, in un congruo termine, la veridicità della dichiarazione resa e, a tal fine, è opportuno che richieda, unitamente alla dichiarazione, il curriculum vitae dell'interessato, da cui risultino, in modo analitico, gli incarichi e/o le attività professionali svolte nei due anni precedenti.

Solo dopo aver accertato la veridicità delle dichiarazioni rese, deve essere conferito l'incarico.

Qualora, in un momento successivo, si accerti l'inconferibilità dell'incarico, all'organo conferente, previa valutazione dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, si applica, in ottemperanza dell'art. 18, comma 1, D.Lgs n. 39/2013, la sanzione inibitoria del divieto di conferire incarichi per un periodo di tre mesi.

L'incaricato che abbia reso una dichiarazione mendace è soggetto, invece, alla sanzione di cui all'art. 20, comma 5, ossia il divieto di ricoprire incarichi per un periodo di cinque anni.

Misure da attuare	Responsabile	Tempi	Indicatori
Azione di informazione sui contenuti del codice di comportamento Aziendale	RPTC , U.O.C. Gestione E Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Decorrenza dalla Modifica del Codice di Comportamento	Numero e tipologia di azioni intraprese

FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONE AGLI UFFICI

L'art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

La norma in particolare prevede:

1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:
 - non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
 - non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
 - non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.
2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."

Inoltre, il D.lgs. n. 39 del 2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3).

Tale disciplina ha come destinatari le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013.

A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

Si segnalano i seguenti aspetti rilevanti:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale di primo grado);
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di posizioni organizzative);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Segnalazione illeciti	Misura Attuata	% segnalazioni effettuate dai dipendenti	RPTC

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001 ess.mm.ii, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illecito", il c.d. whistleblower.

Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

Il nuovo art. 54 bis prevede che:

1. Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.

2. Ai fini del presente articolo, per dipendente pubblico si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile. La disciplina di cui al presente articolo si applica anche ai lavoratori

e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

3. L'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

4. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni

La disposizione pone tre norme:

- la tutela dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis d.lgs. n. 165 del 2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante.

In attuazione alle nuove Linee guida, il RPCT proporrà un regolamento per la disciplina del whistleblowing, nel rispetto sia della normativa dettata dalla legge 30 novembre 2017 n. 179, intitolata "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un

rapporto di lavoro pubblico o privato” sia della Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo, per il cui recepimento il Governo Italiano ha approvato il decreto legislativo in data 9 dicembre 2022 .

PATTI DI INTEGRITÀ

Misura	Stato Attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Patto di Integrità	Misura attuata	% presenza patto di integrità nelle procedure di gara	RUP nell’ambito di affidamento di lavori-servizi-forniture

I patti d’integrità ed i protocolli di legalità, già messi in atto da codesta Azienda rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto.

Il patto di integrità è un documento che si richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti. L’A.V.C.P. con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l’inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell’ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che “mediante l’accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell’offerta, infatti, l’impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di

violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara.

Sempre nell'ottica della lotta alla corruzione è stata altresì formata sulla scorta delle linee guida A.N.A.C. e del tavolo tecnico istituito tra ANAC Ministero della salute e AGENAS nonché di un decreto della Regione Calabria una Commissione per l'acquisto dei beni esclusivi ed infungibili nominata con Delibera n. 224 del 26.10.2020.

ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO

Il tema è da considerarsi tra i più rilevanti per la lotta alla corruzione.

I servizi funebri rappresentano, in generale, una delle aree a rischio anche in considerazione dei numerosi casi di corruzione nazionali che hanno coinvolto dipendenti di aziende sanitarie e ditte esterne.

Si ritiene comunque opportuno, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica connesse ai molteplici interessi che si possono concentrare sulle attività conseguenti il decesso, ribadire in questa sede quanto già contenuto nel Codice di Comportamento e che sono da considerarsi come misure specifiche:

- a) Rispetto dell'obbligo di riservatezza relativo ad un decesso
- b) non accettare né richiedere omaggi o compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni all'interno delle camere mortuarie;
- c) non suggerire ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri;
- d) rotazione del personale addetto in base alle disponibilità consentite dall'organico a disposizione.

I Dirigenti e il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero nonché il Direttore Sanitario Aziendale sono tenuti a vigilare sulla osservanza di tale misure.

Si sollecita altresì un regolamento specifico su tale materia.

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento sulle attività conseguenti al decesso intraospedaliero	Misura da adottare	Presenza/assenza del regolamento	Direzione Medica di Presidio

GESTIONE ALPI E LISTE DI ATTESA

MISURA	STATO ATTUAZIONE MISURA	INDICATORE	RESPONSABILE
ALPI E LISTE DI ATTESA	MISURA ATTUATA	NUMERO REGOLAMENTAZIONI ADOTTATE	Dipartimento Programmazione e Controllo

In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, l'ASP di Crotona ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 117 del 22.03.2016, uno specifico Regolamento aziendale per lo svolgimento delle attività A.L.P.I., ove sono disciplinate le attività intramoenia del personale aziendale.

Successivamente con Delibera n. 90 del 14.03.2017 è stata costituito un organismo paritetico di promozione e verifica dell'attività Libero Professionale Intramuraria così come previsto dall'art. 14 del Regolamento aziendale per lo svolgimento delle attività.

AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

La principale attività del Servizio Affari Legali è quella di rappresentare l'Azienda in giudizio.

Il servizio, inoltre, si occupa delle risoluzioni di eventuali controversie in sede stragiudiziale e in generale di fornire assistenza legale alle strutture aziendali.

Allo stesso tempo in caso di impossibilità per gli avvocati interni di rappresentare l'Azienda o di svolgere altre attività legali, il Responsabile del Servizio provvede all'individuazione ed alla nomina di legali esterni.

In sostanza l'area legale si occupa dei sotto riportati processi

- a) rappresentanza dell'azienda in giudizio;
- b) conferimento di incarichi professionale di patrocinio legale a professionisti esterni;
- c) definizione giudiziale delle cause;
- d) definizione stragiudiziale delle controversie.

In tali attività sono insite delle aree di rischio superabili con le misure di rotazione dell'affidamento della rappresentanza in Giudizio agli avvocati interni, affidando agli stessi cause relative a questioni giuridiche diverse e a controparti diverse.

Altra area di rischio è quella della definizione stragiudiziale delle controversie che non può essere lasciata alla libera interpretazione dei dipendenti, cui viene affidata, trattandosi in numerosi casi, di questioni di notevole interesse economico.

Si ritiene, quindi, necessario onde controllare il rischio insito nell'attività, che la gestione stragiudiziale delle vertenze e la loro definizione sia regolamentata.

L'attività di conferimento degli incarichi all'esterno è minima e residuale ed è eseguita attraverso l'utilizzazione della short-list formata a seguito di apposito avviso.

Anche nell'ambito degli affidamenti di incarichi esterni è necessario il rispetto del criterio della rotazione.

Inoltre, prima dell'affidamento degli incarichi sarà necessario stabilire l'obbligo della sottoscrizione di una convenzione che regolamenti il rapporto professionale, del patto di integrità e della dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità.

Tra le misure da attuare per la diminuzione dei rischi è possibile l'adozione di un regolamento per l'affidamento degli incarichi esterni, oltre ad un regolamento per la definizione stragiudiziale delle cause e delle controversie.

Misura	Stato di attuazione misura	indicatore	Responsabile
Approvazione regolamenti	Da attuare	% affidamenti esterni	Responsabile Avvocatura

CRONOPROGRAMMA

Il presente Piano costituisce un documento dinamico soggetto ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel tempo. Al momento attuale si prevede, nel triennio, di sviluppare le seguenti attività:

DATA	ATTIVITÀ	SOGGETTO COMPETENTE
31.01.2025	Aggiornamento sezione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e invio al Dipartimento della Funzione Pubblica	Direttore Generale
21.01.2025	Proposta Aggiornamento sezione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	RPTC
31.01.2025	Approvazione della Relazione rendiconto di attuazione del Piano riferita all'anno precedente e trasmessa al Direttore Generale	RPTC

15.12.2025	Esposizione del rendiconto del Piano riferito all'anno precedente all'O.I.V.	RPTC
30.10.2025	Aggiornamento codice di comportamento	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
2025	Regolamento Affidamento incarichi ad avvocati esterni	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi
2025	Regolamento per la definizione stragiudiziale delle cause e delle controversie.	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi
2025	Regolamento attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero	Direttore Sanitario di Presidio

SEZIONE TRASPARENZA

In linea con le indicazioni formulate dall'ANAC nella sezione anticorruzione deve essere predisposta una sottosezione dedicata alla programmazione della trasparenza in virtù della L. 190/2012 e successive modifiche ed integrazioni.

La trasparenza è uno degli strumenti utili alla creazione di valore pubblico, oltre che a consentire il controllo generalizzato sulla correttezza dell'agire della Pubblica Amministrazione, nonché sulla verifica che la stessa persegua i principi di buon andamento ed imparzialità e gli obiettivi di efficacia, efficienza e economicità.

A tal fine l'Autorità Nazionale Anticorruzione fornisce le indicazioni per ciascun dato da pubblicare.

In particolare, l'Autorità chiarisce che i dati devono contenere le seguenti informazioni:

- i) La denominazione dell'obbligo di trasparenza (Es.: Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza);
- ii) Il dirigente responsabile dell'elaborazione dei dati;
- iii) Il dirigente responsabile della trasmissione dei dati;
- iv) Il dirigente responsabile della pubblicazione dei dati;

- v) Il termine di scadenza per la pubblicazione e quello per l'aggiornamento dei dati;
- vi) Il monitoraggio con l'indicazione di chi fa cosa e secondo quali tempistiche.

Ovviamente in molti casi i responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione possono coincidere.

L'Azienda in coerenza con gli obiettivi in materia di trasparenza sopra riportati ovvero

- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati della sezione *"Amministrazione trasparente"*;
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi al proprio interno e verso l'esterno

ed in ottemperanza alle disposizioni normative in materia di trasparenza si pone complessivamente l'obiettivo di migliorare la quantità e la qualità dei dati pubblicati, ritenendo la trasparenza funzionale al controllo civico diffuso in linea oltre che con gli obiettivi prefissati e con la normativa in materia con la creazione di valore pubblico.

La pubblicazione dei dati verrà inoltre eseguita in modo da garantire la "usabilità" degli stessi, oltre alla loro completezza, comprensibilità e tempestività.

Bisogna infine tener conto che la pubblicazione dei dati incontra dei limiti nella normativa sulla privacy per come modificata dall'adozione del Regolamento UE 2016/679 e nelle altre norme che sanciscono i divieti di pubblicazione di alcuni dati.

All'attuazione degli obblighi di pubblicazione sono tenuti i Dirigenti Responsabili delle materie dei dati da pubblicare, ai quali spetta la trasmissione, secondo le norme in materia, de *"il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge"*.

Il RPCT ha un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non è direttamente responsabile di tutto il monitoraggio in quanto nella

programmazione delle attività per assicurare la trasparenza, *bisogna tener conto delle indicazioni dette.*

Nella tabella di seguito riportata sono individuati gli obblighi di pubblicazione e i responsabili delle stesse.

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Informazioni Generali	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi	Tempestivo
Informazioni Generali	Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direzione Generale	Tempestivo
Informazioni Generali	Codice disciplinare e codice di condotta	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Informazioni Generali	LINK ai siti nazionali per atti normativi e sanitari.	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi	Tempestivo
Informazioni Generali	LINK ai siti regionali per atti normativi e sanitari	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi	Tempestivo
Informazioni Generali - Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun Ufficio, anche di livello non dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli Uffici		Tempestivo
Informazioni Generali - Articolazione degli Uffici	Organigramma - Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O.C. Programmazioni e Controllo	Tempestivo
Informazioni Generali - Articolazione degli Uffici	Telefono e posta elettronica	U.O.C. Gestione Tecnico-Patrimoniale	Tempestivo

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Personale- Titolari di incarichi di amministrazione di direzione di vertice	Atto di nomina	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi	Tempestivo
Personale- Titolari di incarichi di amministrazione di direzione di vertice	Curriculum vitae	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi	Tempestivo
Personale- Titolari di incarichi di amministrazione di direzione di vertice	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale- Titolari di incarichi di amministrazione di direzione di vertice	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale- Titolari di incarichi di amministrazione di direzione di vertice	Posti di funzioni disponibili	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale- Titolari di incarichi di amministrazione di direzione di vertice	Ruoli Dirigenti	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Annuale

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Personale- Dirigenti cessati	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale- sanzione per mancata comunicazione dei dati	Sanzione per mancata comunicazione dei dati	RPTC	Tempestivo
Personale – Funzione di Coordinamento	Funzione di Coordinamento	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale – Dotazione Organica	Conto annuale del personale	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Annuale
Personale – Dotazione Organica	Costo personale a tempo indeterminato	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Annuale
Personale – Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Annuale
Personale – Personale non a tempo indeterminato	Costo personale non a tempo indeterminato	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Annuale

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Personale – Tassi di assenza	Tassi di assenza	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Trimestrale
Personale – incarichi conferito e autorizzati ai dipendenti	Incarichi conferito e autorizzati ai dipendenti	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale – Contrattazione Collettiva	Contrattazione c Collettiva	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale – Contrattazione Integrata	Contratti Integrativi	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Personale – Contrattazione Integrata	Costi contratti integrativi	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
O.I.V.	O.I.V. (nominativi curricula, compensi)	U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi	Tempestivo
Bandi di Concorso	Bandi di Concorso	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Performance	Sistemi di misura e valutazione della Performance	U.O.C. Programmazioni e Controllo	Tempestivo
Performance	Piano della Performance	U.O.C. Programmazioni e Controllo	Tempestivo
Performance	Relazione sulla Performance	U.O.C. Programmazioni e Controllo	Tempestivo
Performance	Ammontare complessivo dei premi	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Performance	Dati relativi ai premi	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse umane e Formazione	Tempestivo
Bandi di Gara e Contratti	Informazioni delle singole procedure in formato tabellare	U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico - Patrimoniale	Annuale
Controlli sulle Imprese	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività.	Dipartimento di Prevenzione	Continuo
Controlli sulle Imprese	Criteri e modalità di svolgimento delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese.	Dipartimento di Prevenzione	Continuo

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Controlli sulle Imprese	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare.	Dipartimento di Prevenzione	Continuo
Bilancio	Dati relativi al bilancio annuale di previsione.	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale
Bilancio	Dati relativi al bilancio annuale consuntivo.	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale
Bilancio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio, per illustrare gli obiettivi della spesa, misurarne i risultati e monitorarne l'effettivo andamento in termini di servizi forniti e di interventi realizzati.	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale
Beni immobili e gestione patrimonio	Informazioni identificative degli immobili posseduti a qualsiasi titolo	U.O.C. Gestione Tecnico - Patrimoniale	Annuale
Beni immobili e gestione patrimonio	Elenco dei canoni di locazione o di affitto versati.	U.O.C. Gestione Tecnico - Patrimoniale	Annuale

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Pagamenti dell'Azienda	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture ("indicatore di tempestività dei pagamenti")	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale
Pagamenti dell'Azienda	Codice IBAN identificativo dell'Azienda	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Continuo
Servizi erogati	Carta dei Servizi o standard di qualità dei servizi pubblici	Responsabile URP	Annuale
Servizi erogati	Risultati delle indagini condotte sulla qualità dei servizi erogati.	Responsabile URP	Annuale
Servizi erogati	Liste di attesa dei ricoveri per pazienti in elezione, erogati dalle strutture pubbliche e private accreditate operanti nel territorio dell'Azienda.	Responsabile URP Distretto Sanitario Unico Aziendale	Annuale
Servizi erogati	Liste di attesa per accesso in RSA.	Distretto Sanitario Unico Aziendale	Annuale
Servizi erogati	Liste di attesa per prestazioni ambulatoriali specialistiche	Responsabile URP	Semestrale
Servizi erogati	Tempi di attesa per protesica	Distretto Sanitario Unico Aziendale	Annuale

Tipologia di dati	Documenti, informazioni e dati da pubblicare	Responsabili del procedimento di pubblicazione	Livello di aggiornamento
Prevenzione della Corruzione	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	RPTC	Annuale
Prevenzione della Corruzione	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	RPTC	Tempestivo
Prevenzione della Corruzione	Relazione del RPTC	RPTC	Annuale
Prevenzione della Corruzione	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	RPTC	Tempestivo

PIAO

2025-2027

PIANO INTEGRATO ATTIVITA' ORGANIZZATIVE

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Organizzazione del lavoro agile

3.2.Sottosezione –

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La presente sezione del PIAO ha lo scopo di disciplinare l'attuazione, in ambito aziendale, del lavoro a distanza nelle due modalità di *lavoro agile* e *lavoro da remoto*, quali possibili modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, in coerenza con il vigente quadro normativo e contrattuale rappresentato dal CCNL 2 novembre 2022 – area personale del Comparto Sanità, titolo VI "*Lavoro a distanza*", nonché dalla Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023 ad oggetto "*Lavoro agile*".

Le finalità che l'ASP di Crotona intende perseguire attraverso detto istituto sono:

- mantenere la produttività e l'efficienza dell'attività dell'azienda, agevolando al contempo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro ed assicurare la regolare prestazione dei servizi ai cittadini, la continuità dell'azione amministrativa e la regolare conclusione dei procedimenti.
- promuovere l'utilizzo di strumenti digitali di comunicazione;
- promuovere modalità innovative e flessibili di lavoro e, al tempo stesso, tali da salvaguardare il sistema delle relazioni personali e collettive proprie del suo contesto lavorativo;
- sperimentare forme nuove di impiego del personale che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per progetti e obiettivi ed ispirata all'organizzazione in cui sia il raggiungimento dei risultati a guidare le scelte;
- facilitare l'integrazione lavorativa dei soggetti a cui, per cause dovute a condizioni di disabilità o ad altri impedimenti di natura oggettiva, personale o familiare, anche temporanea, il tragitto casa-lavoro e viceversa risulti particolarmente gravoso, con l'obiettivo di assicurare il raggiungimento di pari opportunità lavorative;

- offrire un contributo alla riduzione del traffico legato al pendolarismo lavorativo e quindi anche delle fonti di inquinamento dell'ambiente nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e percorrenza;
- prevedere modalità innovative che, in un'ottica di migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, contribuisca ad un innalzamento della produttività, ad una riduzione dell'assenteismo e ad un aumento della soddisfazione dei dipendenti;
- promuovere una modalità che consenta all'Amministrazione una possibile razionalizzazione degli spazi fisici in un'ottica di riduzione dei costi.

Il ricorso al lavoro agile può essere autorizzato esclusivamente garantendo il rispetto delle seguenti condizioni:

- a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) la stipula dell'accordo individuale tra il dipendente ed il dirigente/datore di lavoro dell'Unità operativa a cui è assegnato il dipendente. L'accordo è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali.

L'accordo prevede, tra l'altro:

- le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali;
- l'individuazione della giornata settimanale in cui viene svolta l'attività di lavoro agile;
- l'indicazione dei luoghi prevalenti in cui verrà svolta l'attività;

- le forme di esercizio del potere direttivo del dirigente/responsabile di riferimento;
- la strumentazione tecnologica da utilizzare;
- la/le fascia/e oraria/e di contestabilità telefonica e la fascia di disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro, a tutela della sua salute psico-fisica, della sua efficienza e produttività e della conciliazione tra tempi di vita, di riposo e di lavoro;
- gli adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e trattamento dati.

g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;

h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

Definizioni

Lavoro agile: modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda o Ente e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale. In ogni caso il lavoratore è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore nonché la piena operatività della dotazione informatica.

Lavoro da remoto: modalità di esecuzione della prestazione lavorativa prestata, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, che comporta l'effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede

dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato. Può essere svolto nelle forme seguenti:

- telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente,
- altre forme di lavoro a distanza, come il coworking o il lavoro decentrato da centri satelliti.

Attività svolgibili in lavoro agile

Le attività lavorative possono essere svolte in modalità di lavoro agile qualora sussistano le seguenti condizioni minime:

- a) è possibile svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnato il lavoratore, senza la necessità di costante presenza fisica nella sede di lavoro;
- b) è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- c) è possibile monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti;
- d) sia nella disponibilità del dipendente, o in alternativa fornita dall'Amministrazione nei limiti della disponibilità, la strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile.

L'Amministrazione ha definito una procedura per il lavoro agile secondo le indicazioni contenute Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA), approvato con deliberazione n. 194 del 31 marzo 2023.

Il Piano è scaricabile al seguente link:

<https://online-aspkr.sisr.regione.calabria.it/AlboOnline/dettaglioAlboArchivio/5850540>

A seguito dell'entrata vigore del CCNL 2019/2021, sottoscritto in data 02 novembre 2022, per il personale afferente l'area contrattuale comparto è in corso di elaborazione il nuovo Regolamento aziendale lavoro agile, adeguato alle disposizioni ivi contenute.

	In base a quanto stabilito, dall'art. 6, co. 3, lett. i) del CCNL richiamato i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, nonché i criteri di priorità per l'accesso allo stesso, saranno oggetto di confronto con i soggetti sindacali. Saranno, altresì, meglio specificate anche le modalità di fruizione del lavoro agile in relazione al principio della prevalenza in presenza dell'attività lavorativa. I dirigenti responsabili delle strutture organizzative dovranno eseguire una preventiva mappatura delle proprie attività/processi che possono essere svolti, in tutto o in parte, in lavoro agile. L'Azienda si riserva la possibilità di adottare successivamente un regolamento, come previsto dal Titolo VI della vigente contrattazione collettiva, inerente il lavoro a distanza comprensivo sia del regolamento lavoro agile (in corso di elaborazione) che dell'eventuale regolamento lavoro da remoto.
3.3.Sottosezione – <u>PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE</u>	Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (P.T.F.P.) è uno strumento di programmazione triennale, aggiornato con cadenza annuale, attraverso il quale l'ASP di Crotone definisce la consistenza della dotazione organica e la rimodulazione della stessa sulla base dei fabbisogni programmati, individua le professionalità indispensabili per lo svolgimento dell'attività di istituto ed identifica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano medesimo, nel rispetto del budget assegnato annualmente dalla Regione Calabria, nonché delle indicazioni di redazione anch'esse fornite, di anno in anno, dalla Regione medesima. Per l'anno 2024, la Regione Calabria ha richiesto alle Aziende del SSR di presentare l'aggiornamento del piano dei fabbisogni di personale e i piani assunzionali, tenendo conto dei dati di produzione relativi all'anno 2023, come previsto dal DCA n. 113 del 06.09.2022, integrato dal DCA n. 118 del 03.10.2022. Il Piano del Fabbisogno di Personale e il Piano delle Assunzioni per l'anno 2024 è stato approvato con deliberazione n.341 del 29 aprile 2024.

	Il Piano è scaricabile al seguente link: - https://online-aspkr.sisr.regione.calabria.it/AlboOnline/dettaglioAlboArchivio/7236005
--	---

SCHEDA PROGETTI DI BUDGET ESERCIZIO ANNO 2024 (aggiornato al 28/01/2024)					
	Esercizio	Progetto di budget	Descrizione progetto di budget	Descrizione estesa progetto budget	Importo del budget
	2024	ACCALAP	502.2.116-ALTRI SERV.NON SAN. DA PRIVAT		190000
	2024	ADI	RSA VILLA S.GIUSEPPE ADI		116389
	2024	ADIANMIC	ADI ANMIC		107000
	2024	ADICENTROSGIUSEP	ADI CENTRO S.GIUSEPPE ADI		2712803
	2024	ADIFISIO LAB	ADIFISIO LAB		215000
	2024	ADISADEL TEODORO	ADI SADEL S. TEODORO		90427
	2024	ADI SAVELLI HOSP	ADI SAVELLI HOSP.		93421
	2024	ADI VILLAROSARIO	ADI VILLA DEL ROSARIO		90427
	2024	ALTRBENINONSANIT	50121060 - ALTRI BENI NON SANITARI		30000
	2024	ALTREMANURIPDIST	503.5.101- ALTRE MANUTENZ.E RIP. DISTRETTO		60000
	2024	ALTREMANURIPKRPO	503.5.101- ALTRE MANUTENZ.E RIP. POKR		150000
	2024	ALTREMANUTRIPAM	503.5.101- ALTRE MANUTENZ.E RIP.AMM		80000
	2024	ALTRIBENIMATERIA	10127030- ALTRI BENI MATERIALI		100000
	2024	ALTRSERVAPPDIST	ALTRI SERV APP.DA PRIV.DISTRETTO PROV		50000
	2024	ALTRSERVNONSANPR	50221160--ALTRI SERVIZI NON SANITARI DA PRIVATI		3020000
	2024	ALTRSERVSANPRIV	50211505-ALTRI SERVIZI SANITARI DA PRIVATI		350000
	2024	AMBULANZE	1012601-AMBULANZE		50000
	2024	APAPACMADONNASCO	.50213070 - MADONNA DELLO SCOGLIO		23000
	2024	APAPACMARRELLI	50213070		559732
	2024	APAPACROMOLOHO SP	-50213070 - ROMOLO HOSPITAL		84223
	2024	ASSDOMINTEXTREG	50211115-ASISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA DA PUBBLICO EXTRA REGIONE		6000
	2024	ASSFARMACEUT22	50218040-Costi per servizio di distribuzione farmaci PHT (DPC) reso da farmacisti e grossisti		1825000
	2024	ASSINTCELIACIME	50215070 - ASSISTENZA INTEGRATIVA DA PRIVATO (MESORACA)		60000
	2024	ASSINTDIABETICME	50215090 - ASSISTENZA INTEGRATIVA FARMACIE CONVENZ (MESORACA)		60000

2024	ASSINTEXTREGIONE	50215050-ASISTENZA INTEGRATIVA DA PUBBLICO EXTRA REGIONE		56000
2024	ASSINTREXTREG.CM	50215050-ASISTENZA INTEGRATIVA DA PUBBLICO EXTRA REGIONE",3:"- ",4:"JsDateT		50000
2024	ASSINTREXTREG.ME	50215070- Assistenza Integrativa da privato (Mesoraca)		250000
2024	ASSPROTESICACM	ASS. PROTESICA DSB CM		162000
2024	ASSPROTESICAKR	ASS. PROTESICA DSB KR		4247786,31
2024	ASSPROTESICAME	ASS. PROTESICA DSB ME		284000
2024	ATTREZZATSANDIS	10124010-ATTREZZATURE SANITARIE DISTRETTO DI CROTONE		580000
2024	ATTREZZATSANPO	10124010-ATTREZZATURE SANITARIE PRESIDIO PO		790000
2024	ATTREZZGENERIC	10124030-ATTREZZATURE GENERICHE		100000
2024	AUTOMEZZI	1012603- AUTOMEZZI		200000
2024	CACCUR97321296E9	CASA DI COMUNITA' -1.1 CACCURI FINANZIAMENTO EURO 1.500.000,00		1500000
2024	CAMERACALDA	LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE PARZIALE CON LA REALIZZAZIONE DI NUOVA CAMERA CALDA PERSSO PRONTO SOCCOR	DELIBERA REGIONALE DELLA CALABRIA N.286 DEL 21/07/2016	1300000
2024	CANONINOLAREASAN	50421010-Canoni di noleggio - area sanitaria		280000
2024	CANONINOLNONSAN	50422010-Canoni di noleggio - area non sanitaria		510000
2024	CASADICURA1	CASA DI CURA SANTA RITA		2472358
2024	CASADICURA2	CASA DI CURA ROMOLO HOSPITAL		4121386
2024	CASADICURA3	CASA DI CURA MARRELLI(EX CALABRODENTAL)		2404884
2024	CASADICURA4	CASA DI CURA MARRELLI HOSPITAL		6266504
2024	CASADICURA5	CASA DI CURA MADONNA DELLO SCOGLIO		3033138
2024	CASADICURA6	CASA DI CURA SADEL INTENSIVA		1203240
2024	CASADICURA7	CASA DI CURA IST.S.ANNA		14274416
2024	CASADICURAMD21	INTEGRAZIONE BUDGET ANNO 2021 MADONNA DELLO SCOGLIO DCA 133/2022+DCA185/22		200179
2024	CASAGIARDINOADI	CASAGIARDINO ADIP.6		15651

2024	CASASALUTEMESOR A	PIANO DI AZIONE E COESIONE - PROGRAMMA ORDINARIO CONVERGENZA PILASTRO II SALVAGUARDIA AZIONE II.4	DELIBERAZIONE N.128 DEL 20_11_2017	5500000
2024	CELIACHIA	BUDGET PER CELIACHIA		500000
2024	CIROM.9732193BB8	CASA DI COMUNITA' -1.1 CIRO' MARINA FINANZIAMENTO EURO 1.400.000,00		1400000
2024	COMBUSTCARBURA	50121030- Combustibili, carburanti e lubrificanti		210000
2024	COVID195022116	SPESE PER COVID19 -Altri servizi non sanitari da privato		200000
2024	COVID19-ACQ.AUTO	1012603- COVID-19 ACQUISTI AUTOMEZZI		50000
2024	Covid-19- attrez	101.2.401 Acquisti di attrezzature sanitarie e scientifiche emergenza coronavirus		320000
2024	Covid-19- diagno	501.1.601 Acquisti di Materiali diagnostici prodotti chimici emergenza coronavirus		850000
2024	Covid-19-farmaci	501.1.101 Acquisti di farmaci per emergenza coronavirus		850000
2024	Covid_19 manustr	10127060- manutenzione straordinaria a immobili		100000
2024	Covid-19- mat.sa	501.1.801 Acquisti di Presidi chirurgici e materiali sanitari emergenza coronavirus		850000
2024	covid_19_mensa	50221160-Altri servizi non sanitari da privato		200000
2024	Covid_19noleggio	Noleggio automezzi		30000
2024	Covid-19-puldskr	502.2.102 - PULIZIA E SANIFICAZIONE distretto kr		300000
2024	Covid-19-pulpokr	502.2.102 - PULIZIA E SANIFICAZIONE p.o. kr		200000
2024	Covid19_software	Costi per acquisto ed implementazione software		50000
2024	COVID20DISTKR	Acquisti economo distretto kr		3000
2024	COVID20POKR	Acquisti economo presidio p.o.kr		35000
2024	covid-smalti.rif	50221080-Smaltimento rifiuti		50000
2024	CROCEROSSA	50211004-Acquisto prestazioni trasporto sanitari da privato		433018,29
2024	CROTO.9732300407	CASA DI COMUNITA' -1.1 CROTONE FINANZIAMENTO EURO 1.827.830,02		1827830
2024	CSBADI	CSB ADI		156508
2024	DCA91/2020	Realizzazione locali da destinare a pazienti COVID -PRESIDIO POKR		218455,72

2024	DCA91/REP.MALATT	Implementazione T.S. reparti malattie varie - PRESIDIO POKR		111837,93
2024	DCA91/REPTER.INT	Implementazione p.l. reparto terapia intensiva e rianimazione pazienti COVID -PRESIDIO POKR		134849,5
2024	DIAGANATPATOLOG	50116010-MATERIALI DIAGNOSTICI PER ANAT.PATOLOGICA		460000
2024	DIAGCM	50116010-MATERIALI DIAGNOSTICI E PROD.CHIMICI DIST.CM		50000
2024	DIAGLAB	50116010-MATERIALI DIAGNOSTICI PER LAB.ANALISI		1900000
2024	DIAGME	50116010-MATERIALI DIAGNOSTICI E PROD.CHIMICI DIST.ME		30000
2024	DIAGPOKR	50116010-MATERIALI DIAGNOSTICI E PROD.CHIMICI. POKR		240000
2024	DIAGSIT	50116010-MATERIALI DIAGNOSTICI PER SIT		800000
2024	DIETETICIDISTCM	50114010-PRODOTTI DIETETICI DSB CM		360000
2024	DIETETICIDISTKR	50114010-PRODOTTI DIETETICI DSB KR		550000
2024	DIETETICIDISTME	50114010-PRODOTTI DIETETICI DSB ME		330000
2024	DIETETICIPOKR	501.1.401 - PRODOTTI DIETETICI PO KR		110000
2024	DISTRIB1CICLOKR	501.1.101-DISTRIB.1°CICLO PROD. FARM.		1200000
2024	E11C23000430006	Intervento PNRR-Infrastrutture digitali - cloud		357525
2024	E11F22002270006	Intervento PNRR-SpID CIE -1.4.4		14000
2024	E11F22002280006	Intervento PNRR-PagoPA – 1.4.3		442830
2024	E11F22002290006	Intervento PNRR-AppIO – 1.4.3		35424
2024	E12C22000190005	PNRR-M6.C1-1.2.2. Implementazione nuovo modello organizzativo Centrali operative Terri CROTONE	IMPORTO FINANZIAMENTO PNRR 173.075,00	17307,5
2024	E14E22000690006	PNRR-M6.C2-1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (DEL.N.662 DEL 8/8/202		658841
2024	E14E22001020005	PNRR-M6.C1-1.2.2. Casa come primo luogo di cura:Centrali operative territoriali-interconnessione az	IMPORTO FINANZIAMENTO PNRR	7107,1

2024	E14E22001020005.	PNRR-M6.C1-1.2.2. Casa come primo luogo di cura:Centrali operative territoriali-intercoFONDI REGIONA	IMPORTO FINANZIAMENTO REGIONALE 75.000,00	75000
2024	E15I22000050005	PNRR-M6.C1-1.2.2. Casa come primo luogo di cura:Centrali operative territoriali-Device	IMPORTO FINANZIAMENTO PNRR EURO 96.716.,19 - IMPORTO FINANZIAMENTO REGIONALE 99.995,16	9671,62
2024	E15I22000050005.	PNRR-M6.C1-1.2.2. Casa come primo luogo di cura:Centrali operative territoriali-Device_FONDI REGIONA	IMPORTO FINANZIAMENTO REGIONALE 99.995,16	99995,16
2024	E62C22000100005	PNRR MISSIONE 6 SALUTE - CALABRIA OSPEDALI DI COMUNITA COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.3		250895,5
2024	E62C22000170005	PNRR-M6.C1-1.2.2. Implementazione nuovo modello organizzativo C.O.T. MESORACA FONDI REGIONA	IMPORTO FINANZIAMENTO REGIONALE 173.000,00 COMUNE DI MESORACA	0,01
2024	E62C22000170005.	,PNRR-M6.C1-1.2.2.Implementazione nuovo modello organizzativo Centrali operative Terri FONDI REGIONA	IMPORTO FINANZIAMENTO PNRR 173.075,00	173075
2024	E64E22001020006	(PNRR-M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiati	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI n. piano 290	82000
2024	E64E22001100006	=PNRR-M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiati	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI n. piano 291	244000
2024	E71C22001940006	Intervento PNRR- Adozione FSE-potenziamento infrastrutture digitali-1.3.1(b)		897950,53
2024	E84E22000340006	*PNRR-M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiati	ecotomografi n. piano 292	82000
2024	E84E22000350006	/PNRR-M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiati	ecotomografi n. piano 292	82000
2024	E84E22000400006	!PNRR-M6.C2-1.1.2. Ammodernamento del parco	ecotomografi n. piano 292	82000

			tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiati		
	2024	FARMACIANTIV	501.1.101-FARMACI ANTIVIRALI		885000
	2024	FARMACIDISTCM	501.1.101-PRODOTTI FARMACEUTICI MAG.CM		2410000
	2024	FARMACIDISTKR	501.1.101-PRODOTTI FARMACEUTICI MAG.KR		10100000
	2024	FARMACIDISTME	501.1.101-PRODOTTI FARMACEUTICI MAG.ME		2200000
	2024	FARMACIONCOLOG	501.1.101-FARMACI ONCOLOGICI		4250000
	2024	FARMACIPAZ.EPC	501.1.101-FARMACI PER PAZIENTI AFFETTI DA EPATITE C CRONICA		1525000
	2024	FARMACIPOKR	501.1.101-PRODOTTI FARMACEUTICI PRESIDIO OSPEDALIERO CROTONE		3600000
	2024	FITTI	50411010-Affitti passivi		30000
	2024	FORMAZIONE	CORSI DI FORMAZIONE 50223020		15000
	2024	FORMAZIONE(ester	50223010-Formazione (esternalizzata e non) da pubblico		16704,49
	2024	IMPIANTIMACCHIKR	101.2.301 - IMPIANTI E MACCHINARI POKR		80000
	2024	IMPMACCNONSANDI S	101.2.303-IMP E MACCHINARI NON SAN.DKR		490000
	2024	IMPMACCNONSANK R	101.2.303-IMP E MACCHINARI NON SAN.P.O.KR		5000
	2024	IMPREVIDEL.2583	I MPREVISTI (5% SU IMPORTO A BASE D'ASTA		19955
	2024	ISOLAC973226899D	CASA DI COMUNITA' -1.1 ISOLA CAPO RIZZUTO FINANZIAMENTO EURO 1.400.000,00		1400000
	2024	LICENZESOFTWARE	1011303- COSTI PER ACQUISTO ED IMPLEMENTAZIONE software		120000
	2024	LIFEADI	LIFE ADI P.15		38925
	2024	LIFEADI.1	LIFE ADI P.60		156508
	2024	LIFECDIURNO	LIFE C. DIURNO		59152
	2024	MACCHUFFICIOPC	1012705-MACCHINE D'UFFICIO,COMPUTERS,SISTEMI TELEFONICI		120000
	2024	MACCUFCOMPDIST	1012705-MACCHINE D'UFFICIO,COMPUTERS,SISTEMI TELEFONICI DISTRETTO		80000
	2024	MANSTRIMPMACKR	101.2.707-COSTI DI MANUT. STRAORD. IMP-MACCHINARI POKR		50000

2024	MANUTATTREZSAN	50330101 MANUTENZIONI E RIP. ATTREZZATURE SANITARIE	970000
2024	MANUTIMMOBEPERTI	50310101 MANUTENZIONE E RIP.IMMOBILI E LORO PERTINENZE	140000
2024	MANUTMOBMACCP O	503.2.101-MANUT.E RIP. MOBILI E MACCHINE POKR	50000
2024	MANUTRIPAUTAMM	50340101-MANUT.E RIP. DI AUTOMEZZI AMM.	80000
2024	manutstraordfabbb	101.2.706- costi di manutenzione straordinaria a fabbricati	150000
2024	MANUTSTRIMACCD S	101.2.707-COSTI DI MANUT. STRAORD. IMP-MACCHINARI DISTRETTO	50000
2024	MATEMODIALISIABS	50111001-MATERIALE EMODIALISI PROV	1900000
2024	MATGUARDPULIZPO	501.2.102- MAT.GUARD/PULIZIA POKR	780000
2024	MATPROTESICO	5011901-MATERIALE PROTESICO PROV.	1280000
2024	MATRXECG	50117020-MATERIALE DIAG.RX ECG PROV	140000
2024	MATRXECGDISTCM	50117020-MATER.DIAG.RX CARTA ECG DSB CM	19000
2024	MATRXECGDISTME	50117020-MATER.DIAG.RX CARTA ECG DSB ME	10000
2024	MATSANABSDKR	5011801- PRESIDI CHIRURGICI ABS DISTKR	20000
2024	MATSANDIPCHIR	5011801- DIP.CHI. PRESIDI CHI.PROV.	1225000
2024	MATSANDIPEMURG	5011801- DIP.EMURG.PRESIDI CHI.PROV	50000
2024	MATSANDIPMEDICI	5011801- DIP.MED.PRESIDI CHI.PROV	320000
2024	MATSANDISTCM	5011801- PRESIDI CHIRURGICI DSB CM	460000
2024	MATSANDISTKR	5011801- PRESIDI CHIRURGICI DSB KR	1340000
2024	MATSANDISTME	5011801- PRESIDI CHIRURGICI DSB ME	211000
2024	MATSANPOKR	5011801- PRESIDI CHIRURGICI POKR	1600000
2024	MATSANPOKRABS	5011801- PRESIDI CHIRURGICI PO KR PROV.	1700000
2024	MATXATREZSAN	MATERIALE DEDICATO PER ATTREZZATURA SANITARIE	50000
2024	MATXMANATTRSAN	501.2.108 MATERIALE PER MANUTENZIONE ATTREZZATURE SANITARIE	80000

2024	MENSADEGENTIME	50221030-SERV. APP. MENSA-DEGENTI DIAL. DSB ME		50000
2024	MENSADEGENTIPO	50221030-SERV. APP. MENSA-DEGENTI PO KR		1470000
2024	MENSADIPCM	50221040-SERV.APP. MENSA - DIPENDENTI CIRO' MARINA		160000
2024	MENSADIPENDME	50221040-SERV. APP. MENSA-DIPENDENTI. DSB ME		90000
2024	MENSADIPENDPO	50221040-SERV. APP. MENSA.DIPENDENTI PO KO		550000
2024	MESORA9732234D8D	CASA DI COMUNITA' -1.3 MESORACA FINANZIAMENTO EURO 2.508.955,00		2508955
2024	MEZZICONTRAS	5011701-MEZZI DI CONTRASTO ABS		10000
2024	MOBILIARREDI	1012501-MOBILI E ARREDI		50000
2024	NOLEGGIOTOMOGRA	50421010 - Canoni di noleggio - area sanitaria		479635,44
2024	OBIETTIVO98	LIQUIDAZIONE PROVENTI ANNO 2016 SANZIONI AMMINISTRATIVE L.R.51/2012		797934,81
2024	ONCOTESTGENOMIC O	501.1.601-MATER.DIAGN.PROD.CHIMI DSB MESORACA		2000
2024	OSSIGENO	GAS MED.(AIC) OSS. PO KR PROV.		750000
2024	PACEMAKER	5011901-MAT. PROTESICO PACEMAKER PROV.		1500000
2024	pannolonidistr cm	5021510-assistenza protesica per fornitura pannoloni distretto cm		350000
2024	pannolonidistrkr	5021510-assistenza protesica per fornitura pannoloni distretto kr		500000
2024	pannolonidistrme	5021510-assistenza protesica per fornitura pannoloni distretto me		350000
2024	PNRRM6C1-1.2.1AD	PNRR-M6C1-1.2.1 ASSISTENZA DOMICILIARE		2332951,34
2024	POR-1.6.1.AMBULA	CUP 79I23000700006		0,1
2024	POR-1.6.1.ANERIA	CUP E19I23000570006		0,1
2024	POR-1.6.1.DIPM.I	.CUP E19I23000510006	ACQUISTO ELETTROMEDICALI DIP. MATERNO INFANTILE	0,1
2024	POR-1.6.1.D.U.A.	-CUP E79I23000710006		0,1
2024	POR-1.6.1.ECOTOM	,CUP E19I23000560006	ACQUISTO ECOTOMOGRFI PORTATILI	0,1

2024	POR-1.6.1.PSCOV	<CUP E19I23000550006	ACQUISTO ELETTROMEDICA LI PER PRONTO SOCCORSO COVID	0,1
2024	POR-1.6.1.RADIOL	„CUP E19I23000520006	ACQUISTO APPARECCHIATU RE RADIOLOGICHE VARIE	0,1
2024	POR-1.6.1.R.B.O.	>CUP E19I23000530006	ACQUISTO APPARECCHI DI RIANIMAZIONE BLOCCO OPERATORIO	0,1
2024	POR-1.6.1.repvar	CUP E19I23000240006	Acquisto elettromedicali rep. vari	0,1
2024	POR-1.6.1.R.M.	..CUP E19I23000500006	ACQUISTO RISONANZA MAGNETICA	0,1
2024	POR-1.6.1.SCOVID	„CUP E19I23000540006	ACQUISTO TAVOLI OPERATORI PER SALE COVID	0,1
2024	POR-1.6.1.T.I.	-.CUP E19I23000490006	Acquisto elettromedicali rep. Terapia Intensiva	0,1
2024	POR-1.6.1.T.S.I.	<.CUP E19I23000470006	Acquisto elettromedicali rep. terapia sub intensiva	0,1
2024	POR-1.6.1.WIFI	-, CUP E79I23000690006	REALIZZAZIONE RETE WI-FI NEL P.O. DI CROTONE E POLIAMB. VARI	0,1
2024	PREP_GALENICHE	501.11.010 PREPARAZIONI GALENICHE DI CANNABIS PAZIENTE A284		1603,8
2024	PREVENZVETERIN	501.1.1102 ALTRI MATERIALE PER USO VETER		80000
2024	PREVEVETERINFARM	501.1.1101 ALTRI FARMACI PER USO VETERINARIO		200000
2024	PROG.2023.2025	10231040-RISORSE DERIVATE DA ENTRATE AVENTI DESTINAZIONE VINCOLATA		31231353
2024	PRONTOSOCCOVID	20% FINANZIAMENTO COM.STRAORD.(IMPLEMENTAZI ONE REPARTO COVID		218455,72
2024	QSOCIALE	50211121 QUOTE SOCIALE		7208551

2024	R1	RSA VILLA S.GIUSEPPE MEDICALIZZATA	1145270
2024	R1CENTROSGIUMED	RSA CENTRO S.GIUSEPPE MEDICALIZZATI	1145270
2024	R1DOMSDIONHOSP	DOMICILIARI SAN DIONIGI HOSPITAL	942240
2024	R1HOSPICESDIONIG	HOSPICE SAN DIONIGI HOSPITAL	981511
2024	R2	RSA VILLA S.GIUSEPPE ANZIANI	1050962
2024	R2CENTROSGIUANZ	RSA CENTRO S.GIUSEPPE ANZIANI	1050962
2024	R2 RSA	RSA CASA GIARDINO	700641
2024	R2SANTARITA	SANTA RITA RSA	1901571
2024	R2 SAVELLI HOSP	RSA SAVELLI HOSP.	875802
2024	R2 S.TEODORO	RSA SAN TEODORO	560513
2024	R2 V.ERMELINDA	RSA VILLA ERMELINDA	1050962
2024	R2 VILLAROSARIO	RSA VILLA DEL ROSARIO	525432
2024	R3 CP	CP CASA GIARDINO	456035
2024	R3 SAVELLI HOSP	CP SAVELLI HOSP.	542899
2024	R3 S.TEODORO	CP SAN TEODORO	390887
2024	R3 V.ERMELINDA	CP VILLA ERMELINDA	564615
2024	R3 VILLAROSARIO	CP VILLA DEL ROSARIO	325709
2024	RD1-SLA	CRE CENTRO S.GIUSEPPE SLA	1009644
2024	RD4 SANT.COVELLI	RSA SANTINO COVELLI	1524374
2024	RD5	CP SPIRITO SANTO DISABILI	506460
2024	REC	CRE CENTRO S.GIUSEPPE	3616833
2024	RIABEXREG	50214030 - SERVIZI SANITARI RIABILITATIVA EXTRA REGIONE	1200000
2024	ROCCAN9732069566	CASA DI COMUNITA' -1.1 ROCCA DI NETO FINANZIAMENTO EURO 1.400.000,00	1400000
2024	RRE1-RRE2	CRE STARBENE	623221
2024	RRE1-RRE2 ANM.AM	CRE ANMIC AMB.	1142460
2024	RRE1-RRE2 ANM.DO	CRE ANMIC DOM.	1100736
2024	RRE1-RRE2 LIFEAM	CRE LIFE AMB.	318526
2024	RRE1-RRE2 LIFEDO	CRE LIFE DOM.	1003851
2024	RRE1-RRE2 S.GIUS	CRE VILLA S.GIUSEPPE AMB.	491367
2024	RRE1-RRE2 TURAMB	CRE TURANO AMB.	495198
2024	RRE1-RRE2 TURDO	CRE TURANO DOM.	208263
2024	RSAFUORIREG	50215120 - ASSISTENZA INTEGRATIVA TERRITORIALE	50000

2024	SANITAPENITENZIA	FINANZIAMENTO COME DCA 129 DEL 22/10/2021 SANITA PENITENZIARIA (EX DPCM 1/04/2008)	475983,14
2024	SANTEODOROADI	SAN TEODORO ADI P.120	313016
2024	SAVELLIHOSPITADI	SAVELLI HOSPITAL ADI P.180	469524
2024	SERD	50211108- Assistenza tossicodipendenti e alcolisti da privato (intraregionale e extraregionale)	750000
2024	serv.antincendio	SERVIZIO ANTINCENDIO	100000
2024	SERVAPPELABDATI	50221060-SERV. APP.ELAB.DATI P.O. CROTONE	350000
2024	SERVAPPNOLEGPO	50421010-SERV. APP. CANONI. DI NOLEG. AREA SANITARIA P.O.KR	1670000
2024	SERVAPPPULIZPO	50221020-SERVIZI APP.PULIZIA HKR	1500000
2024	SERVAPPULIZIADIS	50221020-SERVIZI APP.PULIZIA DISTRETTO	1500000
2024	SERVCANNOLDIST	50421010-SERV. CANONI NOLEG.AREA SANITARIA DISTRETTO	300000
2024	SERVCANNONSANIT	50422010-SERV. CANONI NOLEG.AREA NON SANITARIA	50000
2024	SERVELABDATDIST	50221060-SERV. APP.ELAB.DATI DISTRETTO	30000
2024	SERVLAVANDERIA	50221010-SERV. DI LAVANDERIA HKR	460000
2024	SERVRISCALDPO	50221050-SERV. RISCALDAMENTO P.O. KR	130000
2024	SERVSMALTRIFDIST	50221080-SERV. SMALT. RIFIUTI DISTRETTO KR	160000
2024	SERVSMALTRIFIUPO	50221080-SERV. SMALT. RIFIUTI POKR	320000
2024	SERVTRASPNONSAN	50221070-SERVIZI TRASPORTI NON SANITARI	19000
2024	SIERVACCINI	501.1.501-MAT. X LA PROF.VACCINI PO.KR	50000
2024	SIMT-P.O.	50221030 Mensa - Degenti	50000
2024	SPEC1	ALTOMARI	282892
2024	SPEC10	BIOS LABOR.	495320
2024	SPEC11	CALABRODENTAL	811325
2024	SPEC12	FAMILIARI (RX()) E (TAC)	523865
2024	SPEC13	FLEMING	49500
2024	SPEC14	GARRITANI	45166

	2024	SPEC15	CMG - DR. GENTILE		81921
	2024	SPEC16	IST. STOMOLOG.		71221
	2024	SPEC17	LAB CROTONE		389455
	2024	SPEC18	LAB CUTRO		43518
	2024	SPEC19	MADONNA DELLO SCOGLIO		19861
	2024	SPEC2	ANMIC		66165
	2024	SPEC20	MARRELLI (TAC) E (RMN)		936531
	2024	SPEC21	MARRELLI RADIOTERAPIA		2134861
	2024	SPEC21.2023	80223140 Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		66461,22
	2024	SPEC22	PASTEUR		67502
	2024	SPEC23	PIRO		39283
	2024	SPEC24	PROG.TERZA ETA' - FIS. E RAD		10324
	2024	SPEC25	RIILLO		16872
	2024	SPEC26	RODIO		56798
	2024	SPEC27	SADEL -RX-ECO-TAC-RMN		393101
	2024	SPEC28	SAFFIOTI		55371
	2024	SPEC29	SALUS FISIOTERAPIA		406336
	2024	SPEC3	ARS MEDICA		269683
	2024	SPEC30	SALUS STUDIO DENT.		82692
	2024	SPEC32	S.RITA LAB. ANALISI		10673
	2024	SPEC33	S.RITA (TAC) E (RMN)		69599
	2024	SPEC34	SCALISE		91922
	2024	SPEC35	STARBENE		766525
	2024	SPEC36	TOMASSO		227234
	2024	SPEC37	TURANO		152057
	2024	SPEC38	VIA		188241
	2024	SPEC39	VOLANTE		281036
	2024	SPEC4	BIOLAB S.G.F.		62280
	2024	SPEC40	CERBA HEALTHCARE CROTONE S.R.L.		130000
	2024	SPEC5	BIOS ALLERGOLOGIA		8116
	2024	SPEC6	BIOS CARDIOLOGIA		21691
	2024	SPEC7	BIOS ECOGRAFIA		50605
	2024	SPEC8	BIOS ENDOCRINOLOGIA		9502
	2024	SPEC9	BIOS MED.SPORT		3143

	2024	SPESETECDEL.2583	SPESE TECNICHE E GENERALI		42550
	2024	SPR1SPIRITOSANTO	SPR1 SPIRITO SANTO		466369
	2024	SPR1VERZINOSOLID	SPR1 VERZINO SOLIDARE		454472
	2024	SR1 CARUSA	SR1 CARUSA		2798216
	2024	SR1 CASAGIARDINO	SR1 CASAGIARDINO		12566
	2024	SR1SADELTEODORO	SADEL S. TEODORO SEMIRESIDENZIALE		68774
	2024	SR1 SAVELLI HOSP	SAVELLI HOSPITAL SEMIRESIDENZIALE		101502
	2024	STARBENE ADI	STAEBENE ADI		18937
	2024	SUBINTENSIVE	20% FINANZIAMENTO COM.STRAORD.(IMPLEMENTAZI ONE REP.TERAPIA SUBINTENSIVE)		315834,89
	2024	SUPPINFCANC	50121040-SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLERIA		140000
	2024	TERAPIAINTENSIVA	20% FINANZIAMENTO COM.STRAORD.(IMPLEMENTAZI ONE REP.TERAPIA INTENSIVA)		134849,5
	2024	TRASPOSAN	50211004 - TRASPORTO SANITARIO DIALIZZATI		650000
	2024	VACCINIDISTCM	50115010-VACCINI DISTRETTO DI CIRO' MARINA		680000
	2024	VACCINIDISTKR	50115010-VACCINI DISTRETTO DI CROTONE		950000
	2024	VACCINIDISTME	50115010-VACCINI DISTRETTO DI MESORACA		520000
	2024	VERZIN9711339277	CASA DI COMUNITA' -1.1 VERZINO FINANZIAMENTO EURO 1.400.000,00		1400000
	2024	VILLAROSARIOADI	VILLA DEL ROSARIO ADI P.120		313016

PARERE DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Sulla proposta n. 414/2025 dell' Unità U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATICI ad oggetto: APPROVAZIONE E ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027. si esprime parere favorevole in merito all'adozione della deliberazione.

Crotone, 12/02/2025

Il Direttore Amministrativo
Dr. ssa Elisabetta Rosa Tripodi
(Sottoscritto digitalmente
ai sensi dell'art. 21 D.L.gs. n. 82/2005 e s.m.i.)

Documento informatico formato e prodotto ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e rispettive norme collegate

PARERE DIRETTORE SANITARIO

Sulla proposta n. 414/2025 dell' Unità U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATICI ad oggetto: APPROVAZIONE E ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027. si esprime parere sanitario favorevole in merito all'adozione della deliberazione.

Crotone, 13/02/2025

Il Direttore Sanitario
Dr. Pasquale Mesiti
(Sottoscritto digitalmente
ai sensi dell'art. 21 D.L.gs. n. 82/2005 e s.m.i.)

Documento informatico formato e prodotto ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e rispettive norme collegate