



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA



Relazione sulle Performance

Anno 2014



SOMMARIO

SOMMARIO.....	2
1. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI COSENZA.....	4
1.1 Il Contesto Esterno.....	4
1.2 Il Contesto Interno.....	4
1.3 La Struttura Organizzativa.....	5
1.4 L'Assistenza Ospedaliera.....	7
1.5 L'Assistenza Distrettuale.....	13
1.6 L'assistenza Sanitaria Collettiva In Ambiente Di Vita e Di Lavoro.....	17
2. OBIETTIVI, ATTIVITA', INDICATORI E MISURAZIONE PERFORMANCE.....	20
2.1 OBIETTIVI STRATEGICI ANNO 2014.....	20
2.1.1 Processo di Budgeting.....	20
2.1.2 Piano di Budget Anno 2014-2016.....	21
2.1.3 Obiettivi Strategici Aziendali anno 2014-2016.....	22
2.1.4 Obiettivi generali ed indicatori per il Dipartimento di Prevenzione anno 2014.....	24
2.1.5 Obiettivi generali ed indicatori per l' Area Territoriale (LEA Territoriale) anno 2014:.....	24
2.1.6 Obiettivi ed indicatori per l'area Ospedaliera (LEA Ospedaliero) anno 2014:.....	24
2.1.7 Obiettivi ed indicatori per i Dipartimenti strutturali (D.S.M.) anno 2014:.....	25
2.1.8 Obiettivi ed indicatori per il Dipartimento Amministrativo anno 2014:.....	25
2.1.9 Altri Obiettivi di Miglioramento e Sviluppo Organizzativo 2014-2016.....	26
2.1.10 Obiettivi Aziendali Interdipartimentali 2014-2016.....	26
2.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	28
2.2.1 Prestazioni e Obiettivi Generali:.....	28
2.2.2 Appropriatazza nelle Attività Ospedaliere.....	28
2.2.3 Obiettivi Specifici Piano Di Attività Anno 2014.....	28
2.2.4 Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Pubblica.....	30
2.3 ASSISTENZA TERRITORIALE.....	36
2.3.1 Gli Obiettivi Strategici Per L'assistenza Distrettuale.....	36
2.3.2 Prestazioni e Obiettivi Generali:.....	36
2.3.3 Appropriatazza nelle Attività Distrettuali.....	36
2.3.4 Obiettivi Specifici Piano di Attività Anno 2014.....	36
2.3.5 Obiettivi ed indicatori programmati per i Dipartimenti strutturali (D.S.M.):.....	55
2.4 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO.....	68
2.4.1 Prestazioni E Obiettivi Generali:.....	68
2.4.2 Appropriatazza nelle Attività Di Prevenzione.....	68
2.4.3 Obiettivi Specifici Piano di Attività Anno 2014:.....	68
3. RISORSE UMANE E FINANZIARIE.....	84
3.1 LE RISORSE UMANE.....	84
3.2 LE RISORSE FINANZIARIE.....	86
4. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE.....	88
4.1 Rilevazione benessere organizzativo anno 2014.....	88
5. PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA DEL CICLO DELLE PERFORMANCE.....	101
5.1 Criticità degli strumenti di programmazione e valutazione.....	101
6. MONITORAGGIO OBIETTIVI ANNO 2014.....	103
6.1 Spoke Cetraro – Paola.....	104
6.2 Spoke Rossano – Corigliano.....	107
6.3 Spoke Castrovillari.....	110
6.4 Dipartimento di Prevenzione.....	113
6.5 Dipartimento di Salute Mentale.....	115
6.6 Distretto Sanitario Cosenza Savuto.....	117
6.7 Distretto Sanitario Valle Crati.....	120
6.8 Distretto Sanitario Pollino Esaro.....	123
6.9 Distretto Sanitario Tirreno.....	126
6.10 Distretto Sanitario Ionio Nord.....	129
6.11 Distretto Sanitario Ionio Sud.....	132
6.12 Dipartimento Amministrativo.....	135



PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE PERFORMANCE 2014

La Pubblica amministrazione è stata interessata negli ultimi decenni da incisivi interventi legislativi che ne hanno modificato i modi dell'azione, delineando un nuovo contesto nel quale la diffusione di una cultura incentrata sulla capacità manageriale dei dirigenti rappresenta un elemento di forte impulso per l'organizzazione delle attività istituzionali.

In questo ambito, il decreto legislativo n.150/2009 fissa una serie di principi che determinano migliori pratiche per il buon funzionamento, il buon governo e la qualità delle strutture amministrative e sanitarie e per i servizi resi alla collettività, al fine di porre questa ASP in grado di fornire risposte in modo trasparente e celere.

Nel contesto del decreto n.150/2009, la performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita. Pertanto, il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione e, come tale, si presta ad essere misurata e gestita.

La Relazione sulla performance, prevista dall'art. 10, c. 1, lett. b), del decreto legislativo n. 150 del 27/10/2009, è stata redatta seguendo le indicazioni previste dalla delibera della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) n. 5/2012. Essa rappresenta lo strumento attraverso il quale l'ASP di Cosenza, illustra, ai cittadini e a tutti gli altri *stakeholder*, interni ed esterni, i risultati di performance ottenuti nel corso del 2014.

La Relazione evidenzia quindi *a consuntivo* i risultati organizzativi e individuali raggiunti, facendo riferimento ai singoli obiettivi strategici e operativi programmati, rilevando gli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno, individuando le cause e le misure correttive da adottare.

Per la redazione della Relazione sulla Performance si tenuto conto del Piano della Performance e degli obiettivi di budget definiti nel 2014.

L'U.O. Programmazione e Controllo ha sviluppato la presente relazione utilizzando i dati estrapolati dai flussi informativi Aziendali, che periodicamente, dopo la trasmissione agli organi istituzionali competenti, vengono inoltrati a questa U.O. e dalla stessa elaborati.

Inoltre, sono stati utilizzati i dati ISTAT, i dati elaborati dal dipartimento di Prevenzione, i dati predisposti dal settore economico finanziario e patrimoniale, altri dati inseriti nella Relazione Annuale sulla gestione.

La presente relazione, sarà pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Trasparenza, valutazione e merito" ed inviata all'OIV per la validazione dell'Organismo indipendente di valutazione.



1. L'ORGANIZZAZIONE E LE RISORSE DELL'ASP DI COSENZA

1.1 Il Contesto Esterno

Il territorio dell'ASP di Cosenza è composto dai 155 Comuni che insistono nella Provincia, con una popolazione di 733.508 abitanti. E' una delle province più popolate d'Italia, con un territorio grande anche in termini di superficie territoriale, che si sviluppa su 6.650 kmq, pari al 44,1 % della superficie calabrese. Di conseguenza è caratterizzato da una densità demografica abbastanza bassa (circa 110 abitanti per Km²) rispetto al dato nazionale (187 abitanti per Km²). L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in Pianura.

1.2 Il Contesto Interno

Una prima analisi quali-quantitativa delle risorse umane disponibili nell'Azienda ha permesso di rilevarne le caratteristiche illustrate nella sottostante tabella.

Analisi Caratteri Quali/Quantitativi alla data di rilevazione (2014)		
personale Dirigente ASP		53,17
DIRIGENTE alla data di rilevazione (2014) - IDIR	203	58,11
DIRIGENTE alla data di rilevazione (2014) - IIDIR	101	59,48
DIRIGENTE alla data di rilevazione (2014) - VDIR	189	45,44
DIRIGENTE alla data di rilevazione (2014) - XDIR	833	56,49
DIRIGENTE alla data di rilevazione (2014) - Totale Dirigenza	1.326	55,39

Composizione del Personale per età	U	D	Totale	%		
età>68	5	0	5	0,04%	0,04%	100,00%
65> età >67	87	23	110	2,02%	2,06%	99,96%
60> età >64	620	432	1.052	17,97%	20,03%	97,94%
55> età >59	790	884	1.674	30,68%	50,71%	79,97%
50> età >54	519	594	1.113	21,81%	72,52%	49,29%
45> età >49	257	392	649	14,31%	86,83%	27,48%
40> età >44	111	184	295	7,52%	94,35%	13,17%
35> età >39	43	64	107	3,54%	97,89%	5,65%
età<34	18	19	37	2,11%	100,00%	2,11%
Totale complessivo	2.450	2.592	5.042	100,00%		

Analisi di genere	
% di dirigenti donne	17,84%
% di donne rispetto al totale del personale	51,63%
% personale donna assunto a tempo determinato	56,67%
età media del personale femminile	52,24
età media dei dirigenti donne	53,24



1.3 La Struttura Organizzativa

Strutture organizzative aziendali

L'A.S.P di Cosenza è articolata in :

1. Distretti Sanitari;
2. Presidi Ospedalieri;
3. Dipartimenti;
4. Strutture operative complesse;
5. Strutture operative semplici a valenza dipartimentale;
6. Strutture operative semplici nell'ambito di struttura operativa complessa;

Macro articolazione organizzativa

L'A.S.P di Cosenza è articolata nelle seguenti macrostrutture organizzative sanitarie, dotate, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia organizzativa e soggette a contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda:

A. Distretti Sanitari:

- I quindici Distretti sanitari esistenti nelle vecchie Asl sono stati accorpati in sei nuovi Distretti secondo le linee guida regionali e per come di seguito specificato:
 - Distretto 1 " Tirreno";
 - Distretto 2 "Pollino-Esaro";
 - Distretto 3 " Ionio Nord";
 - Distretto 4 " Ionio Sud -SGF";
 - Distretto 5 " Valle Crati";
 - Distretto 6 " Cosenza –Savuto";

B. Presidi Ospedalieri:

- I tredici presidi esistenti nelle vecchie asl sono stati riqualificati secondo le indicazioni previste nel decreto 18/10 e s.m.i. per il riordino della rete ospedaliera:
 - Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
 - Ospedale Spoke di Castrovillari - Acri;
 - Ospedale Spoke di Paola-Cetraro;
 - Ospedale di zona montana di S. Giovanni in Fiore;
 - Struttura riabilitativa di Mormanno;

L'Ospedale di zona montana e la struttura di riabilitazione/Lungodegenza di Mormanno afferiscono all'Ospedale di riferimento che è stato individuato nello Spoke di Castrovillari.

C. Dipartimenti (Macro Strutture Operative) :

1. Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale

2. Dipartimenti Funzionali

- Dipartimento Area Medica;
- Dipartimento Area Chirurgica;



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

- Dipartimento Area Servizi di Diagnostica strumentale e di Laboratorio;
- Dipartimento Emergenza/Urgenza;
- Dipartimento Farmaceutico;
- Dipartimento delle Dipendenze;
- Dipartimento Amministrativo/Tecnico-logistico;
- Dipartimento Materno-Infantile (Interaziendale con l'A.O.);



1.4 L'Assistenza Ospedaliera

L'azienda opera mediante 7 presidi a gestione diretta (3 Spoke: Castrovillari/Acri, Cetraro/Paola, Rossano/Corigliano e l'Ospedale di Montagna San Giovanni in Fiore), e 11 case di cura convenzionate, oltre ai reparti di post-acuzie di Trebisacce, Praia a Mare (di Lungodegenza) e Mormanno (Riabilitazione intensiva).

I posti letto direttamente gestiti attualmente sono pari a 749 unità, quelli convenzionati sono pari a 650 unità.

STRUTTURA				Posti letto attivi 2014		
Macro	Presidio	cod.	Reparto	Ordinari	DH/DS	totale
TOTALI			Totale posti letto	556	179	735
			Posti letto Lungodegenza-Riab.	80	-	80
			Posti letto Acuti	476	179	655

STRUTTURA				Posti letto attivi 2014		
Macro	Presidio	cod.	Reparto	Ordinari	DH/DS	totale
SPOKE ROSSANO-CORIGLIANO	Corigliano	0901	Chirurgia Generale	17	1	18
	Corigliano	2601	Medicina Generale	20	4	24
	Corigliano	3201	Neurologia	8	2	10
	Corigliano	3601	Ortopedia e Traum.			
	Corigliano	3701	Ostetricia e Ginec.	25	5	30
	Corigliano	3101	Nido	4		4
	Corigliano	3801	Otorinolaringoiatria			
	Corigliano	3901	Pediatria - neonat.	12	3	15
	Corigliano	4001	Psichiatria	8		8
	Corigliano	4301	Urologia	1	1	2
	Corigliano	0201	Multidisciplinare		4	12
	Corigliano	9801			8	
	Rossano	0801	Cardiologia	8	2	10
	Rossano	0901	Chirurgia Generale	17	2	19
	Rossano	2101	Geriatria			
	Rossano	2601	Medicina Generale			
	Rossano	2901	Nefrologia e dialisi	9	1	10
	Rossano	3401	Oculistica		-	-
	Rossano	3601	Ortopedia e Traum.	25	5	30
	Rossano	3701	Ostetricia e Ginec.			
	Rossano	3801	Otorinolaringoiatria			-
	Rossano	3901	Pediatria			
	Rossano	4301	Urologia	-	-	-
	Rossano	4901	Terapia intensiva	4		4
	Rossano	5001	UTIC	6		6
	Rossano	6401	Oncologia	1	9	10
	Rossano	0201	Multidisciplinare		4	12
	Rossano	9801			8	
	Rossano	5601	Riabilitazione int.			-
	Rossano	6001	Lungodegenza	20		20
STRUTTURA				Posti letto attivi 2014		
Macro	Presidio	cod.	Reparto	Ordinari	DH/DS	totale
SPOKE CETRARO-PAOLA	Cetraro	0801	Cardiologia			
	Cetraro	0901	Chirurgia Generale	8	2	10
	Cetraro	2601	Medicina Generale			
	Cetraro	3201	Neurologia	8	2	10
	Cetraro	3401	Oculistica			-
	Cetraro	3701	Ostetricia e Ginec.	12	3	15
	Cetraro	3101	Nido	4		4
	Cetraro	3801	Otorinolaringoiatria			-
	Cetraro	3901	Pediatria - neonat.	12	2	14



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

	Cetraro	4001	Psichiatria	6		6
	Cetraro	4301	Urologia	8	2	10
	Cetraro	4901	Terapia intensiva	6		6
	Cetraro	5001	UTIC			
	Cetraro	0201	Multidisciplinare		2	12
	Cetraro	9801			10	
	Cetraro	6001	Lungodegenza	20		20
	Paola	0801	Cardiologia	8		8
	Paola	0901	Chirurgia Generale	23	2	25
	Paola	2601	Medicina Generale	28	2	30
	Paola	3601	Ortopedia e Traum.	14	4	18
	Paola	5001	UTIC	10		10
	Paola	6401	Oncologia		10	10
	Paola	0201	Multidisciplinare		4	12
	Paola	9801			8	

STRUTTURA				Posti letto attivi 2014		
Macro	Presidio	cod.	Reparto	Ordinari	DH/DS	totale
SPOKE CASTROVILLARI-ACRI	Castrovillari	0801	Cardiologia	9	2	11
	Castrovillari	0901	Chirurgia Generale	19	2	21
	Castrovillari	2601	Medicina Generale	19	2	21
	Castrovillari	3201	Neurologia			-
	Castrovillari	3401	Oculistica			-
	Castrovillari	3601	Ortopedia e Traum.	10	2	12
	Castrovillari	3701	Ostetricia e Ginec.	16	4	20
	Castrovillari	3101	Nido	4		4
	Castrovillari	3801	Otorinolaringoiatria			-
	Castrovillari	3901	Pediatria - neonat.	10	2	12
	Castrovillari	4001	Psichiatria			-
	Castrovillari	4301	Urologia			-
	Castrovillari	4901	Terapia intensiva	2		2
	Castrovillari	5001	UTIC	7		7
	Castrovillari	6401	Oncologia		8	8
	Castrovillari	6801	Pneumologia	10		10
	Castrovillari	7101	Reumatologia			-
	Castrovillari	0201	Multidisciplinare		5	15
	Castrovillari	9801			10	
	Acri	0901	Chirurgia Generale	10		10
	Acri	2601	Medicina Generale	20		20
	Acri	3701	Ostetricia e Ginec.			
	Acri	4001	Psichiatria	8		8
	Acri	0201	Multidisciplinare		8	16
	Acri	9801			8	
	Acri	6001	Lungodegenza			-

STRUTTURA				Posti letto attivi 2014		
Macro	Presidio	cod.	Reparto	Ordinari	DH/DS	totale
Osp. . Montagna	S.G.F.	0901	Chirurgia Generale			
	S.G.F.	2601	Medicina Generale	20	-	20
	S.G.F.	3701	Ostetricia e Ginec.			
	S.G.F.	3901	Pediatria - neonat.			
	S.G.F.	0201	Multidisciplinare		4	8
	S.G.F.	9801			4	
Altro	S.G.F.	6001	Lungodegenza			-
	Praia a m.	6001	Lungodegenza	10		10
	Trebisacce	6001	Lungodegenza	10		10
	Mormanno	2601	Medicina Generale			
	Mormanno	7101	Reumatologia			
	Mormanno	5601	Riabilitazione int. *	30		30
	Mormanno	6001	Lungodegenza *	10		10



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



Le Strutture private accreditate dell'ASP di Cosenza fino alla data del 04/11/2014 erano in totale n°12 e precisamente:

- ✓ Casa di Cura San Francesco;
- ✓ Casa di Cura Villa del Sole;
- ✓ Casa di Cura Sacro Cuore;
- ✓ Casa di Cura Scarnati;
- ✓ Casa di Cura Misasi;
- ✓ Casa di Cura Santa Lucia;
- ✓ Casa di Cura Tricarico-Rosano;
- ✓ Casa di Cura Cascini;
- ✓ Casa di Cura Arena;
- ✓ Casa di Cura San Luca;
- ✓ Casa di Cura La Madonnina;
- ✓ Casa di Cura Madonna della Catena.

Di seguito alla emanazione dei DCA-CA n°89 del 04/11/2014 e DCA-CA 94 del 11/11/2014, autorizzazione al subentro e alla voltura delle autorizzazioni e accreditamenti rispettivamente della Casa di Cura Madonna della Catena e Casa di Cura La Madonnina in favore del nuovo soggetto giuridico Clinica Madonna della Catena, le Strutture private accreditate sono in totale n°11 e precisamente:

- ✓ Casa di Cura San Francesco;
- ✓ Casa di Cura Villa del Sole;
- ✓ Casa di Cura Sacro Cuore;
- ✓ Casa di Cura Scarnati;
- ✓ Casa di Cura Misasi;
- ✓ Casa di Cura Santa Lucia;
- ✓ Casa di Cura Tricarico-Rosano;
- ✓ Casa di Cura Cascini;
- ✓ Casa di Cura Arena;
- ✓ Casa di Cura San Luca;
- ✓ Clinica Madonna della Catena (ex C. di C. La Madonnina ed ex C. di C. Madonna della Catena).

Di seguito si riporta specifica tabella con l'indicazione, per ogni Casa di Cura, dei posti letto e della tipologia di prestazione nonché della tabella riassuntiva con i posti letto Ordinari, i posti letto DH/DS, secondo quanto previsto dalle normative vigenti, quali il DPGR n°1 del 05/01/2011, il DPGR n°26 del 21/03/2012 e il DPGR n°106 del 05/07/2012.

POSTI LETTO STRUTTURE - ASP COSENZA						
Posti letto accreditati DPGR n.1 del 05/01/2011						
CASA DI CURA	P.L. ORDIN.	P.L. in DH/DS	P.L. AUTORIZZATI	P.L. RIABILIT. INTENS.	P.L. in LUNG.	TOTALE
ARENA				30		30
CASCINI	80	8				88
LA MADONNINA	68	9	8			85
MADONNA DELLA CATENA		15		106	13	134
MISASI				29	31	60



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

SACRO CUORE	54	14	3			71
SAN FRANCESCO				60		60
SAN LUCA	24	3				27
SANTA LUCIA	8	9				17
SCARNATI	25	3	4		14	46
TRICARICO-ROSANO	116	12				128
VILLA DEL SOLE	56	8				64
VILLA VERDE				10		10
VILLA DEGLI OLEANDRI				10		10
TOTALI	431	81	15	245	58	830

POSTI LETTO STRUTTURE - ASP COSENZA							
Posti letto dopo riconversione DPGR n.26 del 21/03/2012 e DPGR n. 106 del 05/07/2012							
	CASA DI CURA	P.L. ORDIN.	P.L. in DH/DS	P.L. COD.75	P.L. RIABILIT. INTENS.	P.L. in LUNG.	TOTALE
	ARENA		4		26		30
	CASCINI	50	5			20	75
CLINICA MADONNA DELLA CATENA	LA MADONNINA	30	7		26		63
	MADONNA DELLA CATENA		6	18	44		68
	MISASI		5		40	10	55
	SACRO CUORE	40	4				44
	SAN FRANCESCO		4		56		60
	SAN LUCA		10				10
	SANTA LUCIA		10				10
	SCARNATI	30	3			10	43
	TRICARICO-ROSANO	80	12		26		118
	VILLA DEL SOLE	40	8		26		74
	TOTALI	270	78	18	244	40	650

Con la tabella seguente vengono elencati i decreti di accreditamento delle Case di Cura, distinti per Acuti e Post-Acuti alla data del 31/12/2014:

DECRETI ACCREDITAMENTO - ASP COSENZA			
	CASA DI CURA	ACUTI	POST-ACUTI
	ARENA	DPGR 19 DEL 13/02/2014	
	CASCINI	DPGR 116 DEL 11/07/2012	DPGR 33 DEL 07/03/2013
CLINICA MADONNA DELLA CATENA	LA MADONNINA	DPGR 20 DEL 13/02/2014	
	MADONNA DELLA CATENA	DPGR 117 DEL 11/07/2012	DPGR 84 DEL 17/06/2013
	MISASI	DPGR 140 DEL 16/10/2013	
	SACRO CUORE	DPGR 118 DEL 11/07/2012	
	SAN FRANCESCO	DPGR 90 DEL 19/06/2013	
	SAN LUCA	DPGR 114 DEL 11/07/2012	
	SANTA LUCIA	DPGR 113 DEL 11/07/2012	
	SCARNATI	DPGR 115 DEL 11/07/2012	DPGR 82 DEL 17/06/2013
	TRICARICO-ROSANO	DPGR 119 DEL 11/07/2012	DPGR 7 DEL 29/01/2013
	VILLA DEL SOLE	DPGR 120 DEL 11/07/2012	DPGR 80 DEL 17/06/2013

Infine a seguire si riporta tabella analitica dei posti letto Ordinari e posti letto DH / DS in dotazione alle Case di Cura accreditate, distinti per singola struttura e per singola specialità alla data del 31/12/2014:



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

	CASA DI CURA	POSTI LETTO DH/DS	POSTI LETTO ORDINARI	TOTALE POSTI LETTO DH/DS/ORDI N.
	SAN FRANCESCO - DPGR 106/2012			
	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA E CARDIORESPIRATORIA	4	56	60
	TOTALI	4	56	60
	VILLA DEL SOLE - DPGR 26/2012 - DPGR 106/2012			
	CHIRURGIA GENERALE	2	20	22
	GINECOLOGIA	1	10	11
	UROLOGIA	1	10	11
	RIABILITAZIONE CARDIORESPIRATORIA	4	26	30
	TOTALI	8	66	74
CLINICA MADONNA DELLA CATENA	LA MADONNINA - DPGR 26/2012 - DPGR 106/2012			
	CHIRURGIA GENERALE	3	30	33
	UROLOGIA			
	GINECOLOGIA			
	RIABILITAZIONE	4	26	30
	TOTALI	7	56	63
	MADONNA DELLA CATENA - DPGR 174/2012 - DPGR 20/2014			
	RIABILITAZIONE INTENSIVA COD.56	6	44	50
	RIABILITAZIONE AD ALTA INTENSITA' COD.75		18	18
	TOTALI	6	62	68
	SACRO CUORE - DPGR 26/2012 - DPGR 118/2012			
	OSTETRICA E GINECOLOGIA	4	40	44
	TOTALI	4	40	44
	SCARNATI - DPGR 26/2012 - DPGR 106/2012			
	LUNGODEGENZA		10	10
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	30	33
	TOTALI	3	40	43
	MISASI - DPGR 106/2012			
	RIABILITAZIONE INTENSIVA COD.56	5	40	45
	LUNGODEGENZA		10	10
	TOTALI	5	50	55
	SANTA LUCIA - DPGR 26/2012			
	OCULISTICA	10		10
	TOTALI	10	0	10



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

	CASA DI CURA	POSTI LETTO DH/DS	POSTI LETTO ORDINARI	TOTALE POSTI LETTO DH/DS/ORDI N.
	TRICARICO-ROSANO - DPGR 26/2012 - DPGR 106/2012			
	CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA INTERVENTISTICA	2	20	22
	UTIC		5	5
	CHIRURGIA VASCOLARE		5	5
	CHIRURGIA GENERALE	2	20	22
	MEDICINA GENERALE	3	20	23
	OTORINOLARINGOIATRIA ENDOSCOPIA	1	10	11
	RIABILITAZIONE INTENSIVA COD.56	4	26	30
	TOTALI	12	106	118
	CASCINI - DPGR 26/2012 - DPGR 106/2012			
	CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIA GINECOLOGICA	3	20	23
	UROLOGIA	1	10	11
	ORTOPEDIA	1	20	21
	LUNGODEGENZA		20	20
	TOTALI	5	70	75
	ARENA - DPGR 106/2012			
	RIABILITAZIONE MUSCOLO SCHELETRICA	4	26	30
	TOTALI	4	26	30
	SAN LUCA - DPGR 26/2012			
	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	7		7
	ODONTOSTOMATOLOGIA	3		3
	TOTALI	10	0	10

1.5 L'Assistenza Distrettuale

L'azienda opera mediante 128 strutture a gestione diretta e 144 strutture Accreditate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

<i>Strutture a gestione diretta</i>												
	Attività clinica	diagnostica strumentale	attività di laboratorio	attività di consultorio familiare	assistenza psichiatrica	assistenza per tossicodipendenti	assistenza aids	assistenza agli anziani	assistenza idrotermale	assistenza ai disabili fisici	assistenza ai disabili psichiatrici	assistenza ai malati terminali
ambulatorio laboratorio	48	17	20									
Struttura residenziale										2		1
Struttura semi residenziale												
Altro tipo di Struttura	15	1		10	6	6	2					
	63	18	20	10	6	6	2	0	0	2	0	1

Gli istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78 sono 0, per complessivi 0 posti letto residenziali e 0 posti letto semiresidenziali.

Per le strutture convenzionate:

<i>Strutture Accreditate</i>												
	Attività clinica	diagnostica strumentale	attività di laboratorio	attività di consultorio familiare	assistenza psichiatrica	assistenza per tossicodipendenti	assistenza aids	assistenza agli anziani	assistenza idrotermale	assistenza ai disabili fisici	assistenza ai disabili psichiatrici	assistenza ai malati terminali
ambulatorio laboratorio	15	8	51									
Struttura residenziale					12	6		17		12	1	
Struttura semi residenziale										4		
Altro tipo di Struttura									3			
Medico Singolo	15											
Totale	30	8	51	0	12	6		17	3	16	1	0



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Strutture Accreditate

N.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA	PROVINCIA	CITTA'	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI O PUBBLICI PREVISTI
1	Villa Adelchi	PRIVATA	COSENZA	Longobardi		RSAA01	RSA Anziani	60
2	San Francesco di Paola	PRIVATA	COSENZA	San Nicola Arcella		RSAA031	RSA Anziani	60
3	RSA Caloveto	PRIVATA	COSENZA	Caloveto		RSAA30	RSA Anziani	40
4	Villa Torano	PRIVATA	COSENZA	Torano Castello		RSAA03	RSA Anziani	55
5	Villa Silvia	PRIVATA	COSENZA	Altìlia		RSAA04	RSA Anziani	20
6	La Quiete s.a.s. di Pasquale Autolitano & C.	PRIVATA	COSENZA	Castiglione Cosentino		RSAA05	RSA Anziani	40
7	Villa Bianca	PRIVATA	COSENZA	Aprigliano		RSAA06	RSA Anziani	34
8	Villa S. Stefano	PRIVATA	COSENZA	S. Stefano di Rogliano		RSAA07	RSA Anziani	25
9	San Bartolo s.r.l.	PRIVATA	COSENZA	Mendicino		RSAA08	RSA Anziani	57
10	R.S.A.San Raffaele	PRIVATA	COSENZA	Castiglione Cosentino		RSAA09	RSA Anziani	40
11	Villa Igea s.r.l.	PRIVATA	COSENZA	San Fili		RSAA35	RSA Anziani	20
12	Villa Gioiosa	PRIVATA	COSENZA	Montalto Uffugo		RSAA37	RSA Anziani	30
13	Casa Albergo S. Carlo Borromeo	PRIVATA	COSENZA	Panettieri		RSAA39	RSA Anziani	15
14	RIZZO	PRIVATA	COSENZA	Campana		RSAA02	RSA Anziani	33
15	San Camillo	PRIVATA	COSENZA	Sanginetto	Paola-Cetraro	CPA001	Casa Protetta per anziani	25
16	San Giuseppe	PRIVATA	COSENZA	San Sosti		CPA002	Casa Protetta per anziani	60
17	Casa Serena Santa Maria di Loreto	PRIVATA	COSENZA	Cassano allo Jonio		CPA003	Casa Protetta per anziani	24
18	S.Pio e Madonna dell'Immacolata	PRIVATA	COSENZA	Corigliano C.		CPA004	Casa Protetta per anziani	56
19	Villa Azzurra	PRIVATA	COSENZA	Roseto Capo Spulico		CPA005	Casa Protetta per anziani	86
20	Villa Sorriso s.r.l.	PRIVATA	COSENZA	Montalto Uffugo		CPA006	Casa Protetta per anziani	40
21	Santa Maria	PRIVATA	COSENZA	Bocchigliero		CPA007	Casa Protetta per anziani	25
22	Villa Adelchi	PRIVATA	COSENZA	Longobardi		CPA009	Casa Protetta per anziani	19
23	Villa Florensia	PRIVATA	COSENZA	San Giovanni in Fiore		CPA028	Casa Protetta per anziani	18



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

N.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA	PROVINCIA	CITTA'	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI O PUBBLICI PREVISTI
1	RSA Caloveto	PRIVATA	COSENZA	Caloveto		RSAM03	RSA-M	20
2	R.S.A.San Raffaele	PRIVATA	COSENZA	Castiglione Cosentino		RSAM01	RSA-M	20
3	Villa Gioiosa	PRIVATA	COSENZA	Montalto Uffugo		RSAM05	RSA-M	24

N.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI
1	La Quiete s.a.s.		RSAD01	RSA per Disabili	20
2	Santa Chiara s.r.l.		RSAD04	RSA per Disabili	28
3	Villa Igea s.r.l.		RSAD05	RSA per Disabili	38
4	Sant'Antonio		CPD001	CP per disabili	32
5	Borgo dei Mastri Pad. F.		CPD002	CP per disabili (mentali)	89

N.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI
1	Villa Adelchi	Paola - Cetraro	CRE003	RIAB.ESTENS. C. cont.	12
2	Santa Chiara	Paola - Cetraro	CRE004	RIAB.ESTENS. C. cont.	30
3	Don Milani	Castrovillari	CRE005	RIAB.ESTENS. C. cont.	16
4	Villa Torano	MVC	CRE011	RIAB.ESTENS. C. cont.	40
5	Santa Chiara s.r.l.	S. Giovanni in Fiore	CRE044	RIAB.ESTENS. C. cont.	20
6	Biolife s.r.l.	Cosenza	CRE050	RIAB.ESTENS. C. cont.	30
7	Madonna della Catena s.r.l.	Cosenza	CRE012	RIAB.ESTENS. C. cont.	16
8	Villa S. Pio s.r.l. Unipersonale	Cosenza	CRE045	RIAB.ESTENS. C. cont.	30

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI
Villa Augusta s.a.s.	DISTRETTO N. 2 POLLINO ESARO	SRRP04	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	16
Terra dei Semplici	DISTRETTO N. 3 IONIO SUD	SRRP11	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	10
Il Giardino dei semplici	DISTRETTO N. 3 IONIO SUD	SRRP01	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	10
La Villetta Coop. Sociale Arianna (CHIUSA)	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP02	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	7
Lucia Mannella	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP16	Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	10
Borgo dei Mastri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP20	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	20
Borgo dei Mastri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP21	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	20
Borgo dei Mastri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP22	Residenza Psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale Gruppo di Convivenza	6
Villa degli Oleandri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP23	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	20
Villa degli Oleandri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP24	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	20
Villa Verde s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP25	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	20
Villa Verde s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP26	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	20



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

N.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI O PUBBLICI PREVISTI
1	L'ULIVO		CTD001	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	25
2	REGINA PACIS		CTD004	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	20
3	SAMAN		CTD003	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	30
4	REGINA PACIS		CTD002	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	15
5	IL DELFINO Eden		CTD005	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	22
6	REGINA PACIS		CTD036	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	25

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 8, per complessivi 194 posti letto residenziali e 80 posti semiresidenziali.

CENTRI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA								
n.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	Codice	TIPOLOGIA	Ciclo cont.	Ciclo diur.	Amb. sing.	Amb. grup.	Domic.
1	Centro Polivalente di Riabilitazione A.I.A.S. sez. Cetraro ONLUS	CRE002	Centri di Riabilitazione Estensiva			36		36
2	Villa Adelchi	CRE003	Centri di Riabilitazione Estensiva	12		35		37
3	Santa Chiara	CRE004	Centri di Riabilitazione Estensiva	30		36		
4	Don Milani	CRE005	Centri di Riabilitazione Estensiva	16	20			
5	Riabil Center	CRE049	Centri di Riabilitazione Estensiva			18		
6	A.N.M.I. SISS s.r.l.	CRE006	Centri di Riabilitazione Estensiva			72		
						18		110
7	Centro di Riabilitazione e di FKT delle Terme Sibarite s.p.a	CRE007	Centri di Riabilitazione Estensiva		20	36		
8	Fisiocenter di Emanuele Maduli	CRE048	Centri di Riabilitazione Estensiva			36		
9	Centro di Riabilitazione A.I.A.S.	CRE009	Centri di Riabilitazione Estensiva			78		
10	Clinic Service Center s.r.l.	CRE010	Centri di Riabilitazione Estensiva			60		40
11	Villa Torano	CRE011	Centri di Riabilitazione Estensiva	40				
12	Costruire il Domani Onlus	CRE013	Centri di Riabilitazione Estensiva			36		
13	Centro di Riabilitazione ANMIC	CRE017	Centri di Riabilitazione Estensiva			80		50
14	San Lorenzo A/S s.r.l.	CRE018	Centri di Riabilitazione Estensiva			36		
15	Santa Chiara s.r.l.	CRE044	Centri di Riabilitazione Estensiva	20				
16	Biolife s.r.l.	CRE050	Centri di Riabilitazione Estensiva	30	20	36		
17	ANMI SISS	CRE055	Centri di Riabilitazione Estensiva		20	24		
18	Madonna della Catena S.r.l.	CRE012	Centri di Riabilitazione Estensiva	16				
19	Villa S. Pio	CRE045	Centri di Riabilitazione Estensiva	30		36		36
				194	80	673	0	309

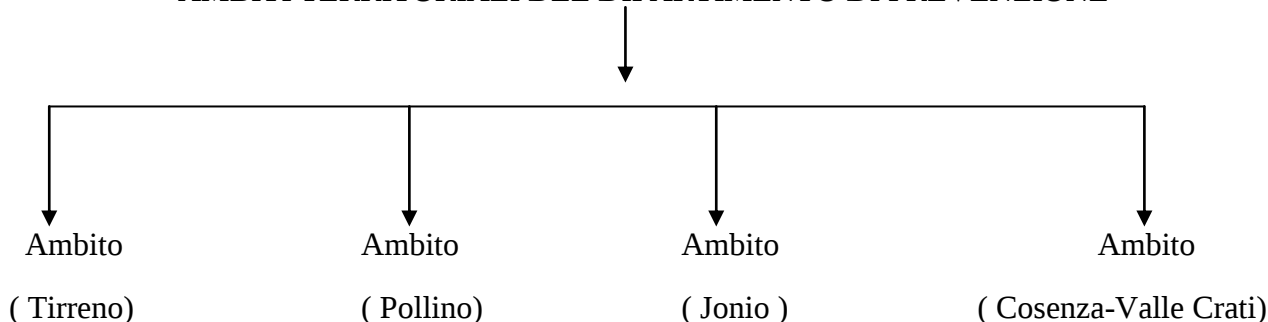
Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 602 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 597.436 unità, e 94 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 75.007 unità.



1.6 L'assistenza Sanitaria Collettiva In Ambiente Di Vita e Di Lavoro

DESCRIZIONE DELLO STATO ORGANIZZATIVO:

AMBITI TERRITORIALI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



Organizzazione dei singoli ambiti per disciplina afferente e definizione dei Centri di Responsabilità e Centri di Costo decentrati:

AMBITO TIRRENO EX A.S. N° 1 PAOLA				
Disciplina	SEDE CENTRALE	Sedi periferiche		
IGIENE PUBBLICA	PAOLA	Amantea,	Cetraro-Diamante	Praia a Mare
IGIENE DEGLI ALIMENTI	AMANTEA	Paola,	Cetraro-Diamante	Praia a Mare
PISAL	PAOLA	Praia a Mare		
MEDICINA DELLO SPORT	PAOLA	Diamante		
MEDICINA LEGALE	PAOLA	Amantea,	Cetraro	Praia a Mare
VETERINARIA AREA A	PAOLA	Amantea	Praia a Mare	
VETERINARIA AREA B	PRAIA A MARE	Amantea		
VETERINARIA AREA C	PAOLA	Amantea	Praia a Mare	

AMBITO POLLINO EX A.S. N° 2 CASTROVILLARI				
Disciplina	SEDE CENTRALE	Sedi Periferiche		
IGIENE PUBBLICA	Castrovillari	S.Marco A.		
PREVENZIONE	Castrovillari			
IGIENE DEGLI ALIMENTI	Castrovillari	S.Marco A.		
PISAL	Castrovillari	S.Marco A.		
SORVEGLIANZA SANITARIA	Castrovillari			
EDUCAZIONE SAN.	Castrovillari			
MEDICINA DELLO SPORT	Castrovillari			
MEDICINA LEGALE	Castrovillari	S.Marco A.		
VETERINARIA AREA A	Castrovillari	S.Marco A.		
VETERINARIA AREA B	Castrovillari	S.Marco A.		
VETERINARIA AREA C	Castrovillari	S.Marco A.		

AMBITO JONIO EX A.S. N° 3 ROSSANO				
Disciplina	SEDE CENTRALE	Sedi Periferiche		
IGIENE PUBBLICA	ROSSANO	Trebisacce- Cassano J	Corigliano	Cariati
IGIENE DEGLI ALIMENTI (SIAN)	ROSSANO	Trebisacce	Corigliano,	Cariati
PISAL	ROSSANO			
MEDICINA LEGALE	ROSSANO	Trebisacce Cassano J	Corigliano	Cariati
VETERINARIA AREA A	ROSSANO	Trebisacce	Corigliano	Cariati
VETERINARIA AREA B	ROSSANO	Trebisacce	Corigliano	Cariati
VETERINARIA AREA C	ROSSANO	Trebisacce	Corigliano	



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

AMBITO COSENZA- VALLE CRATI EX A.S. N° 4 COSENZA .						
Disciplina	SEDE CENTRALE	Sedi Periferiche				
IGIENE E SANITA' P. + centro oftalmologico; centro Audiologico	COSENZA	Rogliano	Rende	Mvc,	-Acri.	S.Giovanni in F.
MEDICINA LEGALE	COSENZA	Rogliano	Rende	Mvc,	-Acri.	S.Giovanni in F.
IGIENE DEGLI ALIMENTI E N. (SIAN)	COSENZA	Rogliano	Rende	Mvc,	-Acri.	S.Giovanni in F.
EPIDEMIOLOGIA E SS	COSENZA					
PROMOZIONE DELLA S.	COSENZA					
MEDICINA DELLO SPORT	COSENZA	Rende				
MEDICINA DEL LAVORO " SORVEGLIANZA S"	COSENZA	Rende	Mvc.			
PISAL	COSENZA	Mvc				
VETERINARIA AREA A	COSENZA	Rogliano	Rende	Mvc,	-Acri.	S.Giovanni in F.
VETERINARIA AREA B	COSENZA	Rogliano	Rende	Mvc,	-Acri.	S.Giovanni in F.
VETERINARIA AREA C	RENDE	Rogliano	Rende	Mvc,	-Acri.	S.Giovanni in F.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Regione Calabria											
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza											
Dipartimento di Prevenzione											
Piano di Accorpamento dei Centri di Vaccinazione											
AMBITO EX A.s. n° 1			AMBITO EX A.S. N° 2			AMBITO EX .S. N° 3			AMBITO EX A.S. N° 4		
CENTRO VACCINALE	PUNTO VACCINALE	PUNTO DISAGIATO	CENTRO VACCINALE	PUNTO VACCINALE	PUNTO DISAGIATO	CENTRO VACCINALE	PUNTO VACCINALE	PUNTO DISAGIATO	CENTRO VACCINALE	PUNTO VACCINALE	PUNTO DISAGIATO
Amantea	Fuscaldò	Verbicaro	Castrovillari	Lungro	Saracena	Trebisacce	Cassano Ionio	Longobucco	Cosenza	S. Giovanni In F.	S. Giacomo D'acri
Paola	Belvedere		San Marco A.	Mormanno	Altomonte	Corigliano C.	Rocca Imperiale		Rogliano	Pedivigliano	S. Pietro In G.
Cetraro	Praia A Mare			Roggiano		Rossano C.	Francavilla M.		Rende	Spezzano Sila	
Scalea				San Sosti			S. Demetrio C.		Montalto	Mendicino	
				Spezzano Alb.			Crosia		Acri	Aprigliano	
							Mandatoriccio			Rende Centro	
							Cariati			Castrolibero	
										Luzzi	
										Bisignano	



2. OBIETTIVI, ATTIVITA', INDICATORI E MISURAZIONE PERFORMANCE

2.1 OBIETTIVI STRATEGICI ANNO 2014

La Direzione strategica aziendale si è dovuta confrontare con l'insufficienza del disegno organizzativo, come:

1. mancanza di una organizzazione chiara e ben definita nell'attribuzione formale delle funzioni dirigenziali sanitarie e tecnico-amministrative;
2. carenze nell'erogazione dell'assistenza;
3. riordino dell'assistenza ospedaliera (da n° 13 stabilimenti ospedalieri a n° 3 Spoke e n°1 ospedale di zona Montana), territoriale e dell'emergenza/urgenza;
4. abbattimento delle liste di attesa per la diagnostica e la specialistica ambulatoriale;
5. contenimento della spesa farmaceutica;
6. carenze nell'assistenza agli anziani ed ai disabili e nell'assistenza domiciliare;
7. appropriatezza delle prestazioni;
8. gestione della carenza e della mobilità del personale;
9. mancanza dello strumento della contabilità analitica nel sistema di programmazione e controllo.
10. Completamento della ricognizione dei beni mobili.

2.1.1 Processo di Budgeting

L'Azienda si pone come obiettivo qualificante l'adozione di un sistema di budget come metodologia e strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative e per il superamento delle criticità riscontrate.

Infatti, come previsto dall'art. 16 L.R. 43/96, il sistema di budget è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio, o a periodi più circoscritti, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, nel rispetto dei LEA fissati dal PSN, con l'obiettivo di correggere le penalizzazioni esistenti in determinati settori di assistenza.

La negoziazione e assegnazione degli obiettivi di attività per l'anno 2014 avverrà tenendo conto dei dati consuntivi di attività di seguito indicati:

- a. Tassi di ospedalizzazione;
- b. Attività ospedaliera (degenza media, tasso di occupazione posti letto, indice operatorio);
- c. Tipologia e numero dei DRG prodotti dalle UU.OO. di degenza sia in regime ordinario che di day hospital e day surgery;
- d. Casistica ambulatoriale e valore economico della produzione per le singole UU.OO.;
- e. Analisi dei tempi di attesa rilevati per le singole attività ambulatoriali;
- f. Andamento della mobilità sanitaria attiva fuori ASL e fuori Regione;
- g. Andamento della mobilità sanitaria passiva fuori ASL e fuori Regione (in base alla disponibilità dei dati da parte della Regione);
- h. Pianificazione della rilevazione per l'analisi dei costi delle prestazioni intermedie (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia);
- i. Andamento della spesa farmaceutica diretta e convenzionata esterna;
- j. Attività svolte dalle strutture distrettuali ;



- k. Attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione;
- l. Attività svolte dal Dipartimento di Salute Mentale;
- m. Attività svolte dalle UU.OO. dell'area Amministrativa e dalle strutture di staff della Direzione Strategica.

Gli obiettivi e le attività previste dal piano di attività saranno trasferite alle strutture organizzative aziendali attraverso il processo di budgeting che attivato in via sperimentale nel corso del 2013, potrà essere implementato nel 2014 anche a livello di alcune UU.OO. Agli indirizzi, azioni e risultati di cui al programma di budgeting sarà orientata la valutazione del personale dirigente nonché la retribuzione di risultato o produttività prevista.

Per il 2014 il processo di budget, sarà attivato per i CDR per cui sia possibile poter disporre della contabilità per CdC, compatibilmente con la disponibilità degli stessi, e con la individuazione dei CDR destinatari di Budget.

A tal proposito gli obiettivi prioritari per il 2014 sono rappresentati da :

- Predisposizione piano annuale di attività;
- Individuazione e superamento criticità nelle varie fasi del sistema di programmazione e controllo;
- Ulteriore implementazione del sistema informativo aziendale e della contabilità direzionale;
- Completamento della definizione dell'assetto organizzativo aziendale articolato nelle U.O. configurabili come centri di responsabilità e di costo, ed attribuzione formale degli incarichi dirigenziali, in base agli atti organizzativi adottati;
- Revisione della Mappa dei Centri di Responsabilità e revisione della mappa dei centri di costo;
- Individuazione delle UU.OO. le cui azioni amministrative dovranno essere sottoposte al controllo di efficacia, efficienza ed economicità (Mappa dei CDR);
- Descrizione per ogni centro di Responsabilità degli obiettivi analitici, declinati dagli obiettivi strategici aziendali pianificati per il 2014, e sulla base delle direttive regionali;
- Individuazione della lista dei prodotti/servizi e dei volumi che si intendono erogare nel periodo di riferimento;
- Individuazione delle risorse impiegate e delle modalità di rilevazione e di ripartizione dei costi tra le varie U.O. aziendali;
- Individuazione degli indicatori di efficacia, efficienza e qualità che l'Azienda intende adottare;
- Piano di budget, linee guida/ regolamento di budget, scheda di budget, avvio processo di budgeting;
- Definizione della frequenza della reportistica da produrre;

2.1.2 Piano di Budget Anno 2014-2016

IL BUDGET DELLE STRUTTURE AZIENDALI: BUDGET DI I° E II° LIVELLO

Per l'anno 2014, ai fini della negoziazione del Budget da parte della Direzione strategica con i C.d.R. dell'A.S.P. di CS, si propone l'individuazione delle seguenti strutture, quali Centri di Responsabilità destinatari di Budget di I° e di II° livello (per ogni macro struttura dovrà essere predisposto un budget analitico per C.d.R.), per come di seguito specificato:

1. Budget Dipartimento Strutturale di Prevenzione:

- Budget di I° livello: Negoziazione con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione;
- Budget di II° livello: Negoziazione con i Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione;



2. Budget Area Territoriale:

- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Nord;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Jonio Sud;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Tirreno
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Pollino/Esaro;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Valle Crati;
- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Distretto Cosenza;
- Budget II° livello: Negoziazione con strutture sotto-ordinate;

3. Budget Area Ospedaliera:

- Budget I° livello: Negoziazione con le Direzioni degli Spoke/Presidi ospedalieri;
- Budget II° livello: Negoziazione con le UU.OO. afferenti ai rispettivi Presidi Ospedalieri;

4. Budget Dipartimento Amministrativo e tecnico-logistico:

- Budget I° livello: negoziazione di obiettivi con i direttori delle U.O.C.;

5. Budget Dipartimenti Strutturale (es. Dip. Sal. Ment.):

- Budget I° livello: Negoziazione con Direzione Dipartimento strutturale (D.S.M.);

Il Budget di II° livello, sarà definito e sviluppato in relazione alla progressiva disponibilità dei dati di costo disaggregati per C.d.C./C.D.R. e gli obiettivi vengono trasferiti dal C.D.R. di I° livello.

La negoziazione del Budget sarà effettuata da un comitato Budget e per obiettivi ritenuti strategici, potranno essere individuate altre modalità di assegnazione di Budget (es. Spesa farmaceutica, protesica ed ausilica).

Il Comitato budget approva inoltre il regolamento e le schede di budget, negozia gli obiettivi specifici con i CDR, sulla base di quelli strategici aziendali riportati nel piano della performance.

I budget per le strutture private sono conseguenti alle determinazioni Regionali.

2.1.3 Obiettivi Strategici Aziendali anno 2014-2016

Ai fini della negoziazione degli obiettivi di budget di I° e II° livello, gli obiettivi indicati dalla Direzione Strategica sono individuati per come di seguito specificato:

- 1) Attuazione dei contenuti dell'atto aziendale entro 60 giorni dalla sua validazione regionale;
- 2) Sviluppo ed attuazione dei processi di riconversione ex DPGR 18/2010: riorganizzazione della rete ospedaliera, di emergenza urgenza e territoriale;
- 3) Raggiungimento dell'equilibrio tra risorse disponibili e risorse consumate;
- 4) Razionalizzazione acquisto beni e servizi;
- 5) Riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti.
- 6) Riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare l'emigrazione sanitaria aziendale.
- 7) Riduzione tendenziale del tasso di ospedalizzazione verso lo standard nazionale di 180 ricoveri ogni 1.000 abitanti.
- 8) Rispetto del tasso standard di utilizzo dei posti letto non inferiore al 75% per i P.L. ordinari.
- 9) Assicurazione della appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate.



- 10) Riduzione delle liste di attesa, anche in relazione a quanto disposto dal DPGR n° 126 del 02/12/2011, recante “Piano Regionale di Governo delle liste d’attesa”, dei tempi di attesa delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare.
- 11) Dismissioni di eventuali immobili di proprietà non più funzionali allo svolgimento delle attività istituzionali.
- 12) Razionalizzazione della spesa.
- 13) Contenimento del tasso di crescita della spesa farmaceutica rispetto ai valori degli anni precedenti (mediante protocolli operativi con i MMG, ecc.) anche mediante l'adozione di prontuario farmaceutico o protocolli diagnostico-terapeutici tra Assistenza distrettuale, MMG, PLS, la distribuzione diretta di farmaci e presidi particolarmente costosi, controllo dell’appropriatezza prescrittiva, prescrizione dei farmaci generici;
- 14) Miglioramento ed ottimizzazione degli attuali livelli assistenziali.
- 15) Incremento integrazione territorio-ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari ed attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria (Day Hospital, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare, Day service, attivazione e messa a regime dei PL delle RSA pubbliche individuate nei CAPT, etc..) mediante la realizzazione dell’ integrazione Ospedale-Territorio”.
- 16) Miglioramento ed ottimizzazione degli indicatori di attività (ambulatoriale, di Day Hospital, di degenza, di ricovero.) con particolare riferimento al Peso medio ed al valore medio del DRG.
- 17) Linee guida/protocolli per l’individuazione dei percorsi diagnostico/terapeutici e riabilitativi (con coinvolgimento anche dei medici di base) anche, tra l’altro, al fine di una migliore allocazione delle risorse.
- 18) Creazione di procedure per favorire l’accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all’utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, anche attraverso la somministrazione di questionari predisposti.
- 19) Rispetto della tempistica dei flussi informativi ed informativi con assolvimento completo e puntuale della compilazione e trasmissione dei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche, nonché tutti i flussi richiesti dall’Ufficio competente.
- 20) Regolarità e puntualità nella trasmissione delle SDO da parte delle UU.OO. all’ufficio competente e controllo secondo il Decreto n° 53/2011.
- 21) Sviluppo e potenziamento dell’organizzazione di tipo dipartimentale.
- 22) Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l’obiettivo di favorire e continuare il processo di umanizzazione delle strutture della A.S.P.
- 23) Favorire lo sviluppo della qualità nell’ambito dell’Azienda Sanitaria Provinciale;
- 24) Rispetto delle prescrizioni e degli adempimenti di cui alla legge n. 190/12 e D.Lgs. n. 33/2013 e 39/2013 secondo modalità, tempi e procedure previste dal piano per la trasparenza e integrità e dal piano di prevenzione della corruzione approvati dall’ASP di Cosenza per il triennio 2014-2016.

La proposta di Budget dei Centri di Responsabilità dovrà tenere presente le indicazioni della Direzione Strategica in merito agli obiettivi generici comunque da perseguire a tutti i livelli e di seguito riportati:

1. Produzione di reports mensili;
2. Razionalizzazione del personale;
3. Razionalizzazione della spesa;
4. Miglioramento performance;
5. Miglioramento accessibilità alle prestazioni ambulatoriali;
6. Ottimizzazione delle attività in regime diurno (D.H./DS/Day service);
7. Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate;
8. Miglioramento qualitativo dei rapporti con l’utenza;
9. Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza;
10. Miglioramento ed ottimizzazione delle comunicazioni intra-aziendali, attraverso l’uso di canali ordinati e precostituiti;



Il comitato Budget e gli incontri di negoziazione con i centri di responsabilità definiranno le azioni, gli ulteriori obiettivi specifici e gli indicatori concordati con i singoli Centri di responsabilità, sulla base degli obiettivi strategici e delle indicazioni della Direzione Strategica.

2.1.4 Obiettivi generali ed indicatori per il Dipartimento di Prevenzione anno 2014

- Riorganizzazione del Dipartimento secondo l'atto aziendale (entro 3 mesi dall'attuazione dei contenuti dell'atto aziendale da parte del D.G.);
 - Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i Servizi dell'area di Igiene nell'anno 2013;
 - Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i servizi delle tre aree Veterinarie nell'anno 2013;
 - Mantenimento attività di vigilanza ed ispezione area medica anno 2013;
 - Mantenimento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2013;
 - Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie;
 - Contenimento dei costi per il 2013 del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2013, e comunque entro quelli previsti nel bilancio corrente;
 - Realizzazione di progetti specifici in relazione agli obiettivi di piano;
- Gli obiettivi analitici ed i relativi indicatori saranno riportati nella scheda specifica del Dip. di Prevenzione.

2.1.5 Obiettivi generali ed indicatori per l' Area Territoriale (LEA Territoriale) anno 2014:

Il budget dei servizi territoriali è stato definito nei seguenti punti:

- Riorganizzazione del livello territoriale secondo l'atto aziendale (entro 3 mesi dall'attuazione dei contenuti dell'atto aziendale da parte del D.G.);
- Sviluppo cronoprogramma triennale per la completa attuazione della riconversione dei CAPT in Casa della salute;
- Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza entro i tempi stabiliti dai relativi piani aziendali (Riorganizzazione PET e C.A.);
- Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati, in ogni Distretto, nell'anno 2013;
- Mantenimento dei costi registrati nel 2013 dai Distretti sanitari e comunque equilibrio di bilancio;
- Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale – Territorio;
- Riorganizzazione presa in carico socio-sanitaria;
- Mantenimento dei costi di specialistica ambulatoriale nei valori registrati nell'anno 2013 e comunque nel limite del tetto di spesa programmato per il 2014, secondo i piani di attività.
- Miglioramento dell'offerta di specialistica ambulatoriale con eventuale razionalizzazione in rapporto alla domanda;
- Riduzione/Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale nel rispetto dello standard nazionale e dei tetti di spesa assegnati;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e appropriatezza prescrittiva;
- Realizzazione di progetti specifici in relazione agli obiettivi di piano;
- Obiettivi analitici ed indicatori specifici saranno riportati nelle schede di budget dei singoli Distretti.

2.1.6 Obiettivi ed indicatori per l'area Ospedaliera (LEA Ospedaliero) anno 2014:

Il budget dell'area ospedaliera, è stato definito nei seguenti punti:

- Riorganizzazione del livello ospedaliero secondo l'atto aziendale (entro 3 mesi dall'attuazione dei



contenuti dell'atto aziendale da parte del D.G.);

- Razionalizzazione della rete ospedaliera, e conclusione del riordino conseguente ad applicazione Decreto 18/2010 e secondo quanto previsto dal Decreto 106/2012 e dall'atto aziendale.
- Sviluppo cronoprogramma triennale per la completa attuazione e sviluppo della riconversione degli ospedali in Spoke;
- Completa attuazione e sviluppo della rete dell'emergenza secondo quanto previsto con Decreto 94/2012.
- Ricollocazione personale risultato in esubero a seguito dei processi di riconversione;
- Ottimizzazione degenza media;
- Ottimizzazione mix ricoveri medici/chirurgici;
- Incremento dei ricoveri propri con recupero di tipologie di DRG in mobilità passiva (su tipologie specifiche);
- Riduzione dei ricoveri inappropriati (di cui ai LEA);
- Ottimizzazione peso medio DRG in ricovero ordinario e D.H.;
- Ottimizzazione rapporto ricavi/costi;
- Linee guida/protocolli diagnostico-terapeutici e regolamentazione di rapporti all'interno del sistema Ospedale- Territorio-Assistenza sanitaria di base;
- Predisposizione piano delle prestazioni erogabili presso ciascuna U.O. e di quelle non erogabili (eventuale proposta di un piano di acquisto delle prestazioni presso strutture private accreditate con la A.S.).
- Monitoraggio eventi sentinella;
- Altri obiettivi correlati:
 - a. < tempi di risposta dei servizi diagnostici (da concordare tra i responsabili dei C.d.R. interessati);
 - b. Ridefinizione processo di programmazione sale operatorie.
 - c. Rispetto dei livelli di attività e raggiungimento dei risultati nel rispetto dei volumi e delle tipologie secondo il piano di attività approvato per l'anno 2014.

Obiettivi analitici ed indicatori specifici saranno riportati nelle schede di budget dei singoli Presidi e C.d.R. assegnatari di budget.

2.1.7 Obiettivi ed indicatori per i Dipartimenti strutturali (D.S.M.) anno 2014:

- Riorganizzazione del Dipartimento secondo l'atto aziendale (entro 3 mesi dall'attuazione dei contenuti dell'atto aziendale da parte del D.G.);
- Predisposizione protocollo operativo (con le principali procedure) e piano di razionalizzazione delle risorse (umane, strutturali, tecnologiche, ecc.) all'interno del Dipartimento, per il I° trimestre 2014;
- Applicazione del protocollo operativo (e relative procedure) e razionalizzazione delle risorse secondo il piano predisposto (II° trimestre 2014);

Adozione concordata, limitatamente all'anno 2014, dei seguenti indicatori:

1. Produzione del protocollo operativo e principali procedure;
2. Produzione piano di razionalizzazione risorse (entro il 30/03/2014);
3. Relazione conclusiva sulla razionalizzazione delle risorse(entro il 30/06/2014).

2.1.8 Obiettivi ed indicatori per il Dipartimento Amministrativo anno 2014:

- Razionalizzazione acquisto beni e servizi: adozione ed applicazione di un regolamento per l'acquisto di beni in economia secondo le linee guida regionali;
- Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i Servizi dell'area Amministrativa nell'anno 2013;
- Predisposizione di procedure e protocolli operativi tra uffici al fine di regolamentare attività che presentino criticità.
- Razionalizzazione delle risorse in relazione al protocollo operativo definito entro il 30/06/2014.



- Rispetto della tempistica e delle modalità di trasmissione previste per i Flussi informativi;
- Rispetto della tempistica prevista dal T.U. nazionale della mobilità sanitaria;

2.1.9 Altri Obiettivi di Miglioramento e Sviluppo Organizzativo 2014-2016

- Valutazione e Sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di massima appropriatezza, per le attività di ricovero, assistenza specialistica ambulatoriale e residenziale e semiresidenziale, delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per un utilizzo ottimale delle correlate risorse umane e strumentali.
- Garanzia dei livelli essenziali di assistenza per come definiti dal DPCM sui LEA e dai provvedimenti attuativi regionali
- Aggiornamento e processo di riqualificazione professionale del personale attraverso specifici precorsi formativi (applicazione piano di formazione e di educazione continua in medicina - ECM)
- Corretta gestione dei flussi informativi conforme ai tempi e contenuti previste dalle vigenti disposizioni nazionali e regionali
- Adeguamento dell'organico in relazione alla tipologia, ai volumi di prestazioni ed agli standard qualitativi da garantire compatibilmente con l'approvazione dell'atto aziendale e della dotazione organica da parte della Regione.
- Contenimento, monitoraggio e verifica della spesa del personale (patto per la salute)
- Obbligo del raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio
- Monitoraggio della spesa per come previsto dal nuovo sistema informativo sanitario
- Completamento della implementazione della contabilità analitica per centri di costo ai fini dell'analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati
- Implementazione della contabilità direzionale e del processo di budgeting
- Monitoraggio di eventi sentinella: nel corso del 2014 saranno monitorati costantemente gli eventi di cui alla circolare ministeriale n° 1628 DGPROG3/P del 23/01/2007 e s.m.i. al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria prestata ai pazienti, tramite l'analisi delle informazioni relative ai processi assistenziali erogati e la successiva elaborazione e diffusione delle raccomandazioni alle strutture sanitarie per impedire il ripetersi di fatti analoghi.
- Razionalizzazione della libera professione intramoenia secondo i dettami e le disposizioni nazionali e regionali, nel rispetto del rapporto dei volumi di attività per la specialistica ambulatoriale e ampliamento dell'offerta per le certificazioni all'utenza.

2.1.10 Obiettivi Aziendali Interdipartimentali 2014-2016

Il piano delle attività interdipartimentali dovrà riguardare prioritariamente le seguenti integrazioni:

- Le attività di Medicina - lungodegenza e riabilitazione, con le cure primarie (Hospice, Assistenza specialistica), la tutela anziani e disabili, per la verifica e valutazione dei percorsi assistenziali di numerose patologie croniche che possono trovare adeguata risposta sul territorio.
- Il Dipartimento di Salute Mentale con le strutture territoriali del servizio cure primarie, tutela famiglie, donne ed infanzia, nell'ambito della prevenzione di numerose condizioni relative al disagio giovanile, e coordinamento delle attività rivolte alle persone con problemi di salute mentale.
- Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza con il dipartimento di Prevenzione ed il servizio cure primarie per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria della Cardiopatia Ischemica, dello stroke, e delle fratture di femore.
- Il Dipartimento di Prevenzione con il Dipartimento di Chirurgia per la individuazione di percorsi finalizzati alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce di alcune patologie tumorali.
- Il Dipartimento Materno infantile con le strutture territoriali (consultori materno infantile e pediatri di libera scelta) e con l'A.O. per la tutela del percorso nascita.
- Il Dipartimento Amministrativo, in particolare la Direzione Amministrativa del PUO, con gli operatori



sanitari ospedalieri al fine di garantire nei processi clinico/assistenziali l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza organizzativa e gestionale.

Le integrazioni dovranno favorire lo sviluppo e l'implementazione di procedure diagnostico-terapeutiche condivise.

Gli obiettivi di medio termine (triennali), indicati nelle linee programmatiche dell'ASP per il triennio 2014-2016 e definite sulla base di provvedimenti ed atti di indirizzo Regionali, nonché gli obiettivi strategici aziendali, indicati nel piano delle attività e piano delle performance per l'anno 2014, e concretizzate con le opportune schede di budget hanno evidenziato forti criticità sui contenuti dei report che questa Azienda era in condizione di produrre.

A seguito di ciò l'Azienda ha intrapreso le azioni correttive per superare le predette criticità al fine di produrre report sempre più attendibili e comunque validi allo scopo e per l'anno 2015.

Pertanto le macrostrutture, le strutture complesse dell'ASP, hanno avuto anche per il 2014 come obiettivo fondamentale il potenziamento delle attività assistenziali, il perseguimento di una maggiore efficienza dei servizi, il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e dei risultati già conseguiti nell'anno precedente così come definiti nel Piano delle attività.

Gli obiettivi strategici sopra descritti per l'anno 2014 possono ritenersi nel complesso raggiunti con risultati positivi; infatti, in base all'evidenza documentale, ai fini delle performance quasi tutti gli obiettivi strategici aziendali programmati nel piano di attività anno 2014, possono ritenersi raggiunti per l'82%.



2.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il livello comprende le attività di Pronto soccorso, la degenza ordinaria, il Day Hospital, il Day surgery, gli interventi ospedalieri a domicilio, la riabilitazione, la lungodegenza, la raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, le attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti, attività di trapianto di organi e tessuti.

2.2.1 Prestazioni e Obiettivi Generali:

Le prestazioni e le attività che il Livello Assistenza Ospedaliera dovrà erogare sono quelle ricomprese nel LEA Assistenza Ospedaliera ed indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di Pronto soccorso, degenza ordinaria day hospital, day surgery, interventi ospedalieri a domicilio, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali, attività di prelievo, conservazione e distribuzione dei tessuti, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni

2.2.2 Appropriata nelle Attività Ospedaliere

Costituisce obiettivo aziendale anche per il 2014 l'individuazione, da parte dei responsabili di Presidio e dei Responsabili delle UU.OO. cui afferiscono i sub livelli, di quelle attività per le quali è documentata la scarsa utilità, di quelle prestazioni svolte per le quali è documentata l'efficacia, di quelle programmabili con diversa tipologia di erogazione (ad. Es. ricovero Dh anziché Ordinario, Prestazione ambulatoriale anziché ricovero DH od ordinario, Day service anziché D.H., ecc.), ai fini della individuazione di soluzioni atte a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane nell'ambito dei Presidi ospedalieri, limitare il fenomeno della erogazione di prestazioni inappropriate e di comportamenti opportunistici da parte degli erogatori pubblici e/o privati.

La verifica sulla appropriatezza delle prestazioni sarà effettuata dai Direttori degli Spoke, in qualità di coordinatori dei Nuclei Operativi Controllo Interno, di concerto con i responsabili delle UU.OO. afferenti al Presidio stesso; i NOCI trimestralmente dovranno relazionare in merito alla struttura aziendale di coordinamento che a sua volta relaziona e trasmette gli indicatori alla Regione.

2.2.3 Obiettivi Specifici Piano Di Attività Anno 2014

Per i fini attuativi dei piani di attività, realizzabili nell'arco di durata di vigenza del Piano Regionale per la Salute, sono stati individuati dei fattori di criticità che impongono una azione prioritaria per l'anno 2014. La loro completa rimozione rappresenta una condizione prioritaria ed indispensabile per l'attuazione degli obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Un utile strumento in tal senso è senza alcun dubbio rappresentato dall'adozione ed attuazione del programma budgeting all'interno del quale fare rientrare i piani di attività annuali.

Di conseguenza, il Presidio ospedaliero e ciascun servizio/U.O. ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001, dovrà perseguire gli obiettivi specifici qualificanti individuati per l'anno 2014 su cui si articolerà il processo di Budgeting e di seguito indicati:

Obiettivi	Azioni
1. Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto al 75%	Controlli sulla appropriatezza dei ricoveri, Rimodulazione della distribuzione dei posti letto disponibili in funzione all'effettivo utilizzo degli stessi ed in relazione alla domanda. Rimodulazione dei posti letto in funzione dell'atto aziendale e del decreto 106, compatibilmente con le risorse umane ed economiche disponibili.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

2. Appropriatelyzza e qualità delle prestazioni erogate	Attività di controllo sulla attività ospedaliera degli erogatori pubblici e privati secondo le linee guida regionali. Sviluppo di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici tra il sistema ospedale, il Distretto ed i MMG e PLS. Implementazione dei controlli secondo il decreto 53/2011, sia sul pubblico che sul privato accreditato. Attivazione della U.O. percorsi diagnostico-terapeutici-Appr. Clinica.
3. Potenziamento delle attività di Day Hospital e day surgery (almeno il 20% dei Posti letto)	Riduzione mediante i controlli dei casi di inappropriatezza di trattamento in regime ordinario. Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio e realizzazione Progetto Ospedale-territorio. Realizzazione della presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali e dei MMG e PLS. Potenziamento e implementazione delle prestazioni erogate in Day service.
4. Miglioramento del Peso medio e del valore medio del DRG sia in regime ordinario che di Day Hospital.	Riduzione dei casi di ricovero inappropriati. Migliorare la codifica delle SDO, rapportandole alle reali tipologie trattate, ed eliminando fenomeni di utilizzo di codifica aspecifica, mediante l'individuazione di codici specifici del caso. Potenziamento del Servizio di rianimazione e terapia intensiva presso gli Spoke con miglioramento performance 2014.
5. Miglioramento del mix ricoveri medici-chirurgici-raggiungimento indice ottimale di interventi chirurgici pari al 70% nei reparti chirurgici (obiettivo finale 80-90%).	Riduzione dei ricoveri inappropriati e riduzione della degenza media preoperatoria . Miglioramento dei tempi di risposta dei servizi diagnostici di laboratorio e per immagini. Razionalizzazione dei posti letto chirurgici anche con l'utilizzo dei posti letto multidisciplinari.
6. Individuazione corretta e completa dei ricoveri a stranieri temporaneamente presenti, di residenti all'estero, per il recupero degli importi di competenza.	Corretta compilazione delle SDO (residenza dell'assistito, Codice STP,) e rispetto della tempistica nella chiusura delle SDO da parte delle UU.OO.,
7. Debito informativo	Rispetto puntuale dei tempi di consegna dei flussi richiesti dagli uffici aziendali preposti, dalla Regione e dal ministero.
8. Controllo appropriatezza delle prestazioni erogate nella A.S.P.	Relazione trimestrale alla struttura aziendale di controllo e monitoraggio di cui al decreto n° 53/2011 da parte dei NOCI.
9. Razionalizzazione utilizzo risorse umane afferenti al servizio.	Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Riordino del personale con assegnazione in relazione alle esigenze ed ai volumi di attività, procedendo all'accorpamento di U.O. per come previsto nel decreto 106/2012 e nell'atto aziendale. Relazione semestrale al controllo strategico.
Farmaceutica Ospedaliera	attivazione di iniziative utili al mantenimento della spesa farmaceutica ospedaliera entro il valore determinato per legge.
Tasso di ospedalizzazione	ridurlo verso lo standard nazionale di 180 per mille escluso neonato sano
10. Relazione annuale	Produzione relazione annuale al D.S., ed alla U.O. Programmazione e Controllo.



2.2.4 Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Pubblica

In linea con quanto stabilito dal Decreto 18 del 22/10/2010 relativo all'istituzione delle tre reti assistenziali questa ASP è passata alla fase operativa mirata al cambiamento ed alla riqualificazione dell'offerta sanitaria Ospedaliera nella ASP.

Infatti, in continuazione con quanto già effettuato nel corso dell'anno 2012, e 2013 si è proceduto al completamento e realizzazione di un piano di riorganizzazione e sviluppo per ognuno degli ospedali Pubblici, integrandolo con la rimodulazione delle strutture private accreditate; A tal fine, l'ASP Cosenza con delibera 2626 del 30/09/2011 e successivamente con delibera n°2280 del 26/07/2012 e s.m.i. ha adottato l'atto Aziendale in cui è stata definita la futura organizzazione prevedendo, per l'ASP di Cosenza quale parte integrante della rete ospedaliera, tre Spoke (Castrovillari-Acri, Cetraro-Paola, Rossano-Corigliano), un Ospedale di montagna (San Giovanni in Fiore), e ridisegnando la rete dell'Emergenza/ Urgenza. Contestualmente si è proceduto a definire il processo operativo di riconversione di ogni singola struttura indicata nel suddetto Decreto (prima fase entro il 31/3/11 per S. Marco Argentano e seconda fase entro il 31/3/12 per S. Giovanni in Fiore, Acri, Mormanno, Trebisacce, Cariati, Praia a Mare, Lungro).

È importante sottolineare che il Piano di riorganizzazione comporta una riduzione significativa delle strutture semplici e complesse per l'area ospedaliera; infatti le strutture Complesse sono ridotte di oltre il 50% mentre le strutture semplici del 30%, con notevole risparmio di risorse economiche.

In sintesi l'area ospedaliera è organizzata nel modo seguente:

1. Tre Ospedali Spoke: ROSSANO-CORIGLIANO, CASTROVILLARI-ACRI, CETRARO-PAOLA;
2. Un Ospedale di zona Montana: Ospedale di San Giovanni in Fiore;
3. Un Ospedale ad indirizzo Riabilitativo: Ospedale di Mormanno;
4. Cinque Ospedali convertiti in Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT) e/o Casa della Salute:
 - CAPT di San Marco Argentano;
 - CAPT di Cariati;
 - CAPT di Lungro;
 - CAPT di Praia a Mare con Lungodegenza (cod. 60);
 - CAPT di Trebisacce con Lungodegenza (cod.60);

a) Posti letto

La dotazione di posti letto per struttura deriva dall'applicazione di posti letto normalizzati riportati nel piano di rientro, a partire dal Decreto 18/2010 e dal successivo decreto 106/2011, che assegna alle strutture i relativi posti letto per singola specialità;

I posti letto per acuti sono stati ad oggi ridotti da 1231 a 805 del piano di riorganizzazione.

Attualmente 6 ospedali sono stati riconvertiti in CAPT ed i posti letto per acuti sono stati progressivamente riconvertiti in lungodegenza e riabilitazione. L'ASP conta di rendere operativi nel 2014 tutti i posti letto previsti negli Spoke, per un totale di 805, oltre quelli di riabilitazione e Lungodegenza, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche per gli interventi strutturali e tecnologici, e con le risorse umane, che in alcune figure sono carenti in tutta la ASP di Cosenza.

Negli Spoke è in fase di completamento l'attivazione delle strutture secondo quanto previsto nel Decreto 106/2012 e nell'atto aziendale. Restano da potenziare le UU.OO. di pediatria con la neonatologia nei tre Spoke, neurologia in alcuni Spoke, l'ortopedia in tutti gli Spoke, le Unità operative con un forte incremento dei posti letto, per i quali è necessaria nel corso del 2014 l'approvazione dell'atto aziendale, ma soprattutto la disponibilità di risorse. A tal proposito l'ASP ha richiesto, in deroga al blocco del turnover, l'autorizzazione



all'assunzione di diverse figure varie qualifiche, ad oggi carenti ed indispensabili per adeguare al minimo dei requisiti le strutture interessate.

b) Rete della emergenza

La rete della emergenza è costituita dai tre Spoke della ASP a cui afferiscono i pronto soccorso degli ospedali di Montagna ed i PPI dei CAPT, nonché le PET.

La riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza ha tenuto conto necessariamente del piano di attivazione dello STEN e STAM (sistema di trasporto in emergenza neonatale e di assistenza materna) secondo quanto previsto dagli obiettivi di PSN. La riorganizzazione della rete dell'emergenza, con conseguente razionalizzazione della C.A., sarà completata nel corso del 2014, secondo il piano redatto in conformità a quanto disposto con il DPGR. N° 94/2012, anche con l'attivazione della centrale unica di ascolto, su cui far convergere tutte le chiamate relative al servizio di C.A. È stata istituita inoltre una task-force per la rete dell'emergenza-urgenza, e un commissione finalizzata all'accreditamento delle strutture sanitarie ai sensi della L.R.24/2008 e della DGR 537/2010.

c) Le fasi della riorganizzazione e della riconversione

Di seguito si riportano i volumi complessivi ed il valore della produzione anno 2012 presa a riferimento per la definizione dei piani di attività per l'anno 2014. Oltre ai dati delle attività di ricovero, si riportano anche i dati relativi alle prestazioni di ricovero che sono state trasferite nel setting appropriato, con il relativo valore economico.

Gli effetti della riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera secondo l'ex DPGR 18/10 e 106/12, si devono concentrare nel 2014 sulla rete delle postacuzie al fine di poter ridurre i ricoveri impropri in degenze per acuti e ridurre le giornate di degenza inappropriate in reparti per acuti dopo la stabilizzazione della fase acuta di malattia; i tempi di degenza per acuti possono essere contenuti anche mediante una precoce valutazione multidimensionale dei reali bisogni di salute.

La rete postacuzie dovrà dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dei pazienti con alta complessità, in particolare di quelli fragili con possibilità di indirizzare gli stessi verso setting diversi sia in termini di organizzazione che di costi di risorse.

I sistemi di controllo devono essere intensificati per evitare l'invio nei reparti di postacuzie di malati non clinicamente stabili o affetti da comorbidità di rilievo così come di pazienti che potrebbero essere inviati in strutture socio assistenziali con valenza sanitaria, di pazienti senza rete assistenziale o con protocolli operativi approssimativi e talvolta non corrispondenti alle reali necessità medico riabilitative.

La riorganizzazione in atto deve quindi prevedere l'esigenza di fornire, alla persona con disabilità già ricoverata in acuzie, la proposta di un percorso unico integrato nei vari setting terapeutici della rete di postacuzie mediante la presa in carico del paziente all'interno di uno specifico progetto che applica i concetti di appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

In considerazione di quanto sopra descritto l'ASP ha già istituito nel corso del 2013 diverse Unità di Valutazione Multidisciplinari distrettuali con il compito di procedere alle valutazioni e conseguenti autorizzazioni in relazione ai casi specifici.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2014 e 2013

Produzione Attività di ricovero 2014 Strutture Pubbliche

Per ciò che riguarda la produzione realizzata nei Presidi Ospedalieri dell'ASP nella tabella che segue si evidenziano il numero delle SDO per ricoveri ordinari e di DH elaborate nell'ultimo triennio, a consuntivo e con i relativi scostamenti tra il 2014 ed il 2013.

	anno 2012			anno 2013			anno 2014			diff. Anno 2014/2013
Presidio	Ordinari	DH	Totale SDO	Ordinari	DH	Totale SDO	Ordinari	DH	Totale SDO	totale SDO
Cetraro	4.229	1.784	6.013	3.678	2.083	5.761	3.649	2.075	5.724	-37
Paola	3.284	1.486	4.770	3.567	1.320	4.887	3.109	1.433	4.542	-345
Castrovillari	4.972	2.698	7.670	5.013	2.049	7.062	4.585	1.507	6.092	-970
Rossano	4.629	1.408	6.037	4.132	927	5.059	3.230	860	4.090	-969
Corigliano	5.976	1.576	7.552	6.209	883	7.092	6.508	1.013	7.521	429
Trebisacce **	344	28	372	177	-	177	268	28	296	119
Cariati **	244	17	261	-	-	-	-	-	-	-
Mormanno ***	483	130	613	-	-	-	-	-	-	-
Lungro **	120	-	120	-	-	-	-	-	-	-
Praia a mare **	278	548	826	-	-	-	-	-	-	-
Acri	1.447	639	2.086	872	371	1.243	964	372	1.336	93
S. Giovanni F.	794	688	1.482	615	692	1.307	569	228	797	-510
San Marco A. *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	26.800	11.002	37.802	24.263	8.325	32.588	22.282	7.516	30.398	-2.190
* chiuso nel 2011										
** fino al 31 marzo 2012										
*** fino al 26 ottobre 2012										



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento del tasso di utilizzo per presidio nell'ultimo biennio, a consuntivo e con i relativi scostamenti tra il 2014 ed il 2013.

Struttura	Tasso Utilizzo			
	2012	2013	2014	2014/2013
Rossano	69,47	71,32	67,48	-3,84
Corigliano	87,91	88,62	97,06	8,44
Castrovillari	81	91,91	81,36	-10,55
Cetraro	66,53	71,59	76,22	4,63
Paola	92,96	89,59	85,33	-4,26
Totale Spoke	79,57	82,61	81,49	-1,12
Acri	-135,93	82,44	82,48	0,04
S. Giov. F.	88,21	90,34	92,18	1,84
Totale con osp. Mont	88,86	83,69	87,33	3,64

Di seguito si riporta la tabella riassuntiva relativa all'andamento dei principali indicatori di attività ospedaliera, distinta per presidio e relativi all'ultimo biennio, a consuntivo e con i relativi scostamenti tra il 2014 ed il 2013.

Struttura	Degenza Media				% casi Chirurgici				Peso Medio Relativo			
	2012	2013	2014	2014/2013	2012	2013	2014	2014/2013	2012	2013	2014	2014/2013
Rossano	7,20	7,31	7,28	- 0,03	22,11	28,80	35,80	7,00	0,88	1,08	1,10	0,02
Corigliano	5,35	4,95	5,48	0,53	25,94	21,63	19,42	- 2,21	0,67	0,61	0,63	0,02
Castrovillari	6,68	7,16	6,89	- 0,27	18,77	19,95	21,19	1,24	0,91	0,93	0,94	0,01
Cetraro	6,05	5,90	6,52	0,62	19,01	24,25	24,30	0,05	0,78	0,74	0,78	0,04
Paola	7,67	7,70	8,82	1,12	31,43	28,40	34,72	6,32	1,06	1,03	1,20	0,17
Totale Spoke	6,59	6,60	7,00	0,40	23,45	24,61	27,09	2,48	0,86	0,88	0,93	0,05
Acri	8,94	9,28	9,45	0,17			7,22	7,22	0,96	0,98	0,89	- 0,09
S. Giov. F.	8,95	10,72	11,83	1,11			0,35	0,35	0,89	0,95	0,94	- 0,01
Totale con osp. Montagna	7,26	7,57	10,64	3,07			3,79	3,79	0,88	0,90	0,92	0,02



Produzione Attività di ricovero 2014 Strutture Private

Di seguito si espone tabella (tab.A + tab.B) riassuntiva dei **ricoveri in Acuti e Post-Acuti** dalle Strutture private accreditate negli anni 2011, 2012, 2013 e **2014**:

CASE DI CURA (tab.A)	RICOVERI 2011	RICOVERI 2012	RICOVERI 2013	RICOVERI 2014
Santa Lucia	437	476	399	378
Villa del Sole	1.717	1.453	1.010	1.453
*La Madonnina	2.377	1.419	1.372	1.316
Sacro Cuore	2.425	3.115	3.063	3.136
Scarnati	1.375	947	873	843
Cascini	3.249	3.388	3.234	2.962
San Luca	1.598	1.495	1.303	1.281
Tricarico-Rosano	8.704	9.038	8.486	7.020
SUB Totali Acuti	21.882	21.331	19.740	18.389
Scarnati Lungodegenza	162	153	120	117
Villa del Sole Riabilitazione			55	291
*La Madonnina Riabilitazione			12	174
Cascini Lungodegenza			216	192
Tricarico-Rosano Riabilitazione			21	268
*Madonna della Catena Riabilitazione	637	435	524	345
*Madonna della Catena Lungodegenza	140	186	63	
*Madonna della Catena Cod. 75 Cerebro			1	156
Misasi Riabilitazione	269	254	269	343
Misasi Lungodegenza	388	399	194	107
S. Francesco	697	672	605	653
Arena	274	245	241	241
Villa degli Oleandri	111	162	97	
Villa Verde	112	185	12	
SUB Totali per non acuti	2.790	2.691	2.430	2.887
SUB Totali GENERALE	24.672	24.022	22.170	21.276

* N.B.: Di seguito alla emanazione dei DCA-CA n°89 del 04/11/2014 e DCA-CA 94 del 11/11/2014, autorizzazione al subentro e alla voltura delle autorizzazioni e accreditamenti rispettivamente della Casa di Cura Madonna della Catena e Casa di Cura La Madonnina in favore del nuovo soggetto giuridico Clinica Madonna della Catena

CLINICA MADONNA DELLA CATENA (tab.B)	RICOVERI 2011	RICOVERI 2012	RICOVERI 2013	RICOVERI 2014
EX La Madonnina Acuti				134
EX La Madonnina Riabilitazione				30
EX Madonna della Catena Riabilitazione				72
EX Madonna della Catena Lungodegenza				
EX Madonna della Catena Cod. 75 Cerebro				43

Pertanto, visto quanto precede, si riportano i totali definitivi di cui alle Tab. A e Tab. B dei **ricoveri in Acuti e Post-Acuti** relativamente all'anno 2014:

TOTALI RICOVERI ANNO 2014 (tab.A+tab.B)

Totali Acuti	18.523
Totali per non acuti	3.032
Totale GENERALE	21.555



Obiettivi di Attività dell'esercizio 2014 e confronto con il livello programmato

Nell'anno 2014 sono stati perseguiti gli Obiettivi di attività individuati nel piano delle attività per l'anno 2014, e sono stati raggiunti i seguenti risultati per l'area Ospedaliera (LEA Ospedaliero):

- Riorganizzazione del livello ospedaliero secondo l'atto di riorganizzazione aziendale, nei limiti delle risorse umane e strumentali disponibili, e nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale dal livello regionale. L'attivazione e/o il potenziamento di alcune UU.OO. è strettamente dipendente dallo sblocco del turnover da parte del livello regionale, più volte richiesto da questa ASP e non ancora autorizzato.
- Razionalizzazione della rete ospedaliera, e riordino conseguente ad applicazione Decreto 18/2010 e secondo quanto previsto dal Decreto 106/2011 e 106/2012.
- Sviluppo cronoprogramma triennale per la completa attuazione e sviluppo della riconversione degli ospedali in Spoke;
- Sviluppo ed attuazione della rete dell'emergenza secondo quanto previsto con Decreto 94/2012.
- Ricollocazione personale risultato in esubero a seguito dei processi di riconversione;
- Ottimizzazione degenza media;
- Ottimizzazione mix ricoveri medici/chirurgici;
- Riduzione dei ricoveri inappropriati (di cui ai LEA);
- Ottimizzazione peso medio DRG in ricovero ordinario;
- Ottimizzazione rapporto ricavi/costi;
- Linee guida/protocolli diagnostico-terapeutici e regolamentazione di rapporti all'interno del sistema Ospedale- Territorio-Assistenza sanitaria di base;
- Monitoraggio eventi sentinella;

Per quanto riguarda le attività in programma per l'anno 2014, occorre precisare che molte di esse sono state la logica conseguenza di azioni già avviate nell'anno 2013, mentre altre attività sono state mirate alla corretta implementazione delle tre reti assistenziali di cui al Decreto n°18/2010, Ospedaliera, Territoriale ed Emergenza-Urgenza.

Infatti, in attuazione del Decreto 18/2010, si è proceduto alla definizione organizzativa dell'area ospedaliera con gli Ospedali Spoke, l'ospedale di Montagna, il completamento della riconversione in CAPT di alcuni Presidi, l'attivazione delle lungodegenze di Trebisacce e Praia a Mare, e la riorganizzazione delle attività distrettuali, con implementazione dei Nuclei delle Cure primarie.

L'obiettivo finale è stato quello di ridurre il ricorso alla ospedalizzazione, tutt'ora elevato nella nostra regione, a favore di altre modalità assistenziali appropriate, altrettanto efficaci e meno onerose.

In funzione di ciò, ai fini delle performance, gli obiettivi di attività perseguiti nel corso della gestione anno 2014, possono ritenersi raggiunti per il livello Ospedaliero, sia rispetto ai livelli programmati che rispetto alle attività consuntivate dell'anno precedente, a cui può essere riferito il confronto delle attività dell'esercizio in esame. Gli obiettivi possono ritenersi, pertanto, raggiunti per l'81%



2.3 ASSISTENZA TERRITORIALE

Il D.Lgs. n. 229/99 caratterizza le funzioni strategiche del Distretto con riferimento all'analisi della domanda, al governo dell'offerta, al coordinamento e alla gestione delle risorse, alla verifica dei risultati di salute.

2.3.1 Gli Obiettivi Strategici Per L'assistenza Distrettuale

I tre principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio al fine di garantire l'assistenza distrettuale sono:

- Passare dai bisogni alle strategie di salute;
- Consentire l'integrazione sociosanitaria;
- Rimodulare l'organizzazione del Distretto;

2.3.2 Prestazioni e Obiettivi Generali:

Le prestazioni e le attività che il Livello Distrettuale dovrà erogare sono quelle ricomprese nel LEA Assistenza distrettuale ed indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. ovvero nei provvedimenti regionali attuativi ivi previsti; nello stesso sono indicate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola, nonché la ricognizione della normativa nazionale vigente in materia di assistenza sanitaria di base, attività di emergenza sanitaria, Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali, Assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza protesica, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale, assistenza termale, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni. Ivi sono indicate altresì le articolazioni in sottolivelli adottate. L'erogazione delle prestazioni del livello territoriale occorre tenere presente i vincoli del piano di rientro di cui alla delibera n°845/2009 e s.m.i.

2.3.3 Appropriatazza nelle Attività Distrettuali

Costituisce obiettivo aziendale per il 2014 l'individuazione, da parte dei Direttori di Distretto e dei Responsabili dei servizi cui afferiscono i sub livelli, di quelle attività per le quali è documentata la inappropriatazza, di quelle prestazioni svolte per le quali è documentata l'efficacia, e di quelle programmabili od accentrabili a livello distrettuale, ai fini della individuazione di soluzioni atte a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane nell'ambito del Distretto e limitare i comportamenti opportunistici da parte degli erogatori pubblici e privati, nonché l'erogazione di prestazioni inappropriate.

La verifica sulla appropriatazza delle prestazioni sarà effettuata dai Direttori di Distretto, attraverso i responsabili dei servizi afferenti al Distretto stesso ed allo scopo individuati, che trimestralmente dovranno relazionare in merito ai Responsabili del controllo strategico aziendale (Direttore Sanitario, P.e.C. e D.G.).

2.3.4 Obiettivi Specifici Piano di Attività Anno 2014

Per i fini attuativi dei piani di attività sono stati individuati dei fattori di criticità che impongono una azione prioritaria per l'anno 2014. La loro completa rimozione rappresenta una condizione prioritaria ed indispensabile per l'attuazione degli obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Un utile strumento in tal senso è senza alcun dubbio rappresentato dall'adozione ed attuazione del programma budgeting all'interno del quale fare rientrare i piani di attività annuali.

Di conseguenza, il Distretto sanitario e ciascun servizio ad esso afferente, in aggiunta agli obiettivi generali di cui al DPCM 29/11/2001 e s.m.i., dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2014, tenuto conto delle linee di indirizzo regionali, dei vincoli del piano di rientro, su cui si articolerà il processo di Budgeting, e di seguito elencati:



Obiettivi:	Azioni
1. Abbattere le liste di attesa per alcune branche specialistiche (delle prestazioni in genere e di quelle diagnostico-strumentali in particolare).	Piano triennale per l'abbattimento delle liste di attesa (Del. 1429 del 14/05/2012); Utilizzo delle attrezzature in una ottica dipartimentale; Incremento delle attività di diagnostica per immagini. Sviluppo del CUP, dove dovranno transitare <u>tutte</u> le prenotazioni per <u>tutte</u> le branche specialistiche. Incremento dell'attività dei Poliambulatori Distrettuali di branche specialistiche (Diabetologia, Cardiologia, Angiologia, Ortopedia, Oculistica, Reumatologia). Linee-guida per l'intercettazione di percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi (con coinvolgimento dei MMG). Attivazione del Day service; Attivazione/sostegno delle UCP con i MMG
2. Combattere la mobilità passiva, principalmente quella extraregionale	Potenziamento delle specialità che presentano una domanda alta quali l'ortopedia, l'oculistica, l'oncologia, la diabetologia, la cardiologia, la pneumologia, la gastroenterologia, l'allergologia, la diagnostica per immagini. Attivazione di Day service.
3. Incremento integrazione ospedale-territorio.	Creazione di protocolli operativi socio-sanitari; Ospedalizzazione domiciliare; Potenziamento dell'ADI; Dimissioni protette; Completamento della rete informatica intraaziendale (intra e interdistrettuale); Realizzazione degli obiettivi collegati.
4. Rapporti MMG, PLS, Medici Specialisti e Distretto	Attuazione di protocolli/progetti; Stabilire maggiore interconnessione fra le figure professionali indicate; Controllo su comportamenti prescrittivi opportunistici non sempre in linea con gli interessi aziendali e difficilmente censurabili. Relazione semestrale al controllo strategico (P.e C. – D.G.)
5. Farmacoeconomia, razionalizzazione dei costi di ausilica e protesica.	Sviluppo ed ampliamento delle Commissioni di Controllo (vigilanza e verifica di tutte attività territoriali, specie la farmaceutica, l'ausilica e protesica, contestazioni delle impegnative non conformi). Applicazione delle disposizioni regionali per procedure e protocolli operativi; Applicazione di procedure per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica per come da coordinamento monitoraggio della stessa adottate dall'ASP con determina n°76/2012; Attribuzione tetti di spesa farmaceutica per macrostruttura e con verifica trimestrale sull'andamento; Relazione trimestrale al controllo strategico aziendale.
6. Ridurre gli Accessi impropri al pronto soccorso e riduzione dei Ricoveri inappropriati od inutili.	Incremento dell'integrazione Territorio - Ospedale attraverso la creazione di protocolli operativi socio-sanitari, linee-guida, protocolli diagnostico-terapeutici, percorsi clinici, incentivazione dell'attività d'assistenza domiciliare programmata e delle PIP; Verifica e controllo delle prescrizioni di ricovero secondo il disciplinare tecnico in corso di approvazione; Potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, quali Day Hospital, Day service, Ospedalizzazione Domiciliare, ADI e UTAD distrettuale. Incremento e potenziamento delle attività delle RSA attivate nei CAPT e messa a regime dei posti letto compatibilmente con le risorse disponibili; Attivazione/sostegno delle UCP dei MMG e ampliamento rete assistenziale PLS presso i CAPT o strutture individuate; Realizzazione "integrazione Ospedale-Territorio"-
7. favorire le Dimissioni protette.	Sviluppo procedure per la corretta applicazione dei protocolli. Monitoraggio della corretta applicazione delle procedure con coinvolgimento dei



	medici di base. Incremento delle dimissioni protette rispetto al 2013.
9. Qualità e formazione	Migliorare il confort delle strutture; Somministrazione di questionari di gradimento; Procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità della prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le personalità di più unità operative. La persona giusta al posto giusto". Importanza alla prevenzione ed educazione sanitaria.
10. Debito informativo	Rispetto puntuale dei tempi di consegna dei flussi richiesti dagli uffici aziendali preposti, dalla Regione e dal ministero.
11. Controllo appropriatezza delle prestazioni erogate dal territorio nella A.S.P.	Relazione trimestrale al Controllo strategico aziendale (P.e C.-D.G.) da parte delle commissioni distrettuali competenti per livello e sublivello.
12. Razionalizzazione utilizzo risorse umane afferenti al livello, per singolo Distretto ed in funzione delle attività da erogare o funzioni da svolgere.	Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Proposta di riordino del personale da presentare alla D.G. entro marzo 2014. Relazione semestrale al controllo strategico.
Attivazione/sostegno Unità di Cure Primarie MMG e monitoraggio attività	Attivazione/sostegno dei Nuclei di Cure Primarie e monitoraggio almeno semestrale delle attività e degli indicatori.

I punti sopraccitati sono obiettivi qualificanti per i Direttori dei Distretto. Occorre quindi implementare le azioni al fine di produrre risultati incisivi sia sul piano dell'efficienza che su quella dell'efficacia e dell'appropriatezza dei Servizi. Tutto ciò potrà avvenire mediante un'attenta azione di sorveglianza e quindi di sviluppo delle attività connesse.

I volumi di prestazioni da erogare, previsti nel piano annuale preventivo per l'anno 2014, sono stati modulati in funzione delle risorse economiche disponibili, delle liste di attesa, delle specialità che presentano maggiore domanda nell'ambito territoriale distrettuale, garantendo comunque lo sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di appropriatezza, per le attività di specialistica ambulatoriale delle strutture aziendali a gestione diretta e tenendo comunque conto degli indicatori standard di prestazioni riportati nel decreto 18/2010 e dei vincoli previsti dal piano di rientro.

Obiettivi Ed Azioni Per i Sottolivelli dell'assistenza Distrettuale:

a) Assistenza sanitaria di base:

Sicuramente i MMG ed i PLS sono i riferimenti diretti degli utenti, e rappresentano coloro che gestiscono il paziente nelle varie fasi diagnostico-terapeutiche. E' a loro che quindi va rivolta particolare attenzione al fine di poterli adeguatamente responsabilizzare relativamente alla spesa sanitaria. Solo attraverso il coinvolgimento e la rivalutazione del ruolo del MMG e del Pediatra di L.S. sarà possibile migliorare la qualità dell'assistenza ed il processo di ottimizzazione delle risorse creando nel territorio le opportunità per soddisfare la maggior parte dei bisogni reali della popolazione adulta e pediatrica, con riduzione conseguente del ricorso improprio alle strutture di secondo livello.

Le azioni prioritarie che saranno perseguite nell'anno 2014 per l'assistenza sanitaria di base sono:

- L' Adeguamento e aggiornamento continuo dell'anagrafe assistiti.
- Garantire l'applicazione degli accordi integrativi regionali e locali coerenti con le strategie del PSN.
- L'attivazione di progetti obiettivo distrettuali che prevedano il coinvolgimento dei MMG e PLS con riferimento al contenimento della spesa farmaceutica, dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni di



diagnostica strumentale e di laboratorio inappropriati, fascicolo sanitario elettronico, assistenza agli stranieri (cod. STP-PSU).

- Riordino del servizio di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;

b) Assistenza farmaceutica territoriale e spesa farmaceutica

E' noto che la spesa farmaceutica, assorbe anche in questa Azienda una percentuale di finanziamento del FSR superiore a quello previsto.

A tal fine l' Azienda Sanitaria assumerà tutte le iniziative specifiche per realizzare misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica che, senza arrecare pregiudizio alla fruizione dell'assistenza farmaceutica da parte dei cittadini, siano finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza nell'impiego dei farmaci e della qualità del processo assistenziale ed abbiano come effetto un contenimento della stessa tale da contenere e ridurre il livello di spesa fin qui registrato.

b.1 Obiettivi 2014

Permane quindi anche per il 2014 l'obiettivo di contenere la spesa attraverso lo sviluppo del monitoraggio della spesa riferita ai singoli prescrittori, complessiva e per classi terapeutiche, e la qualificazione delle prescrizioni per qualità e quantità, attraverso la promozione e la garanzia di azioni adeguate ed un incremento dell'attività di farmacovigilanza.

Sarà indispensabile, per questi obiettivi, il coinvolgimento dei MMG, PLS, degli specialisti, ma anche delle farmacie pubbliche e private al fine di razionalizzare il servizio reso ed informare il cittadino;

È in corso di revisione l'assetto organizzativo delle strutture del servizio farmaceutico aziendale, istituzionalmente preposti alla elaborazione e diffusione delle informazioni indispensabili ad operare scelte razionali e responsabili nell'area del farmaco.

Obiettivo prioritario per l'esercizio 2014 è quindi quello di contenere la spesa farmaceutica entro il tetto di spesa fissato nell'ambito degli obiettivi stabiliti.

b.2 Azioni 2014

Sicuramente le azioni prioritarie di questa Azienda, già in corso di attuazione, saranno orientate alla attuazione delle "nuove modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica", secondo normativa vigente, alla attuazione delle nuove modalità di erogazione dei farmaci H/Osp. 2 (Decreto Dirigenziale n. 146 del 16.1.2006), alla attuazione delle direttive regionali, alla erogazione diretta da parte delle strutture aziendali dei medicinali e presidi sanitari necessari e correlati al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare nonché al miglioramento dell'attività farmaceutica in convenzione nel senso di razionalizzazione e controllo della spesa.

-Saranno intensificate le azioni di monitoraggio e controllo da parte dell'apposita Commissione Farmaceutica aziendale; per le prescrizioni relative all'ossigenoterapia, il potenziamento della apposita U.O., ed il filtraggio da parte di questa di tutte le prescrizioni, permetterà di evitare prescrizioni incongrue di ossigeno terapeutico da parte dei MMG e degli specialisti ambulatoriali.

Saranno attuate attività di monitoraggio e di controllo della spesa farmaceutica sia in ambito ospedaliero che territoriale con produzione di reports trimestrali da trasmettere direttamente al responsabile aziendale individuato da parte delle commissioni preposte.

L'ASP favorirà l'applicazione della normativa relativamente alle prescrizioni di farmaci generici, nonché promozione della scelta tra medicinali che, appartenenti alla medesima categoria terapeutica, hanno il prezzo di rimborso controllato.



Sarà perseguito l'adeguamento e la formazione del personale dei servizi di farmaceutica territoriali ed ospedalieri, con coinvolgimento in ogni fase delle azioni dei direttori di distretto e dei direttori dei dipartimenti ospedalieri, dei rappresentanti dei medici di medicina di base, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali interni, anche tramite protocolli d'intesa.

c) Controllo della spesa farmaceutica:

Il Servizio Farmaceutico Territoriale nell'ambito delle prescrizioni farmaceutiche evidenzia le verifiche sia sui reports, forniti dalle ditte che elaborano le ricette, riferiti ai calcoli della spesa farmaceutica di ogni medico, di quella relativa all'A.S.P e al Distretto Sanitario di appartenenza e sia sui reports dei farmaci più frequentemente prescritti da ogni medico evidenziandone i primi 50.

Dal confronto dei parametri si evidenziano le eventuali eccedenze o anomalie sulle quali intervenire.

Il Servizio Farmaceutico Territoriale, inoltre, verifica l'appropriatezza delle prescrizioni come da art.15-bis D.P.R. n° 270/00 e seg. nell'ambito dell'ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, poichè alcuni principi attivi sono indicati unicamente nel trattamento di una particolare patologia e pertanto impieghi per altre indicazioni non sono a carico del SSN e poichè per alcuni farmaci sono previste le "note" limitative (AIFA) alla prescrivibilità in regime assistenziale dei prodotti contrassegnati dalle stesse.

Saranno esaminati e analizzati i dati della spesa farmaceutica territoriale forniti dal servizio farmaceutico, e predisposti i reports con gli indicatori di spesa più significativi:

- 1) Costo medio per ricetta;
- 2) Numero di ricette pro capite;
- 3) Costo medio per assistito;
- 4) Spesa media per Distretto;
- 5) Spesa media per medico e per distretto;
- 6) Primi 15 farmaci prescritti per Distretto e per medico;
- 7) Indicatori suggeriti dalla Regione negli appositi Decreti;

In questo modo sulla base delle criticità individuate, per ogni Distretto la commissione effettua i controlli sulle prescrizioni dei medici iperprescrittori, in modo da evidenziare eventuali comportamenti opportunistici.

Qualora all'atto della verifica dei risultati dovessero emergere comportamenti difformi rispetto a quelli concordati in sede di budget, questi saranno oggetto di specifiche attenzioni;

Al fine di razionalizzare e verificare l'uso appropriato dei farmaci all'interno delle strutture **ospedaliere** nonché sull'opportunità di promuovere un sempre maggior uso nel consumo dei farmaci equivalenti nel corso del 2011 è stata istituita una task-force aziendale alla quale è stata chiesta una relazione nella quale indicare le linee guida da seguire per l'appropriatezza della prescrizione farmaceutica in ambito ospedaliero. Tale relazione, prodotta nei termini richiesti, è stata recepita con atto deliberativo n.3554/11. Tale task force per il 2014 dovrà intensificare le attività di controllo e verifica.

Inoltre, al fine di razionalizzare e verificare l'uso appropriato dei farmaci all'interno delle strutture **territoriali** è stato istituito per ciascun distretto sanitario dell'ASP la Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva, rappresentata per come definito dalla DGRC 377/201, con i compiti di cui al DPR 270/00 ed alla successiva DGRC 377/10.

Al fine di limitare la spesa sanitaria e di assegnare le risorse in maniera circoscritta l'ASP ha programmato, inizialmente solo per i farmaci ed i beni sanitari, un piano di contenimento della spesa e di riparto della stessa tra Ospedale e Territorio, nonché ha predisposto con delibera n.2155 del 05/08/2011 la procedura di approvvigionamento degli stessi, nonché di quella regionale, procurando un miglioramento sostanziale di quelle già in essere nell'ASP..



d) Assistenza specialistica ambulatoriale e liste di attesa

Le prestazioni erogate per questo sottolivello ricomprendono le funzioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate nei poliambulatori distrettuali e nelle strutture accreditate operanti in ciascun distretto, nonché le attività specialistiche ambulatoriali erogate nelle sedi ospedaliere.

La tipologia delle prestazioni ricomprese nel sub livello assistenza specialistica ambulatoriale sono specificate nel relativo LEA di cui al DPCM 29.11.2001 e s.m.i..

Eventuali altre prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale non espressamente ricomprese nei LEA non sono a carico del SSN e pertanto dei costi derivanti dalla loro eventuale erogazione agli assistiti è responsabile il direttore del Distretto.

Il volume complessivo delle prestazioni da erogare per l'anno 2014 sono riportati negli allegati al piano delle attività 2014; i volumi sono stati previsti tenendo conto degli standard di prestazioni da erogare riportati e previsti nel decreto n° 18/2010, e dei limiti imposti dal piano di rientro. Per le strutture private le prestazioni saranno scorporate in funzione dei volumi da acquistare e dei tetti di spesa stabiliti al livello regionale, previa contrattazione annuale con gli erogatori.

e) Specialità ambulatoriale con i tempi di attesa

L'Azienda sanitaria Provinciale garantisce ove possibile lo sviluppo della massima capacità produttiva, in regime di appropriatezza, per le attività di specialistica ambulatoriale delle strutture aziendali a gestione diretta, adottando tutte le misure per l'utilizzo ottimale delle risorse umane e strumentali; per quelle specialità con una lunga lista di attesa, si potrà favorire l'acquisto di una quota di prestazioni presso le strutture private accreditate insistenti sul territorio distrettuale corrispondente, per far fronte alla domanda di prestazioni quali, l'ecocolordoppler e la diabetologia la RMN, ecc.

Tutti gli erogatori dovranno garantire l'erogazione delle prestazioni per tutto l'anno e sono tenuti al rispetto del debito informativo oltre che al mantenimento dei requisiti strutturali e organizzativi dell'accreditamento.

e.1 Obiettivi 2014

Obiettivo prioritario per l'esercizio 2014 è quello di garantire, in maniera uniforme su tutto il territorio aziendale e specificamente in ciascun distretto, la corretta erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale e di laboratorio ricomprese nel relativo LEA, coordinando e programmando le attività tra le due sedi di offerta, pubblica e privata accreditata, in termini qualitativi e quantitativi, valutando i tassi di utilizzo per categoria di prestazioni secondo gli indicatori nazionali, nonché il volume delle attività di offerta pubblica e privata anche per la riduzione dei tempi di attesa e la determinazione dei budget dei distretti.

La tipologia ed i volumi di attività correlati al sub livello assistenza specialistica devono in ogni caso essere compatibili con le risorse assegnate al distretto per tale voce di spesa.

Altro obiettivo è quello di realizzare coerenti programmi per l'incremento del grado di appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica ambulatoriale, ivi compreso la diagnostica di laboratorio.

Il programma annuale di attività 2014, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale da acquistare da privato, sarà definito al momento della assegnazione dei tetti di spesa da parte della Regione.

e.2 Azioni 2014

Questa azienda sanitaria si è attivata per inviare al Dipartimento Tutela della Salute i flussi informativi secondo forme, modi e condizioni stabiliti dalla normativa e per quelle strutture che non forniranno i flussi saranno applicati i termini contrattuali di sospensione degli acconti mensili.



Tra le azioni anche la verifica ed attuazione di ogni utile iniziativa per la riduzione dei tempi di attesa nella fruizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, attraverso ampliamento dell'offerta.

Nella A.S.P. è già attivo il Centro Unico di Prenotazione Ambulatoriale integrato con il CUP dell'A.O. di Cosenza.

E' in atto in questa Azienda un processo di razionalizzazione delle strutture erogatrici direttamente gestite e loro eventuale potenziamento quali-quantitativo per meglio corrispondere alle esigenze degli utenti, così come il decentramento dell'offerta mediante l'attivazione di ambulatori e centri prelievo in punti strategici.

Sarà potenziata la verifica dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate e sarà adottata ogni utile iniziativa finalizzata a garantire agli utenti prestazioni appropriate ed economicamente sostenibili.

Sono in via di definizione i percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle prestazioni con tempi di attesa più lunghi, che minimizzino la quota di utilizzo improprio di questo livello assistenziale.

Sicuramente saranno intensificate le attività di controllo da parte dell'organismo territoriale anche per scoraggiare artificiose induzioni di domanda.

Il completamento del sistema informativo è un'azione importante per far sì che si abbia la disponibilità di dati informatizzati e completi, che consentano di controllare i fenomeni e monitorare tutte le prestazioni e generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza.

f) Controllo prestazioni specialistica ambulatoriale:

Questo tipo di controlli dovranno essere effettuati a cura dei Direttori dei Distretti mediante personale dedicato. Presso ogni Distretto sanitario di base vi devono essere dei medici preposti che effettuano dei controlli di tipo tecnico-sanitario sulle prestazioni ambulatoriali erogate dagli erogatori pubblici e privati accreditati; i controlli eseguiti sono mirati a verificare la corretta prescrizione proposta da parte del medico di base, la corretta esecuzione della prestazione stessa rispetto a quello che è l'indirizzo diagnostico, sia per quanto riguarda prestazioni diagnostiche di laboratorio e radiologiche, sia su prestazioni di branche specialistiche a visita; i controlli sono anche mirati alla verifica della corrispondenza tra le prestazioni autorizzate e quelle effettivamente erogate, ciò ai fini della corretta liquidazione di quanto contrattato sia come volumi che come tipologie. I controlli di cui sopra danno luogo, ove vengano riscontrati errori e/o irregolarità, a diffida dei soggetti erogatori con l'invito a mettere in atto le opportune modificazioni di comportamento.

Il completamento in corso, nel 2014, da parte dell'A.S. di un sistema di informatizzazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sia pubbliche che private accreditate, potrà permettere un monitoraggio più puntuale, analitico e completo anche eventualmente a regime, in tempo reale, e potrà favorire analisi più dettagliate e tempestive derivanti da reports analitici e regolari; tali controlli da parte dell'ufficio preposto potranno così essere trasmessi all'apposita commissione territoriale per le verifiche sul campo ed alla UO di monitoraggio delle prestazioni distrettuali a livello di Coordinamento dei Distretti.

g) Controllo liste di attesa

Fermo restando la sussistenza delle criticità di carattere generale di contenimento dei tempi d'attesa, relativamente alla presenza del Centro Unico di Prenotazione, la nostra Azienda risulta essere fra quelle che sono dotate di tale importante strumento.

Gli interventi saranno mirati nel breve periodo alle 43 prestazioni ambulatoriali indicate dal Piano Nazionale, contenute nell'Intesa Stato-Regioni del 28/10/2010, cui si aggiungono 12 prestazioni inserite nel Piano Regionale, approvato con il D.P.G.R. 126/2011.



Procedendo in tempi ristretti ad un'analisi sullo stato dell'arte della nostra azienda, è stato rilevato che, in relazione alla problematica delle liste d'attesa, le criticità maggiori sono riferibili sulla appropriatezza prescrittiva, in primis; sulla inadeguata applicazione della gestione dell'offerta, quindi razionalizzazione/ottimizzazione della stessa, sulla scarsità di informazione, nello scarso coinvolgimento degli attori – prescrittori e ricettori, piuttosto che sull'organizzazione generale della gestione della domanda offerta delle prestazioni sanitarie.

In base all'accordo regionale per la medicina generale "si ritiene che il miglioramento dei livelli di appropriatezza non può essere perseguito e raggiunto se non si modificano in maniera incisiva le abitudini prescrittive di tutti i prescrittori in esecuzione dell'art. 50 della L.326/04 (ricettario unico). E' necessario programmare attività formative specifiche per indirizzare le scelte secondo le linee della medicina basate sull'evidenza. La commissione per l'appropriatezza prescrittiva, in collaborazione con la commissione regionale per l'ECM, con i sindacati, dovrà proporre percorsi formativi mirati".

La nostra Azienda, dovrà mettere in atto tutte le strategie necessarie per operare nel modo migliore il perseguimento dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso il massimo utilizzo del medico di medicina generale che può tra l'altro essere il fautore diretto dell'erogazione di alcune prestazioni, andando a sgravare il carico aziendale che si ridurrà ai casi sicuramente più difficili, complessi e veramente acuti.

L'ASP di Cosenza ha già elaborato un Programma triennale di contenimento delle liste d'attesa secondo le linee guida regionali di cui al D.P.G.R. n° 126/2011, approvato con delibera del Direttore Generale n°133/2012, a cui è seguita la delibera n° 1429/2012 con il programma attuativo dell'Asp, al fine di consentire di governare la domanda.

h) Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è una delle funzioni da potenziare per costituire prestazioni alternative ai ricoveri ospedalieri, specie quelli inappropriati,

Considerato che nel territorio dell'A.S.P. l'esperienza di Assistenza Domiciliare è sottoposta alla disponibilità, limitata nel tempo, principalmente per carenza di risorse umane e finanziarie, si avverte la necessità di dare piena attuazione al sistema delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), di cui alla DPGR n°12/2011, avente le caratteristiche di un intervento multiprofessionale (co-presenza di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di assistenza sociale, rese al domicilio dell'anziano, in forma "integrata", vale a dire con la partecipazione dei Servizi Sociali dei Comuni e del volontariato), inteso a fornire assistenza sanitaria agli assistiti nel loro consueto ambiente di vita, fra gli affetti familiari, migliorando così la compliance e le condizioni di benessere psicoemotivo e fisico, ed inteso altresì a contrastare il fenomeno del ricovero improprio, favorendo anche le dimissioni precoci.

I principali criteri organizzativi consistono nella individuazione di una equipe adeguata per ogni livello distrettuale, in grado di indirizzare i bisogni sanitari e socio-assistenziali degli utenti relativamente alle cure da erogare presso il domicilio (Punto ADI Distrettuale). Tale equipe sarà individuata almeno presso ciascuno dei sei nuovi distretti, per una equa ripartizione del carico di utenti, come punto ADI distrettuale unico di accoglienza che opera con modalità concordate con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta ed i Comuni.

Nel 2014 sarà completata e messa a regime l'attivazione dei PUA, Punti Unici di Accesso, quali strumenti fondamentali per la ricezione della domanda di salute dei cittadini e porta di accesso per i servizi socio sanitari territoriali dell'Asp, nonché la prosecuzione ed implementazione di specifiche attività diagnostico-terapeutiche territoriali quali la rete degli ambulatori di Vulnologia.

E' prevista la valutazione dei bisogni ed elaborazione del progetto personalizzato di assistenza domiciliare al paziente ed alla sua famiglia, da parte di Unità di Valutazione territoriale specifiche per tipologia di paziente,



composte da personale specialista operante nel distretto, da altro personale delle UO ospedaliere competenti e da medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, con il coinvolgimento dei Servizi Sociali dei Comuni per i casi in cui sia necessario. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare si inseriscono due altri filoni molto importanti ai fini della deospedalizzazione e cioè **l'assistenza respiratoria domiciliare** e la **nutrizione artificiale domiciliare (NAD)**. Il servizio di assistenza respiratoria domiciliare, che nasce nell'anno 2009 (Del. ASP 4405 del 19.10.09), prevede il noleggio full-risk delle protesi ventilatorie, l'assistenza domiciliare da parte di una equipe sanitaria specializzata, la gestione della ossigeno-terapia domiciliare su tutto il territorio ASP.

i) Cure Palliative: "Attivazione Della Rete Dei Servizi Per I Malati Terminali"

L'Asp, nel 2014, sarà in condizioni di poter garantire l'accesso alle Cure Palliative ed alla Terapia del dolore poiché è già in corso di perfezionamento e potenziamento la costruzione e la organizzazione della rete delle cure palliative e terapia del dolore, sulla base del sistema Hub/Spoke.

La rete si estrinseca nelle seguenti tipologie assistenziali:

- Attività ambulatoriale di cure palliative;
- Assistenza domiciliare comprendente distinti livelli di complessità;
- Consulenze palliative a malati in carico al servizio ADI che hanno raggiunto la fase della terminalità o anche più precocemente per un migliore controllo dei sintomi per i malati terminali, prevalentemente geriatrici oligosintomatici, presi in cura dal servizio ADI;
- Assistenza continuativa, multidisciplinare, specialistica a pazienti multiproblematici prevalentemente oncologici e non, che presentano una complessità di sintomi e, perciò, bisognosi anche di un valido supporto di tipo psico-sociale.
- Ricovero diurno o semiresidenziale.
- Ricovero a ciclo continuo in Hospice.

La realizzazione di un sistema integrato di cure a domicilio in grado di garantire i bisogni assistenziali sarà obiettivo prioritario dei Direttori di Distretto ed è anche risorsa strategica per incrementare l'efficacia e per renderne sempre più efficiente la spesa.

Azioni e obiettivi 2014

Le azioni da svolgere in relazione agli obiettivi prefissati sono:

- Indirizzo e supporto per diffondere e potenziare l'assistenza domiciliare in ogni ambito distrettuale e nelle sue diverse forme. Completamento dell'attivazione dei PUA.
- Indirizzo e supporto per promuovere un maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta anche nelle forme integrate;
- Applicazione linee-guida per accesso, presa in carico e dimissioni ospedaliere;
- Monitoraggio della tipologia degli assistiti, del numero e della qualità degli accessi (tipi di prestazioni) in assistenza domiciliare;
- Monitoraggio epidemiologico della non autosufficienza con appropriate scale di valutazione.

j) Assistenza per categorie specifiche di utenti.

Sono ricomprese in questo sottolivello le prestazioni svolte dai seguenti servizi in maniera integrata e coordinata con i competenti dipartimenti misti:

- Consulenti familiari



- Servizio Neuropsichiatria infantile
- Servizi di tutela, cura e riabilitazione dei disabili
- Servizi di tutela e cura degli anziani e per l'assistenza al domicilio di soggetti con patologie croniche
- Servizi di recupero dei soggetti tossicodipendenti e alcool dipendenti (SERT)
- Salute mentale

i.1 Azioni ed Obiettivi 2014

Gli obiettivi delle attività assistenziali rivolte a categorie specifiche di utenti che costituiscono priorità per l'A.S.P. nell'ambito dell'esercizio 2014 sono:

- fornire assistenza ambulatoriale di base e specialistica a "soggetti a rischio" ricompresi nelle diverse fasce di età o di patologie, consentendone la permanenza al proprio domicilio evitando ricoveri impropri di tipo ospedaliero ed integrando qualora necessario l'assistenza ambulatoriale con le funzioni svolte dai presidi residenziali a ciclo continuativo e diurno;
- individuare strategie per la tutela e la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili, da affrontare con nuovi mezzi e strategie, per soddisfare una domanda sempre crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale;
- garantire la continuità delle cure;
- favorire l'integrazione tra gli operatori dell'asse "territorio-ospedale-territorio";
- individuare percorsi strutturati rivolti alle fasce deboli (età evolutiva, anziani, malati con patologie cronico- invalidanti).

I Dipartimenti orientati a specifiche categorie di utenti sono lo strumento tecnico ed organizzativo per garantire tale integrazione e sono organizzati sulla base degli indirizzi definiti dagli specifici Obiettivo nazionali e regionali di seguito indicati:

- Anziani e non autosufficienti
- Salute mentale
- Tossicodipendenze
- Materno Infantile

nonché dalle Linee guida per le attività e prestazioni di riabilitazione a cui si farà riferimento per gli aspetti operativi.

Considerata la particolare vocazione turistica della fascia jonica e tirrenica, questa Azienda sanitaria da diversi anni attua un progetto di "Dialisi vacanza" per cittadini che intendono trascorrere un periodo di vacanza in questo territorio, sia residenti, sia non residenti, che lavoratori emigrati in Italia od all'Estero. In questo modo si garantisce la possibilità ai pazienti che hanno necessità di effettuare Emodialisi di poter tranquillamente soggiornare in quanto è garantita la massima assistenza. I costi sostenuti dall'Azienda sono corrispondenti ad Euro 124.139, in gran parte compensati con la mobilità sanitaria.

k) Area Sociosanitaria

Nell'ambito della promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali, l'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria da istituire all'interno del S.S.N. per come specificatamente previsto dal D.Lgs n. 229/1999, art. 3-octies, comma 1, sta assumendo sempre di più rilevanza, specialmente all'interno delle politiche destinate al sostegno e allo sviluppo dell'individuo e della famiglia e alla razionalizzazione dell'offerta di servizio, al fine di assicurare le prestazioni necessarie per la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle persone in tutte le fasi della vita e in modo particolare nell'infanzia e nella vecchiaia. Il riferimento fondamentale sul piano normativo è costituito dall'*atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie* di cui al DPCM del 14.02.2001, che definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria al fine di determinare



le competenze istituzionali per l'erogazione dei servizi alla persona e, contestualmente, richiama l'esigenza di una programmazione e organizzazione delle attività in forma integrata tra Comuni e Aziende Sanitarie. L'erogazione delle prestazioni va modulata soprattutto a criteri di appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità, tenendo presente, altresì, i seguenti aspetti alquanto significativi:

1. l'organizzazione della rete delle strutture di offerta;
2. le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso una valutazione multidimensionale;
3. una omogenea modalità di rilevazione del bisogno e classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza;

L'approccio alle problematiche elencate ai punti precedenti, trova risposta nella recente legge regionale n. 23 del 5.12.2003, di attuazione alla legge quadro n. 328/2000 *per realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

a)- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Sono di competenza delle Aziende Sanitarie e rappresentano l'insieme di quelle prestazioni, che erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; Dette prestazioni sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

b)- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Sono di competenza dei Comuni e rappresentano l'insieme di quelle attività del sistema sociale atte a supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

Sono, inoltre, da considerare **le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria**, rappresentate da tutte quelle prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza. Queste prestazioni sono erogate dalle Aziende Sanitarie in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono a carico del fondo sanitario.

Quindi, tra il sistema sanitario e quello sociale, si è cercato di individuare la necessaria ed opportuna integrazione tramite l'applicazione dei cosiddetti livelli di assistenza socio-sanitari (art. 10 della L.R. n. 23/2003).

I livelli essenziali di assistenza sono:

- Punto Unico di Accesso;
- Segretariato Sociale;
- Servizio Sociale professionale;
- Assistenza economica e pronto intervento sociale per il contrasto alla povertà;



- Assistenza domiciliare Integrata Anziani;
- Assistenza domiciliare Anziani socio assistenziale;
- Assistenza domiciliare disabili e anziani non autosufficienti;
- Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili non autosufficienti;
- Servizi di prevenzione sociale riguardo a soggetti a rischio criminale (ex detenuti, ex tossici);

La programmazione dei servizi alla persona su base pluriennale, così come postulano i Piani Sociali di Zona, costituisce un impegno fondamentale che è finalmente possibile realizzare anche in Calabria a seguito dell'approvazione del Piano Sociale Regionale avvenuto ai sensi della L.R. n.23/2003 in data 6/08/2009.

Il Piano Sociale di Zona, che coincide con gli ambiti dei Distretti Socio-Sanitari, è senza dubbio un utile strumento di programmazione, di studio, di monitoraggio e di rilevazione dei bisogni socio-assistenziali di un territorio, finalizzato a dare risposte mirate alle singole aree del disagio (maternità, infanzia e minori, politiche giovanili, anziani, handicap, tossicodipendenze, ex detenuti, immigrazione, ecc...).

Trattasi di uno strumento previsto dalla L.328/2000-art.19, e dalla L.R. n.23/2003-art.20, che si realizza attraverso gli accordi di programma approvati dalla Conferenza dei Sindaci, dove vengono stabiliti e disciplinati i rapporti, le collaborazioni e le competenze dei servizi pubblici e privati (Comuni, ASP, Provincia, Servizi della Giustizia, ecc...).

Inoltre, con il Piano di Zona, si realizza l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, così come prefigurati dalla L.n.833/1978, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale e della successiva normativa (D.Lgs.vo n.229/99 e ss.mm.ii.).

A fronte delle scarse risorse disponibili è maturata la consapevolezza, che costituisce un obiettivo prioritario del Piano di Zona, la difesa dell'attuale livello di servizi, quali:

- 1) promuovere una migliore qualità della vita delle categorie di persone più fragili e/o più a rischio di emarginazione (minori, anziani, adulti in difficoltà, disabili, tossicodipendenti, immigrati, ecc...).
- 2) assicurare il diritto all'assistenza sociale ed alle prestazioni socio-sanitarie a tutti senza discriminazioni alcuna.

Il Piano Sociale Regionale 2007/2009 nel formulare gli indirizzi a cui i diversi ambiti distrettuali si devono attenere in sede di definizione dei Piani di Zona, stabilisce che attraverso il Piano di Zona "l'associazione intercomunale deve ricercare la massima integrazione con il sistema sanitario, il cui ambito elementare (il distretto) coincide con i confini della zona stessa, e la massima collaborazione di tutti i soggetti pubblici e privati presenti in tale area" (*Piano Sociale Regionale*).

Per quanto riguarda l'esigenza di favorire la più ampia integrazione tra il sistema sanitario e quello sociale, l'ambito territoriale zonale viene fatto coincidere con il Distretto Sanitario in conformità all'art.17 della L.R. n.23/2003.

"La Regione delinea nel Piano un elenco di misure e servizi che ritiene debbano essere garantiti a livello di ogni zona; in particolare per l'ASP, le principali prestazioni a rilevanza sanitaria su cui puntare l'interesse sono tra l'altro:

I- interventi a sostegno della conciliazione tra responsabilità familiari e partecipazione al mercato del lavoro, in particolare per le madri, tra cui i servizi mirati all'assistenza di minori con problematiche particolari (quali disabilità gravi);

II- interventi di rafforzamento dei diritti dei minori



“Lo strumento strategico per la costruzione di adeguate politiche per l’infanzia è individuato dalla L.285/97 nel “Piano Territoriale per l’infanzia e per l’adolescenza”; questo Piano deve essere sviluppato a livello distrettuale o inter-distrettuale in stretta connessione con gli altri strumenti di programmazione, in particolare il Piano di Zona e la Carta dei Servizi di Zona. La garanzia di un livello essenziale di assistenza, l’ASP potrà offrirla prevalentemente attraverso misure e servizi relative al sostegno psicologico e sociale per nuclei familiari a rischio di comportamenti violenti attraverso interventi di prevenzione primaria, ed ai servizi di cura e recupero psico-sociale di minori vittime di maltrattamenti e violenze anche di tipo sessuale, sempre attraverso interventi con caratteristiche di forte integrazione tra i settori sociale, sanitario, giudiziario e scolastico;

III- interventi di sostegno agli anziani

La generalizzata tendenza verso un ulteriore invecchiamento della popolazione non accenna a diminuire e la problematica dell’assistenza a questa fascia di popolazione è destinata, perciò, ad aumentare ulteriormente.

Le politiche che la Regione intende promuovere devono affrontare la problematica sotto due punti di vista complementari: l’anziano come soggetto della società che necessita di cure, attenzioni e servizi, e l’anziano come elemento ancora attivo della società capace di apportare il proprio peculiare contributo.

A fianco dei servizi di sostegno alla domiciliarità, è impegno della Regione garantire la presenza di una rete di strutture residenziali il cui accesso sia riservato ai soggetti per i quali i servizi resi a domicilio non risultino possibili o adeguatamente efficaci.

L’assetto del sistema residenziale si basa su diverse tipologie di struttura, di seguito elencate e alla permanenza nel territorio di origine e/o di domicilio.

- Centri diurni: queste strutture semi-residenziali si caratterizzano per un medio livello di integrazione socio-sanitaria e sono destinate ad accogliere anziani autosufficienti e parzialmente non autosufficienti, che necessitano di un medio livello di assistenza.
- Comunità familiare: strutture comunitarie con funzione abitativa e di accoglienza a bassa intensità assistenziale, destinate ad un numero massimo di 6 anziani autosufficienti.
- Comunità alloggio: destinate ad un massimo di 20 utenti, a prevalente accoglienza alberghiera con bassa intensità assistenziale, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti;
- Case protette: erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Tali prestazioni sono finalizzate al mantenimento della autonomia della persona, al recupero delle residue capacità della stessa; al fine di consentire la partecipazione alla vita sociale attraverso percorsi riabilitativi ed educativi e di sostegno alla famiglia. Le prestazioni vengono erogate a persone adulte e anziani non assistibili a domicilio. Le spese per le prestazioni sono ripartite: 50% sul Fondo Sanitario Regionale, 50% a carico del Fondo Regionale per le politiche sociali (L.R. 11/2004) fatta salva la compartecipazione da parte dell’utente secondo le normative emanate dalla Regione;
- Residenza socio-assistenziale: strutture con funzione tutelare, caratterizzate da bassa e media intensità assistenziale, destinate ad accogliere anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti, capaci di soddisfare il “bisogno” socio-assistenziale fornendo loro garanzie di protezione durante la giornata e servizi di tipo comunitario o collettivo.
- Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.): erogano prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, sono finalizzate all’assistenza, alla individuazione, rimozione e contenimento di inabilità o disabilità conseguenti ad esiti di patologie cronico-degenerative congenite o acquisite. Sono a totale carico del Fondo Sanitario Regionale, detratta la quota a carico dell’utente secondo le normative emanate dalla Regione.



L'organizzazione di queste forme assistenziali può essere gestita da servizi pubblici e privati autorizzati, auspicando che ciò possa favorevolmente avvenire anche con la presenza del volontariato come personale aggiuntivo sull'organico previsto”.

IV- interventi di sostegno ai disabili

“Riguardo alla tutela dei disabili e delle loro famiglie, la Regione di impegna a:

1. favorire lo sviluppo del massimo livello di autonomia esprimibile dal disabile;
2. sostenere le famiglie nella loro opera assistenziale, la persona con disabilità nei bisogni di assistenza personale al fine di favorire la sua permanenza nell'ambito familiare;
3. rimuovere gli ostacoli che ne aggravano la condizione di disabilità;
4. favorire le condizioni di pari opportunità;
5. sostenere il progetto individuale della persona con disabilità.

V- prevenzione e contrasto alle dipendenze

“In questo ambito risulta assolutamente indispensabile una efficace integrazione tra le politiche sociali e quelle di controllo del territorio e di polizia.

L'impegno contro le tossicodipendenze e l'abuso di alcol deve indirizzarsi maggiormente verso una attività preventiva rispetto a quella attualmente prevalente di recupero del soggetto e reinserimento nella società. La prevenzione in questo ambito coincide con l'informazione, l'educazione e la formazione di un tessuto sociale positivo che fornisca al giovane stimoli positivi allontanandolo dall'utilizzo di stupefacenti.

In questa direzione, all'interno dei Piani di Zona devono essere previsti:

- tramite l'apertura di sportelli di consulenza sulle dipendenze e sulle possibilità di affrancamento da esse;
- tramite interventi educativi volti a promuovere modelli e stili di vita positivi che rifiutino il ricorso all'abuso di alcol e a sostanze stupefacenti, ad esempio proponendo come modelli campioni sportivi locali o altri elementi di spicco delle comunità locali;

- particolare attenzione al monitoraggio dell'utilizzo delle droghe sintetiche, che costituiscono la reale porta d'ingresso a tutte le dipendenze oltre a rappresentare di per sé una grave minaccia. Questo deve essere ottenuto attraverso una sinergia tra enti istituzionali sociali e forze di polizia: l'ammontare dei sequestri nella Zona e i risultati delle analisi dei giovani fermati alla guida in stato di ebbrezza potrebbero fornire un quadro dettagliato della diffusione di queste sostanze.

- L'ASP di Cosenza ha avviato ed è in corso di attivazione una convenzione con la prefettura per una collaborazione tra il servizio di tossicologia dell'ASP – laboratorio di Cassano allo Jonio – e gli organi di polizia per i controlli relativi all'uso di alcool, di droghe, ecc., il laboratorio di tossicologia nel nuovo atto aziendale è stato inserito nel dipartimento delle tossicodipendenze, al fine di potenziare queste forme di contrasto.

Anche se l'ASP nel piano intende indirizzare l'attività di Zona verso una politica preventiva, l'attenzione dell'intero sistema sociale verso il recupero del soggetto e il reinserimento nella società non può calare, anche perché questa rimane comunque l'attività di impegno quantitativamente prioritaria per il sistema.

I Comuni e l'Azienda sanitaria congiuntamente definiscono un piano annuale degli interventi e dei servizi sociali al fine di individuare gli ambiti e le problematiche per la realizzazione di servizi e progetti integrati.

l) Area Materno-Infantile



Il Dipartimento è un ambito funzionale che assolve alla funzione di coordinamento, di indirizzo, di guida delle attività comuni alla sfera della donna, della famiglia, dell'età evolutiva, del disagio e problematiche giovanili, dei disabili adulti, dei soggetti fragili ed a rischio sociale di ogni età.

Per quanto riguarda le attività inerenti il materno infantile, è in atto in questa Azienda una riorganizzazione dei consultori, con collocazione strutturale delle attività di competenza all'interno di ogni singolo distretto, dove saranno erogate prestazioni relative all'assistenza al parto, e nel corso del 2014 si raggiungerà l'obiettivo presso la maggior parte dei consultori dell'apertura h12.

Sarà quindi prioritario la definizione di un piano di integrazione sanitario-sociale-socioassistenziale con coinvolgimento di tutti i servizi territoriali interessati.

Altra azione fondamentale sarà rappresentata dalla implementazione del codice STP a livello distrettuale, al fine di poter garantire una adeguata e dignitosa assistenza agli immigrati clandestini.

Il Dipartimento deve avere connessioni sia con l'area ospedaliera che distrettuale; si interfaccia con gli attori istituzionali presenti sul territorio elaborando programmi specifici finalizzati al coordinamento delle risposte aziendali ai bisogni di salute della donna, del bambino, della famiglia, dell'età evolutiva, del disagio e problematiche giovanili, dei soggetti fragili ed a rischio sociale di ogni età, in una logica di integrazione, continuità e presa in carico tramite l'elaborazione di percorsi di assistenza dedicata e momenti risolutivi socio sanitari.

Tra i compiti di programmazione dipartimentale, è prioritaria la definizione di strategie aziendali, di progetti e programmi sulle dipendenze e sul loro primario fattore di rischio costituito dal disagio giovanile per operare scelte rispondenti alle reali esigenze del territorio.

Il Dipartimento dovrà favorire lo sviluppo di programmi territoriali che intervengono a favore della popolazione scolastica e giovanile nell'ambito di programmi di sensibilizzazione al disagio giovanile e alla dipendenza elaborando progettualità di reti integrate rivolte alle famiglie e agli adulti di riferimento.

Il dipartimento materno infantile assicura il collegamento con le altre strutture che offrono prestazioni e servizi per minori (Medicina Fisica e Riabilitazione, Psicologia, Prevenzione, ecc). e garantisce la presa in carico del paziente sia in relazione ai bisogni correlati agli eventi riproduzione, nascita, sviluppo, sia all'assistenza ginecologica rivolta alla donna, in qualsiasi epoca della propria esistenza.

m) Salute Mentale

L'attività del dipartimento sarà finalizzata a razionalizzare ed a sviluppare la rete dei servizi e delle prestazioni ed attività sanitarie e socio-sanitarie in favore delle persone con problemi di salute mentale e/o delle loro famiglie, secondo criteri di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza, nonché a permettere l'evoluzione dei servizi in relazione alle modificazioni dei bisogni. Parametri di riferimento, in tal senso, sono il progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale 1998-2000 e le indicazioni programmatiche di livello regionale previsti dal Piano di Azione Locale della Salute Mentale di cui all'Accordo del 20 marzo 2008 della Conferenza Stato Regioni, nonché da specifiche norme regionali o aziendali e quelli derivanti da specifiche deleghe di gestione conferite dai comuni per l'assistenza sociale di cui all'art.3 comma 3 del D.Lgs 502/1992, o finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera l, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

Il Dipartimento garantisce l'omogeneità delle procedure e dei LEA, l'equità e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni, la gestione complessiva dei dati e dei risultati raggiunti; garantisce inoltre il coordinamento fra le unità operative afferenti, l'elaborazione e pianificazione dei piani operativi, la presa in carico delle persone residenti nella Regione, internate negli ospedali psichiatrici giudiziari ai fini della loro dimissione e della progressiva soppressione di tali strutture.



Al Dipartimento afferiscono le seguenti strutture complesse:

- a. **SPDC di Corigliano**
- b. **SPDC di Cetraro**
- c. **SPDC di Cosenza** che aggrega i posti letto di Acri e Castrovillari.
- d. **U.O.C. CSM Cosenza-Sav./Valle Crati** a cui afferisce una struttura semplice di Salute Mentale.
- e. **U.O.C. CSM Jonio Nord/Sud** a cui afferisce una struttura semplice di Salute mentale;
- f. **U.O.C. CSM Pollino-Esaro/ Tirreno** a cui afferisce una struttura semplice di Salute mentale;

Le sedi distrettuali dei C.S.M. erogano Assistenza Territoriale specialistica, di tipo psichiatrico e psicologico-psicoterapeutico, con bacino di utenza coincidente con l'area territoriale attraverso i seguenti servizi: Centri di salute mentale, Day-Hospital Territoriale o altre strutture ambulatoriali (h.12) e simili.

Al Dipartimento di salute mentale afferiscono anche le residenzialità e semi-residenzialità che comprendono i servizi di assistenza domiciliare, assistenza semiresidenziale come laboratori protetti, centri diurni, case famiglia con assistenza max h12, unità di assistenza residenziale, comunità terapeutiche e simili h24, e la comunità alloggio per disabili mentali di Oriolo.

n) Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

Le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale sono quelle specificamente indicate nel relativo LEA di cui al DPCM 29.11.2001 e sono realizzate nella A.S.P. dalle strutture pubbliche o private accreditate:

- Centri di riabilitazione diurna (per disabili e utenti psichiatrici):
- Residenze protette:
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA):
- Comunità terapeutiche (per utenza psichiatrica e per tossicodipendenti) :

Consiste in prestazioni di assistenza e recupero per soggetti disabili, anziani con diversi gradi di non autosufficienza, pazienti psichiatrici e soggetti dipendenti da droghe e alcool e soggetti affetti da HIV.

Le attività di coordinamento e di integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari (rete dei servizi) sono assicurate a livello distrettuale. Essi si realizzano nel distretto competente per territorio tramite la U.V.T. e devono essere finalizzate a garantire la continuità di cura dell'assistito.

n.1 Obiettivi 2014

- Garantire all'utenza le prestazioni del sub livello assistenza residenziale e semi residenziale specificamente indicate nel relativo LEA di cui al DPCM 29.11.2001 e s.m.i.
- Garantire il governo della spesa correlata ed assicurare l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni a tutti i livelli.
- Contenere la spesa nei limiti delle risorse finanziarie assegnate.
- Predisposizione di specifiche linee guida ed indirizzi per i percorsi assistenziali correlati.
- Promuovere da parte del Distretto iniziative al fine di assicurare all'interno delle strutture residenziali (RSA, ecc) una serie di aspetti che sviluppino l'offerta delle prestazioni.
- Gestire gli accessi nelle strutture residenziali
- Flussi informativi specifici conformi alle indicazioni regionali.
- Esercizio di vigilanza sulle strutture.

n.2 Azioni 2014

Adottare le azioni e le iniziative necessarie per il completamento della offerta residenziale e semiresidenziale.



Indirizzi e provvedimenti per progetti di miglioramento continuo della qualità assistenziale valorizzando al massimo l'autonomia dei soggetti e il collegamento con i servizi specialistici, reintegrazione domiciliare nell'ambiente di vita della persona.

-Indirizzo e proposta per la definizione della rete residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e malattie mentali.

Il Distretto competente per territorio dovrà attuare un sistema informativo finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito. Dovrà essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità e diffusione dei dati.

Saranno potenziate le seguenti funzioni di vigilanza:

- Funzioni di vigilanza igienico sanitaria relativa alla struttura edilizia;
- Funzioni di vigilanza igienico sanitaria sugli ambienti di comunità;
- Funzioni di vigilanza igienico sanitaria sulle prestazioni da erogare agli ospiti
- Funzioni di vigilanza e controllo sulla conservazione dei medicinali e sulla loro gestione.

o) Rete Territoriale

E' acquisizione oramai da tempo condivisa che l'integrazione delle Cure Ospedaliere con quelle cosiddette Territoriali, costituisca una condizione essenziale per garantire un servizio sanitario di qualità e dai positivi risvolti in termini di efficienza gestionale. Esiste, infatti, da una parte un costante aumento della popolazione anziana affetta da patologie cronico-degenerative per le quali non si ha assolutamente bisogno, se non in fase di riacutizzazione, dell'intensità propria delle cure ospedaliere; dall'altra parte fortissima è l'esigenza di riservare all'ospedale solo i casi acuti di propria pertinenza.

E' necessario prevedere la progressiva riduzione dei Posti Letto Ospedalieri e un forte presidio dello spazio "Territoriale" che vuol dire Assistenza Domiciliare, Residenze Socio-Sanitarie, Centri di Riabilitazione, Hospice, e soprattutto Prevenzione.

I servizi sanitari, che l'ASP di Cosenza offre, sono diffusi su tutto il territorio attraverso ambulatori, ospedali, consultori, strutture residenziali e semiresidenziali, e l'assistenza domiciliare.

L'assistenza distrettuale comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

Le Cure Primarie costituiscono il complesso di prestazioni assistenziali erogato in sede decentrata e più prossimale ai luoghi di vita dei cittadini e rappresenta il **primo contatto** tra questi ed il Servizio Sanitario. Le azioni che esse dovranno svolgere a regime, copriranno tutta l'area dei bisogni assistenziali in area extraospedaliera, perseguendo però una forte integrazione con l'assistenza ospedaliera stessa in modo da assicurare la continuità terapeutica anche dopo la dimissione sia attraverso le **Cure Domiciliari** che la **Medicina Riabilitativa** ed, ove occorra, la fornitura di protesi ed ausili riducendo nel contempo le prescrizioni inappropriate di tipo ospedaliero da erogare in altro setting assistenziale.

Per tale motivo l'ASP ha attivato l'iter procedurale per la realizzazione della progettazione e successiva attivazione dei nuclei di cure primarie, che sono già in parte operativi e nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è stata prevista anche la riorganizzazione dell'Hospice di Cassano, i cui posti letto sono stati incrementati a 10, e la integrazione nella rete delle cure palliative.



Il Distretto, nel rispetto del proprio ruolo e comunque in un contesto non semplice in quanto anch'esso in corso di riorganizzazione, assicurato l'erogazione di tutte le attività comprese nei LEA compreso il monitoraggio ed il controllo delle attività distrettuali. Con l'accorpamento dei Distretti avvenuto nel 2013, l'erogazione dei servizi distrettuali avverrà anche presso le UTAD (Unità Territoriale di Assistenza Distrettuale) allocate presso le sedi dei distretti dismessi, e presso i Poli Sanitari da individuare in ragione di una popolazione compresa tra i 10 ed i 20 mila abitanti.

La politica sanitaria del distretto deve perseguire tra gli obiettivi il superamento dei singoli punti di accesso monotematici per realizzare "sportelli unici" opportunamente collocati nelle sedi distrettuali e nei poli territoriali.

Per la realizzazione efficace degli sportelli unici si è resa necessaria la costruzione di una rete informatica che ha richiesto una forte innovazione tecnologica a sostegno di modalità di accesso semplificate, uniformi e trasparenti.

Punto focale per il miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni territoriali è l'impegno ad **implementare le Cure Primarie**, ad integrazione del progetto sperimentale triennale delle Cure Primarie, previsto anche negli obiettivi di piano sanitario; con l'attivazione del primo nucleo di cure primarie, avvenuto a dicembre 2012, e dei successivi si è data la possibilità agli utenti di accedere direttamente a una **gamma di servizi, dalla specialistica agli ambulatori per i codici bianchi, che intercettino la domanda inappropriata in Pronto Soccorso**, e nel 2014 potranno essere migliorati per garantire un'ampia copertura territoriale.

Il NCP costituisce lo strumento per ottimizzare le risorse professionali presenti nel territorio e rispondere ai bisogni di salute della popolazione prevenzione, diagnosi, terapia e controllo delle patologie croniche a rilevanza sociale. Di seguito si sintetizzano compiti, obiettivi e risultati che ci si attende di raggiungere:

COMPITI

- Risposte alle urgenze territoriali (codici bianchi)
- Risposte alle pratiche burocratiche non differibili
- Gestione delle malattie croniche con ambulatori dedicati (ambulatorio per diabete, bpc, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica) supportati da specialisti che intervengono in maniera organizzata nello studio

OBIETTIVI

- Appropriatelyzza dell'utilizzo delle risorse mediante indicatori di Budget
- Appropriatelyzza dei percorsi diagnostico terapeutici
- Appropriatelyzza del trattamento delle acuzie , (gestione codici bianchi)
- Appropriatelyzza della gestione della cronicità
- Riduzione delle liste d'attesa

RISULTATI ATTESI

- Gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici
- Diagnosi precoce delle complicanze delle patologie croniche
- Riduzione dell'accesso dei codici bianchi in ospedale.



- Riduzione liste d'attesa per le branche specialistiche attinenti alle patologie croniche oggetto della sperimentazione.
- Migliore percezione qualitativa del SSN da parte dei cittadini utenti.
- Risposta territoriale alla riorganizzazione del sistema ospedaliero regionale.

Le Cure Primarie costituiscono il complesso di prestazioni assistenziali erogato in sede decentrata e più prossimale ai luoghi di vita dei cittadini e rappresenta il primo contatto tra questi ed il Servizio Sanitario.

Le azioni che esse svolgono, coprono tutta l'area dei bisogni assistenziali in area extraospedaliera, perseguendo però una forte integrazione con l'assistenza ospedaliera stessa in modo da assicurare la continuità terapeutica anche dopo la dimissione sia attraverso le **Cure Domiciliari** che la **Medicina Riabilitativa** ed, ove occorra, la fornitura di protesi ed ausili.

Ad integrazione delle attività territoriali, un significativo contributo potrà essere apportato dalla razionalizzazione del servizio di continuità assistenziale che si fonda sulla riorganizzazione delle postazioni e sull'integrazione del servizio stesso nella rete dell'emergenza-urgenza mediante l'istituenda centrale di ascolto unica provinciale.

o.1 Centro Assistenza Primaria Territoriale (CAPT)

Gli Ospedali trasformati in CAPT sono quelli di Cariati, Lungro, San Marco Argentano, Praia a Mare e Trebisacce. Le attività territoriali previste nei CAPT sono quelle delle cure primarie, della continuità assistenziale, le attività socio-sanitarie, le attività della Prevenzione e della Specialistica ambulatoriale e di diagnostica, nonché le attività residenziali e semiresidenziali.

La trasformazione in CAPT è di fatto avvenuta il 28/03/20012. Una parte dei posti letto di residenzialità (RSA) sono stati attivati dal 01/04/2012, e saranno utili per la rimodulazione dell'offerta nell'ambito della riconversione degli ospedali cosiddetti Distrettuali in CAPT e per garantire assistenza ai pazienti in fase di post acuzie dimessi dai presidi ospedalieri, limitando di fatto i ricoveri inappropriati.

L'attivazione dei rimanenti posti letto nelle varie RSA, per far sì che si possa soddisfare il fabbisogno complessivo di posti letto definito dalla Regione con il Decreto 18/2010, e per come previsto nell'atto aziendale, potrà avvenire compatibilmente con le risorse necessarie disponibili.

Per i CAPT di Trebisacce e Praia a Mare il Decreto 106/2012 assegna anche 10 posti letto di Lungodegenza (cod. 60) che sono attivi ed operativi già dal 01/12/2012 in base alla disposizione del D.G. prot. n° 216433 del 22/10/2012.

Anche per la rete territoriale si è dato seguito a piani di riorganizzazione funzionale con l'accorpamento di funzioni; inoltre, al fine di monitorare i consumi e le eventuali anomalie di funzionamento, sono state istituite varie commissioni di verifica per le attività farmaceutiche, per l'ADI, per la specialistica, per la verifica delle prescrizioni in genere ed in particolare di ausili e protesi e sui DRG.

Con Delibera 2485/11 si è data attuazione al progetto della rete reumatologica integrata tra ospedale e territorio, approvato nel corso del 2010;

o.2 Regolamenti

Al fine di disciplinare i criteri e le modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e la gestione delle liste d'attesa per la determinazione dei tempi massimi d'attesa e garantire applicabilità di regole di accesso uniformi su tutto il territorio aziendale è stato approvato con delibera n.2147/11 il "Regolamento per l'accesso e l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'ambito delle



strutture ospedaliere ed ambulatori territoriali dell'ASP. Successivamente la Direzione Strategica, con determina 104/11, ha istituito un gruppo di lavoro per la realizzazione del Programma Attuativo Aziendale dell'ASP di Cosenza per il governo delle liste d'attesa in attuazione del DPGR n.126 del 02/12/2011.

Con delibera n.1390/11 è stato inoltre approvato il regolamento aziendale relativo ai controlli e alle verifiche dei Piani Terapeutici Riabilitativi per i ricoveri di pazienti di competenza dell'ASP di Cosenza effettuati presso strutture riabilitative pubbliche e private accreditate. Ciò consente all'Azienda di migliorare la qualità di assistenza al paziente afferente ad uno dei previsti setting riabilitativi, contenere i ricoveri non appropriati, facilitare la risoluzione del contenzioso in atto e ridurre significativamente quello futuro.

Infine, in ottemperanza a quanto previsto dal DPGR n.71/11 che impone alle aziende sanitarie di adeguare i propri regolamenti alle disposizioni contenute nello stesso DPGR, l'Azienda con delibera 2615/11 ha approvato il Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria che troverà ulteriore applicazione nel corso del 2014.

Obiettivi fondamentali per le strutture aziendali è la corretta, puntuale e completa applicazione di tali regolamenti.

2.3.5 Obiettivi ed indicatori programmati per i Dipartimenti strutturali (D.S.M.):

➤ Mantenimento livelli di attività anno precedente;

- I. Riorganizzazione del Dipartimento secondo l'atto aziendale (entro 3 mesi dall'attuazione dei contenuti dell'atto aziendale da parte del D.G.);
- II. Predisposizione protocollo operativo (con le principali procedure) e piano di razionalizzazione delle risorse (umane, strutturali, tecnologiche, ecc.) all'interno del Dipartimento, per il I° trimestre 2013;
- III. Applicazione del protocollo operativo (e relative procedure) e razionalizzazione delle risorse secondo il piano predisposto (II° trimestre 2013);

Adozione concordata, limitatamente all'anno 2013, dei seguenti indicatori:

1. Produzione del protocollo operativo e principali procedure;
2. Produzione piano di razionalizzazione risorse (entro il 30/03/2013);
3. Relazione conclusiva sulla razionalizzazione delle risorse(entro il 30/06/2013).



Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2014 e 2013

Dati di attività Specialistica ambulatoriale

BRANCA	DESCRIZIONE	TOTALE 2013	PROD 2013	TOTALE 2014	PROD 2014	TOTALE 2014-2013	PROD 2014-2013
1	Anestesia	541	6.788,33	3.276	18.469,21	2.735	11.680,88
2	Cardiologia	48.016	1.222.979,87	78.672	1.927.611,69	30.656	704.631,82
3	Chirurgia Generale	3.538	58.756,94	7.056	121.408,27	3.518	62.651,33
4	Chirurgia Plastica	553	19.022,16	619	18845,44	66	-176,72
5	Chirurgia vascolare - Angiologia	20.987	920.920,68	32.515	1.402.689,00	11.528	481.768,32
6	Dermosifilopatia	5.189	80.804,14	13.403	233.425,81	8.214	152.621,67
7	Diagnostica per immagini - Medicina nucleare			20	568,2	20	568,2
8	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	107.370	4.157.309,09	158.704	6.008.020,32	51.334	1.850.711,23
9	Endocrinologia	6.455	186.587,17	15.423	289.493,25	8.968	102.906,08
10	Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	8.388	568.857,05	13.338	820.044,42	4.950	251.187,37
11	Lab. analisi - Anatomia patologica	2.189.775	6.604.912,05	2.430.687	7.455.183,24	240.912	850.271,19
12	Medicina fisica e riab. - Recupero e riab. funzionale	188.587	1.189.986,19	211.629	1.415.670,86	23.042	225.684,67
13	Nefrologia	58.340	10.211.014,13	71.068	11.499.238,99	12.728	1.288.224,86
14	Neurochirurgia	57	5.887,53	64	6.330,90	7	443,37
15	Neurologia	40.171	517.168,36	51.892	731.570,04	11.721	214.401,68
16	Oculistica	42.610	839.821,54	53.316	1.026.425,09	10.706	186.603,55
17	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale			1.268	0	1.268	0
18	Oncologia	10.710	72.904,52	4.522	113.694,50	-6.188	40.789,98
19	Ortopedia e traumatologia	12.100	189.879,06	22.897	394.015,62	10.797	204.136,56
20	Ostetricia e ginecologia	13.478	286.958,03	16.813	393.823,78	3.335	106.865,75
21	Otorinolaringoiatria	18.674	180.849,56	29.267	354.695,34	10.593	173.845,78
22	Pneumologia	14.422	234.651,10	10.339	197.248,88	-4.083	-37.402,22
23	Psichiatria	27.453	385.429,59	44.950	697.323,38	17.497	311.893,79
24	Radioterapia			1.332	198.971,68	1.332	198.971,68
25	Urologia	3.472	106.557,65	6.747	136.297,12	3.275	29.739,47
26	Altro	349.348	5.849.086,51	269.620	4.421.655,60	-79.728	-1.427.430,91
APA		3.876	2.968.991,00	4.513	3.269.070,00	637	300.079,00
		3.174.110	36.866.122,25	3.553.950	43.132.945,19	379.840	6.266.822,94



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRIVATA ACCREDITATA						
DISCIPLINA	DESCRIZIONE DISCIPLINA	ANNO				
		2011	2012	2013	2014	Diff. 2014/2013
3	03 Anatomia ed istologia patologica	878		13.704	17.048	3.344
8	08 Cardiologia	5.636	449	8.545	16.281	7.736
9	09 Chirurgia Generale	944	1.360		61	61
13	13 Chirurgia Toracica	19.062	4.122			-
14	14 Chirurgia Vascolare	254				-
19	19 Malattie endocrine, del ricambio e nutr.	131	100			-
22	22 Residuale manicomiale	663				-
24	24 Malattie infettive tropicali	903				-
34	34 Oculistica	3.577	4.787	4.837	5.072	235
35	35 Odontoiatria e Stomatologia	5.404	6.973	13.508	14.669	1.161
37	37 Ostetricia e Ginecologia	1.831	2.038	2.413	2.520	107
38	38 Otorinolaringoiatria	3.693	5.064	4.820	4.719	- 101
52	52 Dermatologia	3.248	4.434	5.509	5.583	74
54	54 Emodialisi	1.302	1.055	10.665	10.348	- 317
56	56 Recupero e riabilitazione funzionale	6.704	9.930	74.927	73.162	- 1.765
68	68 Pneumologia	2.618	2.060	4.516	4.111	- 405
69	69 Radiologia	48.927	50.976	68.568	75.312	6.744
83	83 Laboratorio Analisi chimico Clinica	2.274.559	2.665.518	3.274.884	3.642.577	367.693
84	84 Microbiologia e Virologia	89				-
86	86 Radiodiagnostica (Tac, Risonanza, Pet)	22.176	21.850	31.793	33.118	1.325
88	88 Genetica Medica	3.124	3.526	7.391	9.864	2.473
99	99 Altre Prestazioni	25.083	1			-
101	101 Diabetologia	15.355	22.315	25.210	26.626	1.416
104	104 Fisiokinesi	16.840	12.077	210.392	193.873	- 16.519
	TOTALE	2.463.001	2.818.635	3.761.682	4.134.944	373.262

Strutture residenziali pubbliche

Assistenza residenziale territoriale	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014	diff. Anno 2014/2013
RSA/M	Ricoveri	Ricoveri	Ricoveri	Ricoveri	totale diff
Trebisacce **	0	186	33	82	49
Cariati **	0	111	162	175	13
Mormanno ***	0	0	0	0	0
Lungro **	0	218	240	102	-138
Praia a mare **	0	154	178	148	-30
San Marco A. *	0	0	0	0	0
Hospice Cassano	0	0	0	117	117
					0
Totale	0	669	613	624	11

Strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate

RSA/Medicalizzata

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL ACCREDITATI PREVISTI 2011	N.GG 2011 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private)	PL ACCREDITATI PREVISTI 2012	p.l./gg. contrattualizzati 2012	PL ACCREDITATI PREVISTI 2013	p.l./gg. contrattualizzati 2013	PL ACCREDITATI PREVISTI 2014	p.l./gg. contrattualizzati 2014
RSA Caloveto	Jonio Sud	RSAM03	RSA-M	20	No contratt.	20	No contratt.	20			
R.S.A.San Raffaele	MVC	RSAM01	RSA-M	20	7.062	20	7.036	20	7.200	20	6.934
Villa Gioiosa	MVC	RSAM05	RSA-M	24	8.561	24	8.581	24	8.640	24	8.564

RSA per disabili

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL privati accreditati	p.l./gg. contrattualizzati 2011	NUM. GG 2011 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2012	NUM. GG 2012 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2013	NUM. GG 2013 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2014	NUM. GG 2014 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE
La Quiete s.a.s.	MVC	RSAD01	RSA per Disabili	20	7.300	7.237	20	7.231	20	7.100	20	7.100
Santa Chiara s.r.l.	Jonio Sud	RSAD04	RSA per Disabili	28	7.154	6.894	6.999	6.973	9.990	9.967	28	9.940
Villa Igea s.r.l.	MVC	RSAD05	RSA per Disabili	38	13.870	13.630	38	13.824	38	13.489	38	13.489



RSA/Anziani – Case Protette

DENOMINAZIONE STRUTTURA	PROVINCIA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	N.GG /2011 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE	PL / GG ACCREDITATI PREVISTI 2012	N.GG /2012 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE	PL / GG ACCREDITATI PREVISTI 2013	N.GG /2013 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE	p.l./gg. contrattualizzati 2014	N.GG /2014 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE
Villa Adelchi	COSENZA	Tirreno	RSAA01	RSA Anziani	21.821	60	21.778	60	21.300	60	21.300
San Francesco di Paola	COSENZA	Tirreno	RSAA031	RSA Anziani	21.474	60	21.698	60	21.300	60	21.300
RSA Caloveto	COSENZA	Jonio Sud	RSAA30	RSA Anziani	16.607	40	7.145	40	8.126	40	6.259
Villa Torano	COSENZA	MVC	RSAA03	RSA Anziani	19.846	55	19.398	55	19.525	55	19.526
Villa Silvia	COSENZA	Cosenza	RSAA04	RSA Anziani	7.165	20	6.906	20	7.100	20	6.737
La Quiete s.a.s. di Pasquale Autolitano & C.	COSENZA	MVC	RSAA05	RSA Anziani	14.554	40	14.517	40	14.200	40	14.200
Villa Bianca	COSENZA	Cosenza	RSAA06	RSA Anziani	12.374	34	12.269	34	12.070	34	12.070
Villa S. Stefano	COSENZA	Cosenza	RSAA07	RSA Anziani	8.999	25	8.716	25	8.875	25	8.698
San Bartolo s.r.l.	COSENZA	Cosenza	RSAA08	RSA Anziani	20.586	57	20.026	57	20.235	57	20.196
R.S.A.San Raffaele	COSENZA	MVC	RSAA09	RSA Anziani	14.503	40	14.415	40	14.200	40	14.527
Villa Igea s.r.l.	COSENZA	MVC	RSAA35	RSA Anziani	7.242	20	7.196	20	7.100	20	7.100
Villa Gioiosa	COSENZA	MVC	RSAA37	RSA Anziani	10.916	30	10.967	30	10.650	30	10.650
Casa Albergo S. Carlo Borromeo	COSENZA	Cosenza	RSAA39	RSA Anziani	5.340	15	5.223	15	5.325	15	4.979
RIZZO	COSENZA	Jonio Sud	RSAA02	RSA Anziani	11.738	33	11.881	33	11.617	33	11.725



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	N.GG /2011 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE	PL / GG ACCREDITATI PREVISTI 2012	N.GG /2012 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE	PL / GG ACCREDITATI PREVISTI 2013	N.GG /2013 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE	p.l./gg. contrattualizzati 2014	N.GG /2014 (effettivamente) ACQUISTATE (Strutt. Private) O OCCUPATE
San Camillo	Tirreno	CPA001	C.P. Anziani	8.998	9.125	9.029	25	8.875	25	8.875
San Giuseppe	Castrovillari	CPA002	C.P. Anziani	21.478	60	21.411	60	21.300	60	21.300
Casa Serena Santa Maria di Loreto	Jonio Sud	CPA003	C.P. Anziani	8.441	24	8.673	24	8.132	24	8.460
S.Pio e Madonna dell'Immacolata	Jonio Sud	CPA004	C.P. Anziani	19.155	56	20.129	56	20.238	56	19.880
Villa Azzurra	Jonio Nord	CPA005	C.P. Anziani	27.585	86	29.280	86	28.896	86	30.008
Villa Sorriso s.r.l.	MVC	CPA006	C.P. Anziani	14.502	40	14.494	40	14.200	40	14.200
Santa Maria	Jonio Sud	CPA007	C.P. Anziani	6.449	25	5.442	25	5.338	25	6.421
Villa Adelchi	Tirreno	CPA009	C.P. Anziani	6.929	6.929	6.953	19	6.745	19	6.745
Villa Florensia	Jonio Sud	CPA028	C.P. Anziani	3.285	3.279	3.279	18	4.447	18	6.390
Sant'Antonio	Castrovillari	CPD001	CP per disabili	3.386	32	10.204	32	11.360	32	11.360
Borgo dei Mastri Pad. F.	Cosenza- Savuto	CPD002	CP per disabili (mentali)	32.125	89	32.358	89	31.595	89	31.595



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI	p.l./gg. contrattualizzati 2012	N.GG /2012 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2013	N.GG /2013 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2014	N.GG /2014 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE
Villa Augusta s.a.s.	DISTRETTO N. 2 POLLINO ESARO	SRRP04	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	16	16	5.840	16	5.840	16	5.840
Terra dei Semplici	DISTRETTO N. 3 IONIO SUD	SRRP11	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	10	10		10	3.600	10	3.600
Il Giardino dei semplici	DISTRETTO N. 3 IONIO SUD	SRRP01	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	10	10		10	3.600	10	3.600
La Villetta Coop. Sociale Arianna	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP02	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	7	7	2.458	7	-	NO CONTR	NO CONTR
Lucia Mannella	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP16	Residenza socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	10	10	3.620	10	3.600	10	3.600
Borgo dei Mastri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP20	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	20	20	7.255	20	7.200	20	7.200
Borgo dei Mastri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP21	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	20	20	7.272	20	7.200	20	7.200
Borgo dei Mastri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP22	Residenza Psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sociale Gruppo di Convivenza	6	0	0	0	0	NO CONTR	NO CONTR
Villa degli Oleandri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP23	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	20	20	7.260	20	7.200	20	7.200
Villa degli Oleandri s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP24	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	20	20	7.165	20	7.200	20	7.200
Villa Verde s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP25	Residenza ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	20	20	7.192	20	7.200	20	7.200
Villa Verde s.r.l.	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP26	Residenza Psichiatrica sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria	20	20	7.132	20	7.200	20	7.200
La Ghironda	DISTRETTO N. 5 "COSENZA/SAVUTO	SRRP05	Centro diurno Psichiatrico						20	5.800

Residenze per tossicodipendenti

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI O PUBBLICI PREVISTI	p.l./gg. contrattualizzati 2012	N.GG (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2013	N.GG 2012 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2014	N.GG 2013 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE
L'ULIVO	Praia /scalea	CTD001	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	25	9.000	6.480	9.000	6.814	9.000	7.787
REGINA PACIS	san marco	CTD004	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	20	3.600	1.717	3.600	880	3.600	902
SAMAN	Trebisacce	CTD003	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	30	5.400	1.544	5.400	2.933	5.400	
REGINA PACIS	MVC	CTD002	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	15	2.520	1.695	2.520	1.297	2.520	1.500
IL DELFINO Eden		CTD005	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	22	7.920	6.089	7.920	5.425	7.920	3.610
REGINA PACIS	cosenza	CTD036	Ass. alle persone dipendenti da sostanze d'abuso	25	4.320	1.954	4.320	1.200	4.320	813

Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo

DENOMINAZIONE STRUTTURA	DISTRETTO	CODICE	TIPOLOGIA	PL PRIVATI ACCREDITATI	p.l./gg. contrattualizzati 2012	N.GG /2012 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2013	N.GG /2013 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE	p.l./gg. contrattualizzati 2014	N.GG /2014 (effettivamente) EROGATE/CONSUMATE
Villa Adelchi	Paola - Cetraro	CRE003	RIAB.EXTENS. C. cont.	12	3.720	4.314	4.200	4.200	4.200	4.200
Santa Chiara	Paola - Cetraro	CRE004	RIAB.EXTENS. C. cont.	30	10.818	10.761	10.500	10.495	10.500	10.500
Don Milani	Castrovillari	CRE005	RIAB.EXTENS. C. cont.	16	5.760	5.803	5.600	5.573	5.600	5.583
Villa Torano	MVC	CRE011	RIAB.EXTENS. C. cont.	40	14.400	12.581	14.000	12.576	14.000	13.343
Santa Chiara s.r.l.	S. Giovanni in Fiore	CRE044	RIAB.EXTENS. C. cont.	20	7.144	6.938	7.000	6.995	7.000	6.998
Biolife s.r.l.	Cosenza	CRE050	RIAB.EXTENS. C. cont.	30	10.818	10.757	10.500	10.936	10.500	10.500
Madonna della Catena s.r.l.	Cosenza	CRE012	RIAB.EXTENS. C. cont.	16	5.760	5.748	5.600	5.829	5.600	5.600
Villa S. Pio s.r.l. Unipersonale	Cosenza	CRE045	RIAB.EXTENS. C. cont.	30	10.818	10.784	10.500	10.945	10.500	10.500

Riabilitazione estensiva ambulatoriale, domiciliare, ciclo diurno

Denominazione Struttura	Sede Comune	Distretto		n° prestaz. Accred.	Prestaz. Acquisite 2012	Prestaz. Effettivamente erogate/consumate 2012	Prestaz. Acquisite 2013	Prestaz. Effettivamente erogate/consumate 2013	Prestaz. Acquisite 2014	Prestaz. Effettivamente erogate/consumate 2014
AIAS ONLUS di Carolei	Vadue di Carolei	Cosenza	ambul.	78	20.074	18.937	22.600	21.991	22.620	20.351
AIAS ONLUS di Cetraro	Diamante	Tirreno	ambul.	36	10.908	10.908	10.440	10.887	10.440	10.440
AIAS ONLUS di Cetraro	Diamante	Tirreno	domic.	36	10.908	10.908	10.440	10.946	10.440	10.440
ANMIC - S. Giovanni in Fiore	S. Giovanni in F.	Jonio Sud	ambul.	80	20.313	20.313	23.200	23.200	23.200	23.169
ANMIC - S. Giovanni in Fiore	S. Giovanni in F.	Jonio Sud	domic.	50	14.791	14.641	14.500	14.500	14.500	14.500
ANMI-SISS s.r.l.	Rossano	Jonio Sud	ambul.	90(72)*	19.873	19.538	20.880	20.880	20.880	20.880
ANMI-SISS s.r.l.	Rossano	Jonio Sud	domic.	110	32.814	31.656	31.900	31.900	31.900	31.900
ANMI-SISS s.r.l.	Rossano	Jonio Sud	c. diurno	20(**)	5.707	5.030	5.800	5.800	5.800	5.800
ANMI-SISS s.r.l.	Cosenza	Cosenza	ambul.	24(42)*	11.030	11.024	12.180	12.180	12.180	12.180
ANMI-SISS s.r.l.	Cosenza	Cosenza	c. diurno	20(**)	-	-	-	-	-	-
BIOLIFE s.r.l.	Cosenza	Cosenza	ambul.	20	10.358	10.305	10.400	10.566	10.440	10.440
BIOLIFE s.r.l.	Cosenza	Cosenza	c. diurno	20	4.151	5.800	5.800	5.800	5.800	5.800
Clinic Service Center	Pian Lago-Mangone	Cosenza	ambul.	60	16.587	16.587	17.400	17.400	17.400	17.400
Clinic Service Center	Piano Lago-Mangone	Cosenza	domic.	40	11.659	11.270	11.600	11.600	11.600	11.600
Costruire il Domani	Rogliano	Cosenza	ambul.	36	9.345	9.261	10.440	9.688	10.440	10.106
Don Milani	Lungro	Castrovillari	Diurno	20	1.878	1878	5.800	3.830	5.800	4.754
Fisiocenter di Emanuele Maduli	Cariati M.	Jonio Sud	ambul.	36	10.440	10.440	10.440	10.439	10.440	10.440
Riabil Center	Castrovillari	Castrovillari	ambul.	18	4.980	4.860	5.220	5.220	5.220	5.220
Riabilitazione S. Lorenzo	S. Giovanni in F.	Jonio Sud	ambul.	36	10.225	10.077	10.440	10.406	10.440	10.440
Santa Chiara	Paola	Tirreno	ambul.	36	10.139	10.067	10.440	10.295	10.440	10.381
Terme Sibarite spa	Cassano	Jonio Sud	ambul.	36	10.800	6.647	10.440	8.601	10.440	8.601
Terme Sibarite spa	Cassano	Jonio Sud	c. diurno	20			-	-	-	-
Villa Adelchi	Longobardi	Tirreno	ambul.	35	9.450	5.330	10.150	5.447	10.150	5.645
Villa Adelchi	Longobardi	Tirreno	domic.	37	9.990	7.054	10.730	6.520	10.730	8.251
Villa S. Pio	Dipignano	Cosenza	ambul.	36	8.900	8.808	10.440	10.440	10.440	10.440
Villa S. Pio	Dipignano	Cosenza	domic.	36	10.186	10.186	10.440	10.440	10.440	10.440



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Nelle tabelle che seguono si riportano i dati relativi alle prestazioni erogate presso i Consultori ASP, organizzati per territori afferenti ai Distretti Sanitari:

	SOCIALI		14-13	Variaz.	PSICOLOGICHE		14-13	Variaz.	SANITARIE		14-13	Variaz.
Distretto Ionio SUD	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%
S. Giovanni in F.	3.810	3.161	-649	-17,03	2.062	2.537	475	23,04	14.687	14.108	-579	-3,94
Rossano	1.151	1.209	58	5,04	1.090	1.051	-39	-3,58	14.616	12.672	-1.944	-13,30
Mirto	701	199	-502	-71,61	380	206	-174	-45,79	4.813	4.221	-592	-12,30
Cariati	494	637	143	28,95	487	453	-34	-6,98	3.989	5.828	1.839	46,10
Totale	6.156	5.206	-950	-15,43	4.019	4.247	228	5,67	38.105	36.829	-1.276	-3,35

	SOCIALI		14-13	Variaz.	PSICOLOGICHE		14-13	Variaz.	SANITARIE		14-13	Variaz.
Distretto Ionio NORD	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%
Corigliano	783	728	-55	-7,02	1.392	1.735	343	24,64	11.331	10.701	-630	-5,56
Cassano	2.782	2.731	-51	-1,83	1.114	1.128	14	1,26	9.053	9.739	686	7,58
Trebisacce	1.493	1.441	-52	-3,48	28	428	400	1428,57	29.548	32.570	3.022	10,23
Oriolo	1.515	1.303	-212	-13,99	1.671	1.760	89	5,33	3.789	1.133	-2.656	-70,10
Totale	6.573	6.203	-370	-5,63	4.205	5.051	846	20,12	53.721	54.143	422	0,79

	SOCIALI		14-13	Variaz.	PSICOLOGICHE		14-13	Variaz.	SANITARIE		14-13	Variaz.
Distretto Cosenza/Savuto	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%
Rogliano	2.250	2.242	-8	-0,36	645	644	-1	-0,16	9.002	6.290	-2.712	-30,13
Celico	7.249	8.566	1.317	18,17	-	-	-	-	4.213	7.039	2.826	67,08
CS - De Chiara	1.371	1.560	189	13,79	681	733	52	7,64	11.197	15.043	3.846	34,35
CS - Via Popilia	-	-	-	-	1.467	1.516	49	3,34	43.309	38.494	-4.815	-11,12
Totale	10.870	12.368	1.498	13,78	2.793	2.893	100	3,58	67.721	66.866	-855	-1,26

	SOCIALI		14-13	Variaz.	PSICOLOGICHE		14-13	Variaz.	SANITARIE		14-13	Variaz.
Distretto Valle Crati	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%
Montalto	-	-	-	-	-	-	-	-	14.044	18.111	4.067	28,96
Aciri	-	-	-	-	1.091	1.058	-33	-3,02	4.789	760	-4.029	-84,13
Rende	1.578	1.822	244	15,46	1.006	901	-105	-10,44	16.967	18.791	1.824	10,75
Rende - Unical	-	-	-	-	1.079	1.134	55	5,10	9.306	13.102	3.796	40,79
Totale	1.578	1.822	244	15,46	3.176	3.093	-83	-2,61	45.106	50.764	5.658	12,54

	SOCIALI		14-13	Variaz.	PSICOLOGICHE		14-13	Variaz.	SANITARIE		14-13	Variaz.
Distretto Pollino	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%
Esaro	1.002	-	-	-	843	814	-29	-3,44	10.307	12.345	2.038	19,77
Castrovillari	3.588	3.820	232	6,47	937	417	-520	-55,50	4.776	4.699	-77	-1,61
San sosti	6.138	2.222	-3.916	-63,80	-	-	-	-	1.130	-	-	-
San lorenzo	2.671	1.289	-1.382	-51,74	-	-	-	-	8.105	5.067	-3.038	-37,48
Totale	13.399	7.331	-6.068	-45,29	1.780	1.231	-549	-30,84	24.318	22.111	-2.207	-9,08

	SOCIALI		14-13	Variaz.	PSICOLOGICHE		14-13	Variaz.	SANITARIE		14-13	Variaz.
Distretto Tirreno	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%	2013	2014	valore	%
Scalea	854	695	-159	-18,62	4.157	3.916	-241	-5,80	8.766	14.644	5.878	67,05
Diamante	6.827	5.683	-1.144	-16,76	1.084	656	-428	-39,48	3.144	5.166	2.022	64,31
Paola	1.698	1.552	-146	-8,60	554	776	222	40,07	7.280	5.138	-2.142	-29,42
Amantea	2.130	2.682	552	25,92	3.482	3.260	-222	-6,38	3.898	4.102	204	5,23
Totale	11.509	10.612	-897	-7,79	9.277	8.608	-669	-7,21	23.088	29.050	5.962	25,82



Punto focale per il miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni territoriali è stato, nel corso del 2013, l'impegno ad **implementare l'attività dei Nuclei di Cure Primarie**, attivate nel corso del 2012 nell'ambito di un progetto sperimentale, previsto come obiettivo di piano sanitario; con l'attivazione del primo nucleo di cure primarie, avvenuto a dicembre 2012, si è data la possibilità agli utenti di accedere direttamente a una **gamma di servizi, dalla specialistica agli ambulatori per i codici bianchi, che intercettino la domanda inappropriata in Pronto Soccorso**.

Il N.C.P rappresenta lo strumento per ottimizzare le risorse professionali presenti nel territorio e rispondere ai bisogni di salute della popolazione prevenzione, diagnosi, terapia e controllo delle patologie croniche a rilevanza sociale. Di seguito si sintetizzano compiti, obiettivi e risultati che si stanno realizzando :nel corso dei tre anni:

- Risposte alle urgenze territoriali (codici bianchi);
- Risposte alle pratiche burocratiche non differibili;
- Gestione delle malattie croniche con ambulatori dedicati (ambulatorio per diabete, bpc, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica) supportati da specialisti che intervengono in maniera organizzata nello studio

Gli Obiettivi prioritari dei Nuclei delle Cure Primarie sono orientati a garantire:

- Appropriately dell'utilizzo delle risorse mediante indicatori di Budget
- Appropriately dei percorsi diagnostico terapeutici
- Appropriately del trattamento delle acuzie , (gestione codici bianchi)
- Appropriately della gestione della cronicità
- Riduzione delle liste d'attesa

In definitiva i risultati attesi a seguito dell'attivazione dei Nuclei di Cure Primarie consistono in:

- Gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici
- Diagnosi precoce delle complicanze delle patologie croniche
- Riduzione dell'accesso dei codici bianchi in ospedale.
- Riduzione liste d'attesa per le branche specialistiche attinenti alle patologie croniche oggetto della sperimentazione.
- Migliore percezione qualitativa del SSN da parte dei cittadini utenti.
- Risposta territoriale alla riorganizzazione del sistema ospedaliero regionale.

Le Cure Primarie costituiscono il complesso di prestazioni assistenziali erogato in sede decentrata e più prossimale ai luoghi di vita dei cittadini e rappresentano il primo contatto tra questi ed il Servizio Sanitario.

Le azioni che esse svolgono, coprono tutta l'area dei bisogni assistenziali in area extraospedaliera, perseguendo però una forte integrazione con l'assistenza ospedaliera stessa in modo da assicurare la continuità terapeutica anche dopo la dimissione sia attraverso le **Cure Domiciliari** che la **Medicina Riabilitativa** ed, ove occorra, la fornitura di protesi ed ausili.

L'unitarietà della erogazione delle prestazioni viene realizzata mediante attivazione degli **Sportelli Unici Territoriali (PUA)** avviata nel corso del 2013; la politica sanitaria del distretto pone tra gli obiettivi il superamento dei singoli punti di accesso monotematici per realizzare "sportelli unici" opportunamente collocati nelle sedi distrettuali e nei poli territoriali. La realizzazione efficace degli sportelli unici si rende necessaria per la costruzione di una rete informativa che richiede una forte innovazione tecnologica a sostegno di modalità di accesso semplificate, uniformi e trasparenti.



Obiettivi di Attività dell'esercizio 2014 e confronto con il livello programmato

Nell'anno 2014 sono stati perseguiti gli obiettivi individuati nel piano delle attività per l'anno 2014, e sono stati raggiunti i seguenti risultati per l'area territoriale (LEA Territoriale):

- Riorganizzazione del livello territoriale secondo l'atto di riorganizzazione aziendale, nei limiti delle risorse umane e strumentali disponibili, e nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale dal livello regionale. L'attivazione e/o il potenziamento di alcune UU.OO. è strettamente dipendente dallo sblocco del turnover da parte del livello regionale, più volte richiesto da questa ASP e non ancora autorizzato.
- Sviluppo crono programma triennale per la completa attuazione della riconversione dei CAPT in Casa della salute;
- Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza secondo quanto stabilito dai relativi piani aziendali (Riorganizzazione PET e C.A.)
- Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati, in ogni Distretto, nell'anno 2013;
- Contenimento dei costi registrati nel 2013;
- Potenziamento e messa a regime delle Cure Domiciliari Integrate (CDI), rete cure palliative e terapia del dolore e dell'integrazione Ospedale – Territorio;
- Mantenimento dei livelli di attività per la specialistica ambulatoriale nei valori registrati nell'anno 2013 e comunque nel limite del tetto di spesa programmato per il 2014, secondo i piani di attività.
- Miglioramento dell'offerta di specialistica ambulatoriale con razionalizzazione in rapporto alla domanda;
- Razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica territoriale nel rispetto dei tetti di spesa assegnati;
- Verifica e monitoraggio sulla iperprescrizione e appropriatezza prescrittiva;
- Riorganizzazione del Dipartimento di Salute mentale secondo l'atto di riorganizzazione aziendale, nei limiti delle risorse umane e strumentali disponibili, e nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale dal livello regionale.
- Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati, nel Dipartimento di Salute mentale, nell'anno 2013;

Per quanto riguarda le attività in programma per l'anno 2014, occorre precisare che molte di esse sono state la logica conseguenza di azioni già avviate nell'anno 2013, mentre altre attività sono state mirate alla corretta implementazione delle tre reti assistenziali di cui al Decreto n°18/2010, Ospedaliera, Territoriale ed Emergenza-Urgenza.

Infatti, in attuazione del Decreto 18/2010, e s.m.i., si è proceduto alla definizione organizzativa dell'area territoriale con l'attivazione, all'interno dei CAPT, delle attività previste, la riorganizzazione delle attività distrettuali, con la attivazione dei Nuclei delle Cure primarie, e programma di riordino delle attività mirate al trattamento delle patologie croniche, miglioramento dell'ADI, ;

Nel corso delle riconversioni sopra descritte, il personale è stato riallocato in altre UU.OO. di Presidi Ospedalieri e servizi territoriali che si trovavano in carenza delle stesse figure, in applicazione degli accordi regionali sulla mobilità del personale del comparto e del decreto 127/2011 per la Dirigenza, anche se la carenza di personale nella intera ASP di Cosenza, conseguente anche ai numerosi pensionamenti, crea notevoli difficoltà nella gestione anche delle attività ordinarie.

Le attività del territorio sono state comunque mirate al controllo delle inapproprietezze al fine di ricondurre le prestazioni inappropriate nell'opportuno setting assistenziale. In particolare per quanto riguarda il setting della riabilitazione, nel corso del 2014 è stato applicato il regolamento aziendale relativo ai controlli e alle verifiche dei piani terapeutici riabilitativi per i ricoveri presso strutture riabilitative pubbliche e private



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

accreditate. Inoltre sono state definite le anagrafiche e le procedure per la fornitura di dispositivi ausiliari e protesici.

L'obiettivo finale è stato quello di ridurre il ricorso alla ospedalizzazione, tutt'ora elevato nella nostra regione, a favore di altre modalità assistenziali appropriate del livello territoriale, altrettanto efficaci e meno onerose.

In funzione di ciò, ai fini delle performance, gli obiettivi di attività perseguiti nel corso della gestione anno 2014, possono ritenersi raggiunti per il livello territoriale, sia rispetto ai livelli programmati che rispetto alle attività consuntivate dell'anno precedente, a cui può essere riferito il confronto delle attività dell'esercizio in esame.

L'Azienda nel corso dell'anno 2014 ha erogato tutte le prestazioni territoriali necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale, in relazione alle risorse disponibili.

Gli obiettivi possono ritenersi, pertanto, raggiunti per l'82%



2.4 ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Obiettivi generali ed indicatori programmati per il Dipartimento di Prevenzione anno 2014:

2.4.1 Prestazioni E Obiettivi Generali:

Il Dipartimento di Prevenzione è caratterizzato da autonomia organizzativa e contabile, è centro di responsabilità ed è destinatario del budget complessivo dell'area alla quale rispondono le unità operative afferenti. E' preposto alla direzione tecnico-organizzativa e al coordinamento delle attività necessarie a garantire il livello essenziale "assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro". Le prestazioni e le attività che il Dipartimento deve erogare sono quelle indicate nel DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i. e nei provvedimenti regionali attuativi, in cui sono riportate anche le prestazioni e le attività di ciascuno dei sotto livelli in cui si articola. Devono essere garantite attraverso l'unitarietà degli aspetti igienico-sanitari, di sicurezza e ambientali, assicurando l'intersectorialità e l'interdisciplinarietà degli interventi, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di attività.

2.4.2 Appropriately nelle Attività Di Prevenzione

Obiettivi aziendali per il 2014 sono la riorganizzazione del Dipartimento in Unità Operative tendenti ad accorpare attività omogenee, nel rispetto dell'Atto Aziendale adottato ai sensi dell'art. 7, comma 2, della Legge Regionale 11/2004 e del D.P.G.R. n° 14/2011, e successivamente, l'individuazione da parte dei Responsabili delle UU.OO., di quelle prestazioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione per le quali è documentata la scarsa utilità, in favore di quelle per le quali è documentata l'efficacia, e di quelle programmabili e accentrabili a livello distrettuale, come indicato nell'Atto di Indirizzo alla Aziende per l'adozione degli Atti Aziendali, ai fini della individuazione di soluzioni atte a razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e a garantire l'equilibrio tra le attività svolte e i relativi costi.

La verifica sull'appropriatezza delle prestazioni sarà effettuata dai Responsabili dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, che trimestralmente dovranno relazionare in merito ai Responsabili del controllo strategico aziendale (P.e.C., D.G.).

2.4.3 Obiettivi Specifici Piano di Attività Anno 2014:

Le direttive emanate dalla Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, con gli indirizzi articolati per livelli di assistenza, in riferimento al D.P.C.M. 29/11/2001 e ai provvedimenti regionali al riguardo già adottati, stabiliscono la necessità di produrre un programma di lavoro caratterizzato dalla definizione degli obiettivi di salute che dovranno essere raggiunti tramite interventi di prevenzione. Ciò, naturalmente, impone la necessità di rimuovere eventuali criticità esistenti e rilevate, che non può non essere parallela all'impegno dei Servizi attualmente operanti per il raggiungimento di obiettivi che l'Azienda si prefigge a breve e medio termine. Di conseguenza, ciascun Servizio, in aggiunta agli obiettivi generali dovrà perseguire gli obiettivi specifici individuati per l'anno 2014, esplicitati nel piano in allegato.

Di particolare rilievo il programma regionale di controllo produzione primaria, piano sicurezza alimentare, evasione obiettivi di piano regionali per il servizio veterinario.

L'Azienda nel corso dell'anno 2013 ha erogato le prestazioni necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale. Inoltre, coerentemente con quanto previsto dalla DGR 851 del 29/12/2010 con la quale si approva il Piano Regionale di Prevenzione, ha programmato e realizzato i relativi progetti. Al fine di monitorare e rendicontare i costi sostenuti per le attività del PRP e dotare l'Azienda di uno strumento che le consenta di produrre un preciso flusso informativo per la Direzione Strategica nonché per la Regione Calabria, con delibera 3696/11 è stato individuato lo "strumento contabile dedicato all'impegno, al



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

monitoraggio dei flussi economici e alla rendicontazione dei costi sostenuti per l'Attuazione del PRP". Allo stesso fine con delibera 4057/11 sono stati costituiti i gruppi di lavoro Aziendali di lavoro progettuali.

Infine, in merito alle disposizioni del Direttore Generale dell'Assessorato alla Sanità circa l'elaborazione di un piano di accorpamento delle strutture vaccinali degli interi territori provinciali delle AA.SS.PP. della Calabria l'ASP ha predisposto ed approvato con delibera 1811/11 il Piano di riorganizzazione ed accorpamento dei Centri di Vaccinazione aziendali.

Obiettivo	Azioni
1. Riorganizzazione del dipartimento	Riorganizzazione delle attività e dei servizi del Dipartimento a seguito del conferimento da parte della D.G. dei nuovi incarichi dirigenziali di struttura
2. Flussi informativi	Miglioramento delle procedure correlate alla produzione dei flussi informativi.
3. Razionalizzazione dotazioni organiche	Razionalizzazione delle dotazioni organiche in base al rapporto dipendenti/volumi prestazionali.
4. Miglioramento dell'efficienza nell'erogazione dei LEA nell'area della Prevenzione Riferimenti PdR Piano regionale prevenzione 2010-2012 di cui alla DGR n.851 del 29.12.2011	Realizzare e dare attuazione a livello locale le azioni, gli interventi e gli obiettivi previsti del Piano regionale prevenzione 2010-2012 di cui alla DGR n.851 del 29.12.2011, che qui si intende integralmente riportata.
	Migliorare l'efficacia dei sistemi di sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmissibili e sviluppare e consolidare programmi di controllo per le malattie infettive rilevanti all'interno delle collettività, per le malattie di importazione nei viaggiatori e nei migranti e per le zoonosi.
	Garantire adeguati livelli di copertura per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale e nazionale e sviluppare strategie per incrementare le coperture vaccinali dei soggetti a maggiore rischio di complicanze.
	Garantire la prosecuzione dei programmi di screening oncologici attivi e la continuità dei percorsi diagnostico terapeutici conseguenti alla positività dei test di screening.
	Sviluppare azioni e programmi finalizzati ad integrare le competenze necessarie per affrontare le problematiche connesse alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
	Garantire le attività di vigilanza e assistenza finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro.
	Assicurare i controlli sulla sicurezza alimentare e il benessere animale e la qualificazione del personale con funzioni ispettive
	Implementazione del Piano della Prevenzione Regionale e mantenimento delle attività riguardanti i sistemi di sorveglianza di popolazione e di supporto ai programmi di promozione di stili di vita sani.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



Confronto Dati di Attività degli Esercizi 2014 e 2013

Regione Calabria		
ASP Cosenza		
Consuntivi attività Dipartimento di Prevenzione anni 2013/2014		
U.O.C.	ANNO 2013	ANNO 2014
EPIDEMIOLOGIA E STATISTICA SANITARIA (rapporti)	100%	100%
IGIENE E SANITA' PUBBLICA	113.465	84.389
MEDICINA DELLO SPORT	29.838	30.754
MEDICINA LEGALE	75.259	92.794
IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - SIAN	14.136	18.818
SPISAL	6.886	11.092
SVET AREA A	438.149	358.835
SVET AREA B	176.443	127.750
SVET AREA C	16.393	16.057

ASP COSENZA		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA E SS REPORT 2013/2014		
ATTIVITA' (rapporti)	2013	2014
Profilo di salute e priorità sanitarie nell'ASP di Cosenza Rapporto	100%	100%
Demografia e territorio asp cosenza- stesura rapporto	100%	100%
mortalità nell'ASP CS rapporto	100%	100%
Morbosità ospedaliera asp cs rapporto	100%	100%
abitudini comportamentali	0%	100%
sistema sorveglianza PASSI - Coordinamento aziendale	100%	100%
Sistema di sorveglianza PASSI - ASP di Cosenza rapporto	100%	100%
Sistema di sorveglianza PASSI ARGENTO - ASP di Cosenza Coordinamento aziendale	100%	100%
Sistema di sorveglianza PASSI ARGENTO - ASP di Cosenza rapporto	100%	100%
Progetti regionali di prevenzione: i sistemi di sorveglianza	0%	100%
Sorveglianza degli incidenti stradali- stesura del rapporto aziendale	100%	100%
Sorveglianza degli incidenti domestici - stesura del rapporto aziendale	100%	100%
Sorveglianza degli incidenti e degli infortuni sul lavoro - stesura del rapporto aziendale	100%	100%
Sorveglianza dell'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare	100%	100%
Registro nominativo per causa di morte	0%	100%
Archiviazione cartacea e su supporto magnetico delle schede di morti correnti	100%	100%
Archiviazione cartacea e su supporto magnetico delle schede di morti pregresse	100%	100%
Gestione registro di morte ai sensi delle norme vigenti - anno 2012	100%	100%
Attività di collaborazione con il dipartimento sanità della regione Calabria	0%	100%
Sistema di sorveglianza PASSI - Attività di coordinamento regionale	100%	100%
Sistema di sorveglianza Passi- stesura del rapporto regionale/attività di comunicazione	100%	100%
Sistema di sorveglianza PASSI ARGENTO - attività di coordinamento regionale	100%	100%
Sistema di sorveglianza PASSI ARGENTO - stesura del rapporto regionale/attività di comunicazione	100%	100%
Attività di collaborazione con ISS-CNESPS	0%	100%
Studio Passi Argento - partecipazione gruppo tecnico operativo nazionale	100%	100%
Attività non programmabile	0%	100%
Attività di collaborazione con le strutture dell'ASP di Cosenza	90%	100%
Attività di collaborazione con le strutture regionali e istituti scientifici	90%	100%
Attività amministrativa	0%	100%
Attività amministrativa corrente	100%	100%
Attività amministrativa di supporto richiesta dal dipartimento di prevenzione	100%	100%



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

ASP di COSENZA			
U.O.C. IGIENE PUBBLICA E MEDICINA PREVENTIVA			
REPORT anno 2013/2014			
Cod.	Attività Tipica (LEA) Igiene Pubblica	TOTALE 2013	TOTALE 2014
B1	Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	667	72
B2	Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione	193	45
B3	Valutazione igienico sanitaria degli strumenti di regolazione edilizia ed urbanistica	1.592	1.408
B4	Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambienti di vita non confinati	1.199	1.853
B5	Tutela della salute e sicurezza delle abitazioni civili	701	408
B6	Promozione della sicurezza stradale	-	7
B7	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico, ricreativo, sportivi e ricettivi	802	772
B8	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio sanitarie	208	222
B9	Tutela igienico sanitaria degli stabilimenti termali	-	56
B10	Tutela della popolazione e dei lavoratori da rischio amianto	394	365
B11	Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici	5	9
B12	Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	50	133
B13	Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'uso di sostanze chimiche, preparati, articoli	2	28
B14	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)	5	4
B15	Tutela della collettività dal rischio radon	-	7
B16	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli stabilimenti commerciali, artigianali e produttivi	1.067	1.112
B17	interventi per la prevenzione ed il controllo delle malattie	596	513
H3	Attività di medicina cimiteriale	6.879	6.152
Attività Tipica (LEA) Medicina Preventiva			
A1	Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive	275	504
A2	Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive	376	655
A3	Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate di cui al Piano Nazionale e Regionale vigente	78.109	46.835
A4	Medicina del viaggiatore	1.760	291
A5	Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva	9	151
ALTRE	Centro Oftalmico	12.737	13.253
	Centro audiologico	5.839	8.633
	Consulenze sanitarie		241
	Notifiche SIMI		167
	Vaccinazioni a rischio (informazione)		293
	Prelievo campioni		120
	Totali	113.465	84.389



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

ASP COSENZA		
SIAN		
REPORT 2014		
ATTIVITA' LEA DPCM 29.11.2001 E	D.M. 16.10.98 Linee Guida SIAN	CONSUNTIVO 2013
VERIFICA PRELIMINARE, FINALIZZATA ALLA REGISTRAZIONE, NEI SETTORI DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, CONSERVAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, TRASPORTO E DEPOSITO, DISTRIBUZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI E BEVANDE, COMPRESSE LE ACQUE MINERALI		2.101
CONSULENZE E VERIFICHE PRELIMINARI, FINALIZZATE AL RILASCIO DI PARERI PREVENTIVI		252
CAMPIONAMENTO ED ESECUZIONE DEI CONTROLLI ANALITICI SECONDO LA TIPOLOGIA DEGLI ALIMENTI E DELLE BEVANDE,		557
CAMPIONAMENTO ED ESECUZIONE DEI CONTROLLI ANALITICI DELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO (e verifica controllo interno-gestori reti idriche)		2.623
PARERI FINALIZZATI AL RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE PER DEPOSITO E COMMERCIO DI FITOSANITARI		13
CONTROLLO SUL DEPOSITO, COMMERCIO, VENDITA E IMPIEGO DI FITOSANITARI ADDITIVI, COLORANTI ED ALTRO		83
CONTROLLO SULLA PRODUZIONE E SUL COMMERCIO DEI PRODOTTI DIETETICI E DEGLI ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA, ERBORISTERIE, FARMACIE E PARAFARMACIE		46
Programmi di formazione agli addetti alla vendita dei prodotti fitosanitari (N° certificati rilasciati)		26
CONTROLLO DELLA CONTAMINAZIONE AMBIENTALE SUGLI ALIMENTI E BEVANDE (Sorveglianza nell'utilizzo dei prodotti fitosanitari, riscontro di altre sostanze chimiche, radiazioni, OGM ecc.) (n° matrici controllate)		76
CONTROLLO IGIENICO SANITARIO (VERIFICA PIANI CORRETTA PRASSI IGIENICA HACCP SIA PER ATTIVITA' PRODOTTE CHE PER ATTIVITA' INDOTTE (nas-questura Ecc.))		930
PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI E DELLE PATOLOGIE COLLETTIVE DI ORIGINE ALIMENTARE IVI COMPRESSE INTOSSICAZIONI DA FUNGHI (consulenza e controllo ispettorato micologico) - SORVEGLIANZA ED INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE -		48
CENSIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI PRODUZIONE, PREPARAZIONE, CONFEZIONAMENTO, DEPOSITO, TRASPORTO, SOMMINISTRAZIONE E COMMERCIO DI PRODOTTI ALIMENTARI DI COMPETENZA E DELLE BEVANDE, NONCHÉ DELLE ATTIVITÀ DI CUI AL PRECEDENTE PUNTO 3, TENUTA DEI REGISTRI DELLE AUTORIZZAZIONI, DEI NULLA OSTA, DEGLI AGGIORNAMENTI, DEI PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER TRASGRESSIONI, DEI DATI DI VENDITA DEI PRODOTTI FITOSANITARI;		2.059
ISPEZIONI AZIENDE OSA A BASSO RISCHIO		1.076
ISPEZIONI OSA AD ALTO RISCHIO		378
CONTROLLI PER CERTIFICAZIONI MICOLOGICHE		649
GESTIONE CORSI DIFORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA PRODUZIONE, MANIPOLAZIONE, TRASPORTO, SOMMINISTRAZIONE, DEPOSITO E VENDITA DELLE SOSTANZE ALIMENTARI E DELLE BEVANDE		20
PREVENZIONE NELLA COLLETTIVITÀ DEGLI SQUILIBRI NUTRIZIONALI QUALITATIVI E QUANTITATIVI (N° ORE)		1.526
VALUTAZIONE E PREDISPOSIZIONE DI TABELLE DIETETICHE		294
FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO, TECNICO ED AMMINISTRATIVO AFFERENTE ALL'AREA FUNZIONALE DI IGIENE DEGLI ALIMENTI, DELLE BEVANDE E NUTRIZIONE .(COMITATI DI STRUTTURA , AGGIORNAMENTO INTERNO)		55
REGISTRO MALATTIE CORRELATE AGLI ALIMENTI: TOSSINFEZIONI ALIMENTARI E PATOLOGIE ALCOOL CORRELATE		9
STUDIO ED ESECUZIONE STATI DI ALLERTA ALIMENTARI (n° 1 allerta x 12 ore)		87
STUDIO ED ESECUZIONE STATI DI NON CONFORMITA' i		66
rilascio pareri tecnici relativi ai regolamenti comunali di igiene		-
Rilascio libretti idoneità sanitaria		2
Verbal di sequestro alimenti e bevande		38
Provvedimenti amministrativi e giudiziari		282
Comunicazione istituzionale con enti		840
		14.136



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Regione Calabria			
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - COSENZA			
REPORT ATTIVITA' COMPLESSIVO SIAN ASP DI COSENZA ANNO 2014			
ATTIVITA' LEA DPCM 29.11.2001 E D.M. 16.10.98 Linee Guida SIAN	ATTIVITA'	CONS. 2013	CONS. 2014
REGISTRAZIONE STABILIMENTI SETTORE ALIMENTARE AI SENSI DEL REG CE 852/04 (DPGR N°165/2012 e s.m.i.)	numero nuove unita' oggetto di registrazione ALL.1		1.419
	numero unita' oggetto di modifica ALL.2		350
	numero unita' oggetto di chiusura ALL.3		282
	numero totale di unita' controllate (l'unita' controllata deve essere conteggiata una sola volta nel periodo oggetto di report)	Alto rischio	539
		medio rischio	575
		basso rischio	1.015
	numero totale di ispezioni anche successive alla prima		2.507
	numero totale di unita' controllate con infrazioni		369
	NUMERO TIPOLOGIA INFRAZIONI RISCONTRATE		289
	a) igiene generale (locali, strutture, prevenz. contaminazioni ecc.)		
	b) igiene (HACCP, formazione personale)		55
	c) composizione (utilizzo additivi, adulterazioni)		-
	d) contaminazione (diversa da quella microbiologica: contaminazioni evidenti in tutte le fasi di lavorazione ivi compresi gli ammuffimenti)		1
	e) etichettatura e presentazione		1
	f) altro (attestati di formazione, registrazioni/autorizzazioni sanitarie)		175
	numero audit		4
	monitoraggio		1
	sorveglianza		30
	campionamento Piano di Sicurezza Alimentare	totale campioni prelevati	560
		non regolamentari	3
	certificazioni ufficiali (esportazione, distruzione merci)		67
	provvedimenti amministrativi	blocchi ufficiali/ sequestri	6
		prescrizioni per non adeguatezza	377
		Art. 54	83
		Revoche	58
	provvedimenti giudiziari	sanzioni	23
			1
GESTIONE STATI DI ALLERTA ALIMENTARE	allerte prodotte vig. e prescrizioni		3
	allerte indotte vig. e prescrizioni		75
CONTROLLO SU RISTORAZIONE COLLETTIVA AI SENSI DEL REG CE 882/04 (report regionali: 1)censimento mense celiaci, 2) per età celiaci)	mense scolastiche, centri di cottura, catering		221
	mense annesse a strutture sanitarie (ospedaliere, case di cura e di riposo)		40
	altro (mense aziendali e di altre comunità)		22
SORVEGLIANZA ACQUE POTABILI	controlli esterni periodici (report regionale - attività di campionamento)		3.195
	controlli esterni periodici (report regionale - non conformità acque)		300
	verifiche piani autocontrollo interno		260
	Acque minerali (report regionale - scheda 10 DGR 752/2010)		18
INFEZIONI- INTOSSICAZIONI E TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	indagini epidemiologiche		5
	controlli luoghi produzione / somministrazione a rischio		-
	campionamenti su luoghi di produzione/somministrazione a rischio		-
CONTROLLO E SORVEGLIANZA SU DEPOSITO E COMMERCIO VENDITA ED UTILIZZO DI FITOSANITARI E COADIUVANTI (SCHEDA N.4 DGR 752/2010), CAMPIONAMENTI	n° autorizzazioni sanitarie rilasciate per locali adibiti a deposito e vendita di prodotti fitosanitari		19
	n° controlli su depositi e vendita		161
	n° controlli su utilizzatori		146
	n° verifiche etichettatura		31
	n° registri vidimati per prodotti molto tossici e nocivi		11
	n° corsi formazione per rilascio/rinnovo certificato di abilitazione alla vendita prodotti fitosanitari		6
	n° certificati abilitazione alla vendita rilasciati		30



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

(SCHEDE N.1 e 4 DGR 752/2010); CORSI DI FORMAZIONE , CERTIFICAZIONI	n° soggetti abilitati all'utilizzazione e vendita		609
VIGILANZA SU: COMMERCIO, VENDITA ,ADDITIVI , COLORANTI, INTEGRATORI ED ALTRO SCHEDE N.9 E 8 DGR 752/2010	n° controlli		42
CONTROLLO PRODUZIONE E COMMERCIO PRODOTTI DIETETICI E ALIMENTI PER PRIMA INFANZIA IN ERBORISTERIE, FARMACIE E PARAFARMACIE	controlli sulla produzione		-
	controlli sulla vendita		30
CORSI FORMAZIONE OSA (report DGR n.28/2012) E CORSI CELIACHIA (L.123/2005)	N° corsi OSA-SIAN		17
	n° persona formate CORSI OSA-SIAN		380
	N° corsi OSA-ENTI ESTERNI AUTORIZZATI		327
	vigilanza e controllo sui corsi di formazione per OSA gestiti da soggetti o enti abilitati- regione	n. corsi controllati	72
	N° corsi-SIAN(celiachia)		7
	n° persona formate-SIAN (celiachia)		124
ISPETTORATO MICOLOGICO LEGGE 352 DEL 23 AGOSTO 1993 (report regionale scheda 11 dgr 752/2010 con allegate copie di relazioni)	Attività di informazione ai cittadini		117
	N° Interventi per intossicazioni		9
	n° ispezioni produzione e commercializzazione		6
	n° certificazioni micologiche		177
	n° raccoglitori formati		29
	- consulenze ospedaliere	N° consulenze	49
SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE	rilievo sullo stato nutrizionale della popolazione	N° rilievi	1.415
	raccolta dati stili di vita	N° interventi	1.298
	comunicazione ai soggetti istituzionali	N° comunicazioni	110
INTERVENTI DI PREVENZIONE NUTRIZIONALE	CAMPAGNE INFORMATIVE	N° campagne	8
CONSULENZE CAPITOLATI DI APPALTO e stesura tabelle nutrizionali a richiesta	(per singola consulenza min. n°3/max n°15)	N° consulenze	65
VALUTAZIONE ADEGUATEZZA NUTRIZIONALE MENU'	(per singola valutazione min. n°3/max n°6)	N° valutazioni	187
VALIDAZIONE TABELLE DIETOLOGICHE	(per singola validazione min. n°3/max n°6)	N° tabelle	211
DIETE SPECIALI	(per singola dieta)	N° diete speciali	99
FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PERSONALE SANITARIO , TECNICO ED AMMINISTRATIVO	(per singola dieta)	N° totale eventi formativi	51
	formazione del personale	N. Persone Formate	31
ATTIVITA' PER PROGETTI DI PIANO	prp	N° progetti	15
TOTALI		14.136	18.818



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

ASP COSENZA		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
MEDICINA DELLO SPORT ANNO 2014		
ATTIVITA' TIPICA	CONSUNTIVO 2013	CONSUNTIVO 2014
Esami strumentali apparato respiratorio	3.622	3.759
Esami strumentali apparato cardiocircolatorio (ECG a riposo + ECG dopo sforzo)	7.305	7.632
Esame clinico medico-sportivo	3.712	3.819
Valutazioni esami clinico-strumentali esterni ed esame urine	3.955	4.146
I.R.I. (Indice Rapido d'Idoneità)	3.694	3.760
Riconoscimento idoneità attività sportiva.	3.775	3.819
Counseling sul doping agli atleti	3.775	3.819
Consulenze	-	-
DRG n°314 del 2/5/06 -costituzione Com. Aziendale "Progetto Reg.prevenzione sovrappeso e obesità infantile"	-	-
TOTALI	29.838	30.754



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Regione Calabria		
ASP Cosenza		
Dipartimento di Prevenzione		
U .O. C . MEDICINA LEGALE anno 2014		
ATTIVITA' TIPICA	totali 2013	totali 2014
Attività connessa ad accertamento di morte + decessi da cause violente	3.804	4.416
Commissioni collegiali di 1 ^a Istanza ex L.R.53/90	676	1.311
Commissioni Invalidi Civili ed Handicap (CIC + L.104/92)	24.494	39.882
Attività richiesta dalla A.G. (sfratti, Idoneità a comparire in Tribunale, Certificazioni Giudice di Pace)	28	46
Visite fiscali domiciliari	12.329	15.463
Visite fiscali ambulatoriali	1.672	1.937
Certificazioni per Patenti (guida, nautiche, ecc...)	27.589	24.679
Idoneità uso armi	809	1.028
Altre certificazioni medico legali (sana e robusta costituzione, quinto stipendio, caldaisti, esonero cinture, gas tossici, attestati guardie giurate, vendita tabacchi, ecc...)	2.378	2.350
Adozioni nazionali e internazionali	138	179
Voto assistito	35	332
Psichiatria Forense	1.260	1.151
Accertamenti Legge 210	41	14
iniezioni conservative	6	6
Risk Management	0	0
TOTALI	75.259	92.794



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

PROGRAMMI REGIONALI		
Sub livello 8: Prev. collettività squilibri nutrizionali quali-quantitativi		
Attuazione Prog. Reg. Prevenz. sovrappeso e dell'obesità infantile	Prosecuzione lavori Comitato Aziendale per la Prevenzione della Obesità e del sovrappeso. D.G.R. n° 314/06	
a) Promoz. nutrizione sana ed incremento delle attività motorie	Piano aziendale. Educazione alimentare e promozione di adeguati stili di vita: collaborazione tra SIAN, U.O.C. M. dello Sport ed altre Istituzioni.	
b) Formazione Oper Sanit promoz. programmi corretta alim	Formazione interna ed esterna. (ECM, ecc.)	
c) Att.ne Progr. Formaz: scuola, impr.lavoro, agro-aliment, comm.	Elaborazione del programma specificato tra Dipartimento: Promoz. della Salute, SIAN, Epidemiologia-Enti Pubblici e P. – Integrazione su progetti comuni..	
d) Attiv. sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità	Completamento delle procedure di sorveglianza nutrizionale SIAN – U.O. Epidemiologia e S.S. Monitoraggio.	
e) Promozione dell'allattamento al seno	Protocolli tra Dipartimento di P.- Distretti- Consultori – MMG, PLS e punti nascita.	
f) Coll.ne Aut. Scolast: formaz.nutrizionale, alimenti, attivit. motorie	SIAN- Completamento del piano di sorveglianza nutrizionale avviato nelle scuole pubbliche e private. Sinergia con Medicina dello Sport per l'adeguamento degli stili di vita. Integrazione su progetti comuni con altre istituzioni.	
Rapporto al Direttore Generale entro il 30/giugno		
TOTALI		



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

REGIONE CALABRIA - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - ASP COSENZA				
U.O.C. SPISAL POLLINO/IONIO - COSENZA /PAOLA ANNO 2014				
			2014	2013
2	ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO			
2.1	N° cantieri notificati (art. 99 D.Lgs. 81/08)		1436	1549
2.2	N° complessivo di cantieri ispezionati		493	432
2.2.1	di cui non a norma al 1° sopralluogo		276	234
2.3	N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione		940	603
2.4	N° sopralluoghi complessivamente effettuati		1258	932
2.5	N° totale verbali		372	351
	di cui riguardanti		0	0
	2.5.1	imprese (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori)	335	308
	2.5.2	lavoratori autonomi	7	1
	2.5.3	committenti e/o responsabili dei lavori	9	31
	2.5.4	coordinatori per la sicurezza	16	19
	2.5.5	medico competente	4	3
		Altro	0	0
	2.6	N° totale di verbali con prescrizioni 758, sanzioni amministrative etc.	376	320
	di cui		0	0
	2.6.1	Verbali di prescrizione 758 con o senza disposizioni	327	314
	2.6.2	Verbali con sanzioni amministrative	9	7
	2.6.3	Altro	40	1
	2.7	N° violazioni	372	468
	2.8	N° sequestri	4	9
	2.9	N° sospensioni ai sensi dell'art. 14 D.Lgs. 81/08	0	0
	2.10	N° piani di lavoro pervenuti per bonifica amianto	533	625
	2.11	N° di cantieri ispezionati per amianto	93	46
3	ATTIVITA' DI IGIENE INDUSTRIALE		0	0
3.1	N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale		0	0
3.2	N° campionamenti effettuati		0	0
3.3	N° misurazioni effettuate		0	0
4	INCHIESTE INFORTUNI		0	0
4.1	N° inchieste infortuni concluse		12	10
4.2	N° inchieste infortuni concluse con riscontro di violazione correlata all'evento		4	7
5	INCHIESTE MALATTIE PROFESSIONALI		0	0
5.1	N° inchieste malattie professionali concluse		15	19
5.2	N° inchieste malattie professionali concluse con riscontro di violazione correlata all'evento		0	0
6	PARERI		0	0
6.1	N° pareri		30	0
6.2	N° aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri		4	0
7	ATTIVITA' SANITARIA		0	0
7.1	N° visite effettuate dal Servizio PSAL per apprendisti e minori ove effettuate		138	0
7.1.1	Numero di altre visite effettuate dal Servizio PSAL di propria iniziativa o su richiesta		2765	23
7.2	N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie		537	266
7.3	N° ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/2008)		149	68
8	ATTIVITA' DI ASSISTENZA		0	0
8.1	N° interventi di informazione/comunicazione per gruppi di lavoratori esposti a specifici rischi		101	53
8.2	Sono stati attivati sportelli informativi dedicati? (SI/NO)		0	
8.3	N° iniziative di confronto (incontri, seminari, ecc.) con le figure aziendali per la prevenzione (RSPP, Medici Competenti, Coordinatori per la sicurezza, ecc.)		51	37
9	ATTIVITA' DI FORMAZIONE		9	0
	9.1	N° ore di formazione	181	78
	9.2	N° persone formate	196	72
11	VERIFICHE PERIODICHE			
	11.1	N° Aziende	0	0
	11.2	N° cantieri con verifiche periodiche su impianti di sollevamento	0	0
	11.3	N° verbali ai sensi del DLgs 758/94	0	0
	11.4	Proventi per attività di verifiche periodiche	0	0
12	PROVENTI PER PAGAMENTO SANZIONI			
	12.1	Proventi per pagamento sanzioni ex 758/94	€ 298.058,95	€ 138.060,00
	12.2	Proventi per pagamento sanzioni amministrative	€ 4.384,00	€ 4.110,00
	TOTALI		11092	6886



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Regione Calabria		
ASP COSENZA		
Dipartimento di Prevenzione		
REPORT ATTIVITA' VETERINARIA SANITA' ANIMALE (AREA a) ANNO 2014		
ATTIVITA' TIPICA (LEA)	CONSUNTIVO 2013	REPORT ANNO 2014 TOTALE 2014
Malattia		
tubercolosi	56.391	51.641
brucellosi bovina	73.414	67.491
leucosi bovina enzootica	40.983	38.787
brucellosi ovi-caprina	120.305	116.115
blue tongue	2.933	13.083
malattia vescicolare suina	5.273	7.980
aujeszky	1.430	1.555
peste suina classica (nel 2013 sommata ad indicatore:altre salmonella, ecc)		1.552
anemia infettiva equidi	96	69
influenza aviaria	79	55
api	5	3.571
altre anagrafe (Salmonelle,ecc)		145
morbo coitale maligno	260	0
imbolamento animali bovini	16	4.111
imbolamento ovicapriini	5.465	12.115
TOTALE	306.650	318.270
Vigilanza sui concentramenti animali		
controllo sanit.x movimentaz.x singolo capo	0	9.138
controllo sanit. X movimentaz. X partita	21.021	21.756
controllo sanitario per monticazione	3.018	2.900
controllo sanitario per animali in entrata	48.906	46.590
controllo sanitario in stalle di sosta	1.128	372
controlli minimi in azienda (check list)	79	122
rilascio passaporti	16.506	10.207
controllo in az.sotto sequestro per mal.inf.	23	222
adempimenti sanit.nei focolai di mal.inf.	0	271
TOTALE	90.681	91.578
Igiene Urbana e Randagismo		
interventi per vigilanza e controlli	216	183
registrazione ed inserimento micro chip	1.887	1.586
controllo animali morsicatori	119	59
prestazione nei canili sanitari	2.424	2.306
accettazione-regist-visite clin-microchip	1.778	1.765
trattamenti antiparassitari e vaccinali	1.766	1.980
sterilizzazione cani	356	390
altri interventi chirurgici	0	17
sterilizzazione gatti	2	2
TOTALE	8.548	8.288
ATTI AMMINISTRATIVI		
adempimenti amministrativi	8.293	8.145
ATTI AMMINISTRATIVI		15
sanzioni comminate	43	7
provvedimenti giudiziari richiesti	2	0
Altre	78	98
TOTALE	8.416	8.265



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Regione Calabria						
ASP COSENZA						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
U.O.,C. IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE SVET AREA B REPORT ANNO 2014						
ATTIVITA'	CONSUNTIVO O 2013	TOT. I TRIM.	TOT. II° TRIM.	TOT. III° TRIM.	TOT. IV° TRIM.	TOTALE GENERALE
n° capi macellati	60.286	20.979	14.564	10.790	16.417	62.750
esami /test	30.465	15.017	4.469	5.802	6.095	31.383
sequestri al macello	2.441	2.040	144	281	387	2.852
animali distrutti	34	1	4	8	11	24
Macellazione domiciliare	5.647	3.800	-	-	209	4.009
Visita sanitaria selvatici abbattuti		-	-	2	-	2
mac. D'urgenza/emergenza	10	-	-	-	-	-
Certificazioni		19	15	6	4	44
Nuovi stabilimenti riconosciuti		-	-	-	-	-
Ispezione stab Riconosciuti	445	77	117	94	93	381
Non Conf. (Isp.) Stab Riconosciuti		5	3	1	8	17
Audit Stab. Riconosciuti	8	-	-	-	29	29
Non Conf(aud.). Stab. Riconosciuti		-	-	-	1	1
Rilascio Certificati export	59	19	6	10	11	46
Nuovi operatori registrati	3.034	649	-	-	289	938
Ispezione operatori registrati		-	553	525	191	1.269
Non conf. Operatori registrati	205	40	25	17	40	122
Campionamento	102	4	63	29	86	182
Numero sanzioni	5	-	2	12	1	15
Notizie di reato		-	-	1	1	2
Numero sequestri		1	-	-	-	1
Indagini epidemiologiche	33	-	-	-	-	-
Stati d' allerta		141	3	3	5	152
Educazione e formazione		145	-	-	33	178
Raccolta ed elaborazione dati	217	-	-	90	13	103
Interventi su richiesta di privati	60	-	-	-	30	30
Controllo autocertificazioni		23.143	43	7	27	23.220
Introiti €			-	-	-	-
TOTALI	103.051					127.750



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Regione Calabria		
ASP COSENZA		
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
U.O.C. IGIENE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE SVET AREA C REPORT ANNO 2014		
LEA		CONSUNTIVO 2013
1	CONTROLLO E VIGILANZA SUL FARMACO VETERINARIO E RICERCA RESIDUI TRATTAMENTI ILLECITI E CONTAMINANTI	3.011
2	CONTROLLO E VIGILANZA SULL' ALIMENTAZIONE ANIMALE, DISTRIBUZIONE DEI MANGIMI E DIETA ANIMALE	739
3	CONTROLLO SUL LATTE E PRODUZIONI LATTIERO-CASEARI	1.062
3	CONTROLLO SULLE PRODUZIONI MINORI (UOVA, MIELE,ETC.)	162
5	CONTROLLO SULLE TSE	426
6	CONTROLLO E VIGILANZA SULLA RIPRODUZIONE ANIMALE	205
7	SORVEGLIANZA SUL BENESSERE ANIMALE	839
8	VIGILANZA E CONTROLLO SPERIMENTAZIONE ANIMALE	280
9	PROTEZIONE AMB.LE, EPIDEMIOLOGIA, CONTR.STRUTTURE E IMPIANTI PRODUZIONE PRIMARIA	1.200
10	ATTIVITA' DI POLIZIA VETERINARIA	129
11	STATI D'ALLERTA ED EMERGENZE	26
12	PRELIEVI LATTE SICUREZZA ALIMENTARE	390
13	O.M. 14/11/2006 ERADICAZIONE BRUCELLOSI	88
13	AREA DEI PRELIEVI	955
14	CONTROLLI ESERCIZI DI PROD. E COMMERC. ALIMENTAZIONE ANIMALE	302
15	CONTROLLI SUL LATTE ALLA PRODUZIONE	620
16	CONTROLLI LATTE E LATTIERI-CASEARI NEI CASEIFICI	557
17	CONTROLLO E VIGILANZA IG.-SANITARIA NELLE VACCHERIE	516
18	PARERI IGIENICO SANITARI	125
19	PNR	184
20	PNA	72
21	SMALTIMENTO RIFIUTI O.A. Reg. CE 1774/02 (carcasse animali e altro)	1.125
	vigilanza , controllo e autorizzazione mezzi adibiti al trasporto animale	84
	igiene urbana	-
22	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA DI SUPPORTO	3.296
ATTIVITA' OBIETTIVI REGIONALI		16.393
23	SORVEGLIANZA BENESSERE ANIMALI: ELABORAZIONE CHECK LIST	OBIETTIVI REGIONALI
24	VIGILANZA E CONTROLLO SPERIMENTAZIONE ANIMALE: ELAB. CHECK LIST	
25	VERIFICHE CORRETTO IMPIEGO FARMACI: CONTROLLO REGISTRI E MANUALI CORRETTA PRASSI AZIENDALE	
26	PROGRAMMAZIONE E VERIFICA OBIETTIVI PIANI NAZIONALI ALIMENTAZIONE ANIMALE	
27	SORVEGLIANZA DELLE TSE (BSE-SCRAPIE)	
28	CONTROLLI LATTIERO CASEARI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
ATTIVITA' PER PROGETTO		
29	VALUTAZIONE RISCHIO AMB.LE SUL TERRITORIO E LORO MAPPATURA	



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Regione Calabria						
ASP COSENZA						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
U.O.C. IGIENE PRODUZIONI ZOOTECNICHE SVET AREA C REPORT ANNO 2014						
REPORT ATTIVITA' 2014 - LEA		I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	REPORT TOTALE 2014
1	CONTROLLO UFFICIALE SUL FARMACO VETERINARIO E FARMACO-SORV.	803	861	723	569	2.956
2	PRELIEVI PNR	11	29	29	36	105
3	CONTROLLO UFFICIALE ALIMENTAZIONE ANIMALE IN ALLEVAMENTO	189	274	85	92	640
4	CONTROLLO UFFICIALE ESERCIZI DI PRODUZIONE ALIMENTAZIONE ANIM.	25	35	18	28	106
5	CONTROLLO UFFICIALE ESERCIZI DI COMMERCIO ALIMENTAZIONE ANIM.	93	67	23	69	252
6	PRELIEVI PNAA	16	15	5	11	47
7	CONTROLLO UFFICIALE SUL LATTE E PRODUZIONI LATTIERO-CASEARI	488	511	438	508	1.945
8	PRELIEVI LATTE IN FASE DI PRODUZIONE PRIMARIA	208	58	17	22	305
9	PRELIEVI LATTE E LATTIERO CASEARI IN FASE DI TRASFORMAZIONE	29	54	38	25	146
10	PRELIEVI LATTE E LATTIERO CASEARI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE	14	18	19	41	92
11	CONTROLLO UFFICIALE SULLE PRODUZIONI MINORI (UOVA, MIELE,ETC.)	34	12	15	29	90
12	CONTROLLO UFFICIALE SULLA PESCA (PROD. PRIM.) /ACQUACOLTURA	-	1	2	5	8
13	PRELIEVI PRODUZIONI MINORI/ MARICOLTURA/ACQUACOLTURA	16	12	13	1	42
14	CONTROLLO UFFICIALE SULLE TSE	76	134	56	98	364
15	PRELIEVI TRONCO ENCEFALICO BOVINO	23	14	22	36	95
16	PRELIEVI TRONCO ENCEFALICO OVI/CAPRINO	70	60	59	80	269
17	CONTROLLO UFFICIALE SULLA RIPRODUZIONE ANIMALE	46	65	31	12	154
18	CONTROLLO UFFICIALE SUL BENESSERE ANIMALE ALLEVAMENTI	191	256	109	124	680
19	CONTROLLO UFFICIALE SUL BENESSERE ANIMALE TRASPORTO	29	46	27	35	137
20	CONTROLLO UFFICIALE SUL BENESSERE ANIMALE MACELLAZIONE	1	11	2	3	17
21	CONTROLLO UFFICIALE AUT. MEZZI DI TRASPORTO ANIMALI VIVI	73	43	48	48	212
22	CONTROLLO UFFICIALE SPERIMENTAZIONE ANIMALE	71	75	45	65	256
23	PROTEZIONE AMB.LE, EPIDEMIOLOGIA, CONTR.STRUTTURE E IMPIANTI PRODUZIONE PRIMARIA	320	377	382	437	1.516
24	CONTROLLO UFFICIALE ADEMPIMENTI REG. CE 1069/09	28	30	73	78	209
25	SMALTIMENTO MATERIALI CAT. 1,2,3 O.A. DITTE AUTORIZZATE	228	169	245	269	911
26	SMALTIMENTO MATERIALI CAT. 1,2,3 O.A. INTERRAMENTO	99	153	157	85	494
27	CONTROLLO UFFICIALE CANILI	12	29	7	12	60
28	CONTROLLO UFFICIALE SPIAGGIAMENTI	4	6	10	-	20
29	VALUTAZIONE RISCHIO IMPIANTI	75	8	32	69	184
30	ATTIVITA' DI POLIZIA VETERINARIA	44	57	42	24	167
31	STATI D'ALLERTA	7	109	10	2	128
32	EMERGENZE	1	-	-	-	1
33	AUDIT	2	6	3	48	59
34	CONTROLLI UFFICIALE STRUTTURE SANITARIE	17	6	12	12	47
35	ATTIVITA' COMPLEMENTARE	753	817	776	997	3.343
36	TOTALI	4.096	4.418	3.573	3.970	16.057



Obiettivi di Attività dell'esercizio 2014 e confronto con il livello programmato

Nell'anno 2014 sono stati perseguiti gli obiettivi individuati nel piano delle attività per l'anno 2014, e sono stati raggiunti i seguenti risultati per l'area Prevenzione (LEA Prevenzione):

- Riorganizzazione del livello Prevenzione secondo l'atto di riorganizzazione aziendale, nei limiti delle risorse umane e strumentali disponibili, e nelle more dell'approvazione dell'atto aziendale dal livello regionale. L'attivazione e/o il potenziamento di alcune UU.OO. è strettamente dipendente dallo sblocco del turnover da parte del livello regionale, richiesto da questa ASP come fabbisogno di personale, e non ancora autorizzato.
- Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i Servizi dell'area di Igiene nell'anno 2013;
- Mantenimento dei livelli di attività e di risultato registrati per tutti i servizi delle tre aree Veterinarie nell'anno 2013;
- Mantenimento attività di vigilanza ed ispezione area medica anno 2013;
- Mantenimento attività di vigilanza ed ispezione area veterinaria anno 2013;
- Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie;
- Contenimento dei costi per il 2014 del Dipartimento di Prevenzione, entro i valori registrati nel 2013, e comunque entro quelli previsti nel bilancio corrente;
- Realizzazione di progetti specifici in relazione agli obiettivi di piano;

Per quanto riguarda le attività in programma per l'anno 2014, occorre precisare che molte di esse sono state la logica conseguenza di azioni già avviate nell'anno 2013, mentre altre attività sono state mirate alla corretta implementazione delle tre reti assistenziali di cui al Decreto n°18/2010, Ospedaliera, Territoriale ed Emergenza-Urgenza.

Infatti, in attuazione del Decreto 18/2010, e s.m.i., e delibere aziendali, l'ASP di Cosenza ha avviato il programma di riorganizzazione aziendale e pertanto si è proceduto alla definizione organizzativa anche dell'area della Prevenzione, con individuazione dei direttori di Struttura da ricollocare nell'ambito delle strutture complesse del dipartimento. La riorganizzazione ha consentito pertanto l'avvio delle procedure di adeguamento, programmazione, gestione omogeneizzazione dei programmi operativi su tutti gli ambiti accorpati, e si è dato corso al progetto di integrazione operativa, professionale, formativa e di programmazione su tutto l'ambito aziendale.

In funzione di ciò, ai fini delle performance, gli obiettivi di attività perseguiti nel corso della gestione anno 2014, possono ritenersi raggiunti per il livello Prevenzione, sia rispetto ai livelli programmati che rispetto alle attività consuntivate dell'anno precedente, a cui può essere riferito il confronto delle attività dell'esercizio in esame.

L'Azienda nel corso dell'anno 2014 ha erogato tutte le prestazioni della prevenzione necessarie alla garanzia dei LEA sul territorio provinciale, in relazione alle risorse disponibili.

Gli obiettivi possono ritenersi, pertanto, raggiunti per l'94%



3. RISORSE UMANE E FINANZIARIE

3.1 LE RISORSE UMANE

Le risorse umane, assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale.

Nella tabella seguente è riportata la dotazione del personale ed il fabbisogno derivante dalla ricognizione effettuata nel corso del 2012 dall'Azienda, risultante quale parte integrante dell'atto aziendale adottato con delibera n° 2514 del 24/08/2012 e s.m.i. e che è tutt'ora valido per la piena attuazione dello stesso:

Sintesi dati dotazione organica ASP Cosenza al 31 dicembre 2011			
AREA	posti coperti	Fabbisogno	carenze/esuberi
Amm. e Tecnica	464	462	2
AREA STAFF	48	101	-53
Ospedaliera	2.066	2.661	-595
Prevenzione	557	839	-282
Salute Mentale	301	314	-13
Territorio	2.674	2.987	-313
Totale complessivo	6.110	7.364	-1.254
Sintesi dati dotazione organica ASP Cosenza al 31 dicembre 2014			
	Posti coperti	Fabbisogno	carenze / esuberi
Strutture/servizi esistenti	6.110	6.510	-400
Strutture/servizi da attivare	0	854	-854
Totale personale	6.110	7.364	-1.254
Cessati al 31/12/2014	660	0	-660
Totale personale al netto pensionamenti	5.450	7.364	-1.914

Dalla definizione delle dotazioni organiche effettuata, è emerso che per mantenere i servizi attuali è necessaria una dotazione di personale pari a 6.510 unità, per cui si è evidenziata una carenza al 31 dicembre 2011 di 400 unità. Poiché nel frattempo il personale cessato al 30 dicembre 2014 è pari a 660 unità il dato complessivo delle carenze di personale per gestire i servizi attualmente esistenti è pari a 1.060 (400 + 660 (al 31/12/14) , escluso quello per i nuovi servizi pari a 854 unità di personale.

Per quanto riguarda il personale dipendente, è stata effettuata una forte riorganizzazione interna delle attività e dei servizi con razionalizzazione di spesa e servizi, avendo provveduto anche, nel corso degli anni 2013 e 2014, alla individuazione della esatta collocazione del personale mediante una lunga istruttoria che ha coinvolto tutti i direttori di struttura.



Sulla base di quello esistente, è stata poi effettuata la determinazione del fabbisogno di personale rapportato alle strutture previste nell'atto aziendale adottato dall'ASP con delibera n° 2626 del 30.9.2011, e s.m.i., dove sono state individuate le tipologie di strutture, la loro allocazione e gli obiettivi aziendali; nella determinazione del fabbisogno si è tenuto conto, altresì, delle professionalità esistenti in termini di quantità e qualità, correlandole agli obiettivi aziendali ed alle prestazioni da erogare.

La determinazione dei fabbisogni individuati ha fatto riferimento agli standard previsti dalla Legge regionale 24/2010 in tema di requisiti organizzativi minimi applicabili alle strutture sanitarie accreditate, in particolare per il profilo di "dirigente medico", "infermiere" e "oss"; tali requisiti sono stati opportunamente adeguati alle esigenze operative minime ed effettive delle singole unità operative, combinandoli con gli standard contemplati dal decreto Donat Cattin per quanto possibile. Per la determinazione dei fabbisogni del personale del Dipartimento di Prevenzione si è fatto riferimento anche al rapporto operatore/popolazione, per il Dipartimento di Salute Mentale alle linee guida di cui alla DGR n. 105 del 19.2.2007 ed al progetto obiettivo "tutela salute mentale 1998/2000", per i SERT alla L.R. n. 6 del 18.2.1994, per i consultori alle linee guida della Regione Calabria di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010, con il supporto dei relativi Direttori di Dipartimento e/o di struttura;

Il fabbisogno individuato è scaturito, oltre che per l'applicazione delle normative di riferimento, anche dalla prevista attivazione delle unità operative di nuova istituzione quali:

- Lungodegenza
- Riabilitazione intensiva
- Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo
- Residenze sanitarie territoriali (RSA/M, RSA/A ecc.)
- Applicazione delle articolazioni di strutture organizzative per singolo spoke per come previsto dal decreto 18/2011 e dal decreto 106/2011;
- Potenziamento ADI.

Il personale in servizio comprende anche il personale in servizio a TEMPO DETERMINATO, il cui costo è già consolidato nel bilancio aziendale.

Occorre segnalare, inoltre, che nel corso dell'anno 2014 si è avuto una ulteriore naturale riduzione numerica dovuta a numerosi pensionamenti, che di fatto rendono urgente ed improrogabile l'acquisizione di determinate figure richieste dall'ASP alla Regione attraverso il documento di sblocco del turnover.

Con riferimento alla richiesta di sblocco del turnover, si precisa che le criticità evidenziate si riferiscono a Strutture/Unità Operative il cui organico è al di sotto di quello minimo previsto dal modello organizzativo del decreto regionale n. 18/2010 e della legge regionale 24/2008 relativa ai requisiti minimi organizzativi per l'accREDITAMENTO delle Strutture Sanitarie.

Con l'occasione occorre puntualizzare, inoltre, come lo svolgimento dell'attività sanitarie risulta ulteriormente condizionata anche dalla presenza di un numero elevato di Dirigenti Medici pari a circa il 30% (anche per l'elevata età media degli stessi esistente nell'Azienda di circa 55 anni) in possesso delle limitazioni per problematiche di salute nonché per il diritto alla legge 104/92.



3.2 LE RISORSE FINANZIARIE

Le risorse finanziarie ed economiche di cui l'Azienda dispone per l'espletamento delle sue funzioni e per il compimento della propria "missione" appaiono fondamentali, com'è facile intuire, sia per sostenere i costi della produzione delle prestazioni sanitarie rese all'Utenza, sia per garantire la promozione dei programmi di sviluppo e realizzare ogni azione di miglioramento dei percorsi assistenziali e dei processi gestionali connessi. Si riporta di seguito il Conto Economico 2014.

Voce Modello CE	Importo
A) Valore della produzione	
A.1) Contributi in c/esercizio	1.165.986
A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-5.433
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.211
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	19.784
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	56.093
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.387
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	4.084
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	
A.9) Altri ricavi e proventi	590
Totale valore della produzione (A)	1.253.702
B) Costi della produzione	
B.1) Acquisti di beni	176.416
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	174.320
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	2.096
B.2) Acquisti di servizi	724.693
B.2.A) Acquisti servizi sanitari	676.800
B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base	93.015
B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	122.207
B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	66.068
B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	30.116
B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	13.605
B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	18.362
B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	260.265
B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	8.487
B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	11.389
B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione	4.277
B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	3.102
B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	34.798
B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)	1.139
B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari	1.834
B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	1.367
B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	6.769
B.2.A.17) Costi per differenziale tariffe TUC	
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	47.893
B.2.B.1) Servizi non sanitari	47.109
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	710
B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)	74
B.4) Godimento di beni di terzi	6.801
Totale Costo del personale	298.164
B.5) Personale del ruolo sanitario	232.712
B.6) Personale del ruolo professionale	1.125
B.7) Personale del ruolo tecnico	39.849
B.8) Personale del ruolo amministrativo	24.478
B.9) Oneri diversi di gestione	2.002
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	6.060
B.12) Ammortamento dei fabbricati	2.978
B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	3.082
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-
B.15) Variazione delle rimanenze	-1.863
B.16) Accantonamenti dell'esercizio	17.190
Totale costi della produzione (B)	1.240.300



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Voce Modello CE	Importo
C) Proventi e oneri finanziari	
C.1) Interessi attivi	15
C.2) Altri proventi	-
C.3) Interessi passivi	19.828
C.4) Altri oneri	-
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-19.813
D) Rettifiche di valore di attività finanziarie	
D.1) Rivalutazioni	
D.2) Svalutazioni	
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-
E) Proventi e oneri straordinari	
E.1) Proventi straordinari	5.387
E.2) Oneri straordinari	3.519
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.868
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-4.543
Imposte e tasse	
Y.1) IRAP	21.515
Y.2) IRES	-
Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	
RISULTATO DI ESERCIZIO	-26.058



4. PARI OPPORTUNITA' E BILANCIO DI GENERE

4.1 Rilevazione benessere organizzativo anno 2014

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, all’art.14 comma 5 recita che *“L’Organismo indipendente di valutazione della performance, sulla base di appositi modelli forniti dalla Commissione di cui all’articolo 13, cura annualmente la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale, e ne riferisce alla predetta Commissione”*.

La Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CiVIT), istituita ai sensi dell’art. 13 del decreto e divenuta oggi ANAC (Agenzia Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e trasparenza delle amministrazioni pubbliche) ex art. 5 L. n. 125/2013, ha provveduto (delibera 29 maggio 2014) a fornire agli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) i modelli per realizzare le indagini sul personale dipendente.

La specificità dell’indagine è ribadita proprio dalla citata delibera: *“indagini volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale”*.

Precisato, inoltre, che la rilevazione, una volta entrata a regime, dovrebbe essere svolta con frequenza annuale, riferita all’anno solare precedente ed in tempi tali da consentirne la pubblicazione dei risultati nella Relazione sulla Performance di cui all’art. 10, comma 1, lett. b), ossia prima del 30 giugno. In aggiunta, il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 all’art. 20 (Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale), comma 3 precisa poi che *“Le pubbliche amministrazioni pubblicano altresì i dati relativi ai livelli di benessere organizzativo”*.

MODALITÀ OPERATIVE

Anche per l’indagine 2014 si è optato per una rilevazione totale, indirizzata a tutto il personale dipendente dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

Per l’esercizio 2014 la procedura informatica adottata ha semplificato ulteriormente la compilazione garantendo il totale anonimato poiché è stato mantenuto per ciascun dipendente la sola informazione relativa all’avvenuta compilazione del questionario, eliminando dai record delle risposte fornite ogni dato identificativo relativo al compilatore.

Al fine di ottenere la massima partecipazione, la Struttura Tecnica Permanente dell’O.I.V. ha informato, con apposita nota, tutti i dipendenti per il tramite dei rispettivi Direttori/Responsabili di Struttura.

Tanto, poiché, non essendo la rilevazione obbligatoria, avrebbe potuto passare inosservata ai meno attenti con il risultato di perdere o inficiare un’opportunità di partecipazione “bottom up”. Ulteriore proroga, pubblicata come comunicato sul sito istituzionale dell’ASP, ha differito i tempi di compilazione al tre giugno u.s.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

Chiusa la rilevazione, si è proceduto all'aggregazione dei dati per classi tali da produrre una numerosità sufficiente a rendere impossibile l'associazione delle risposte a gruppi ristretti di compilatori.



TEMPI DI REALIZZAZIONE

6 febbraio 2015	Comunicazione a tutto il personale dell'ASP di Cosenza per il tramite dei rispettivi Direttori/Responsabili di struttura dell'avvio della rilevazione del Benessere Organizzativo
6 febbraio 2015	Pubblicazione sul sito dell'ASP di Cosenza dell'avvio dell'indagine con il collegamento on line alla scheda di rilevazione
26 maggio 2015	Pubblicazione sul sito istituzionale ASP di Cosenza proroga termini di compilazione
03 giugno 2015	chiusura della rilevazione
10 giugno 2015	Comunicazione alla Direzione Generale degli esiti aggregati per ambiti d'indagine
10 giugno 2015	Pubblicazione sul sito aziendale dell'ASP di Cosenza degli esiti aggregati per ambiti d'indagine



METODOLOGIA DI ANALISI

La struttura del questionario, secondo lo schema proposto dalla Commissione, si articola in tre diverse sezioni, una per ciascuna delle tre diverse indagini, suddivise a loro volta in ambiti tematici; per ogni ambito è individuato un gruppo di domande rispetto alle quali il compilatore è chiamato ad esprimere il proprio grado di condivisione in una scala da 1 a 6.

La Struttura Tecnica Permanente dell'O.I.V. , già nella nota di avvio alla rilevazione dell'anno 2013, sia nelle azioni di tutoraggio effettuate ha reiteratamente posto l'attenzione su alcune asserzioni presentate nel citato questionario CIVIT a polarità negativa, ossia tali per cui una condivisione elevata rappresenterebbe un basso grado di benessere.

STRUTTURA DEL QUESTIONARIO

Il questionario si articola in tre sezioni, ciascuna mirata a un particolare aspetto dell'attività svolta dal personale più una sezione anagrafica:

Nove gli ambiti della prima sezione dedicata al **benessere organizzativo** in senso stretto:

- A. " Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato";
- B. " Le discriminazioni";
- C. " L'equità nella mia amministrazione";
- D. " Carriera e sviluppo professionale",
- E. " Il mio lavoro";
- F. " I miei colleghi";
- G. " Il contesto del mio lavoro";
- H. " Il senso di appartenenza";
- I. " L'immagine della mia amministrazione".

"Importanza degli ambiti di indagine"

Quanto considera importanti per il suo benessere organizzativo i seguenti ambiti?

Tre quelli della seconda sezione sul **grado di condivisione del sistema di valutazione**:

- L. "La mia organizzazione";
- M. "Le mie performance",
- N. "Il funzionamento del sistema".

Due quelli della terza sezione sulla **valutazione del superiore gerarchico**:

- O. "Il mio capo e la mia crescita";
- P. "Il mio capo e l'equità".



Sezione Anagrafica

1. Sono:

- 1.1. Donna
- 1.2. Uomo

2. Il mio contratto di lavoro:

- 2.1. A tempo determinato
- 2.2. A tempo indeterminato

3. La mia età:

- 3.1. Fino a 30 anni
- 3.2. Dai 31 ai 40 anni
- 3.3. Dai 41 ai 50 anni
- 3.4. Dai 51 ai 60 anni
- 3.5. Oltre i 60 anni

4. La mia anzianità di servizio:

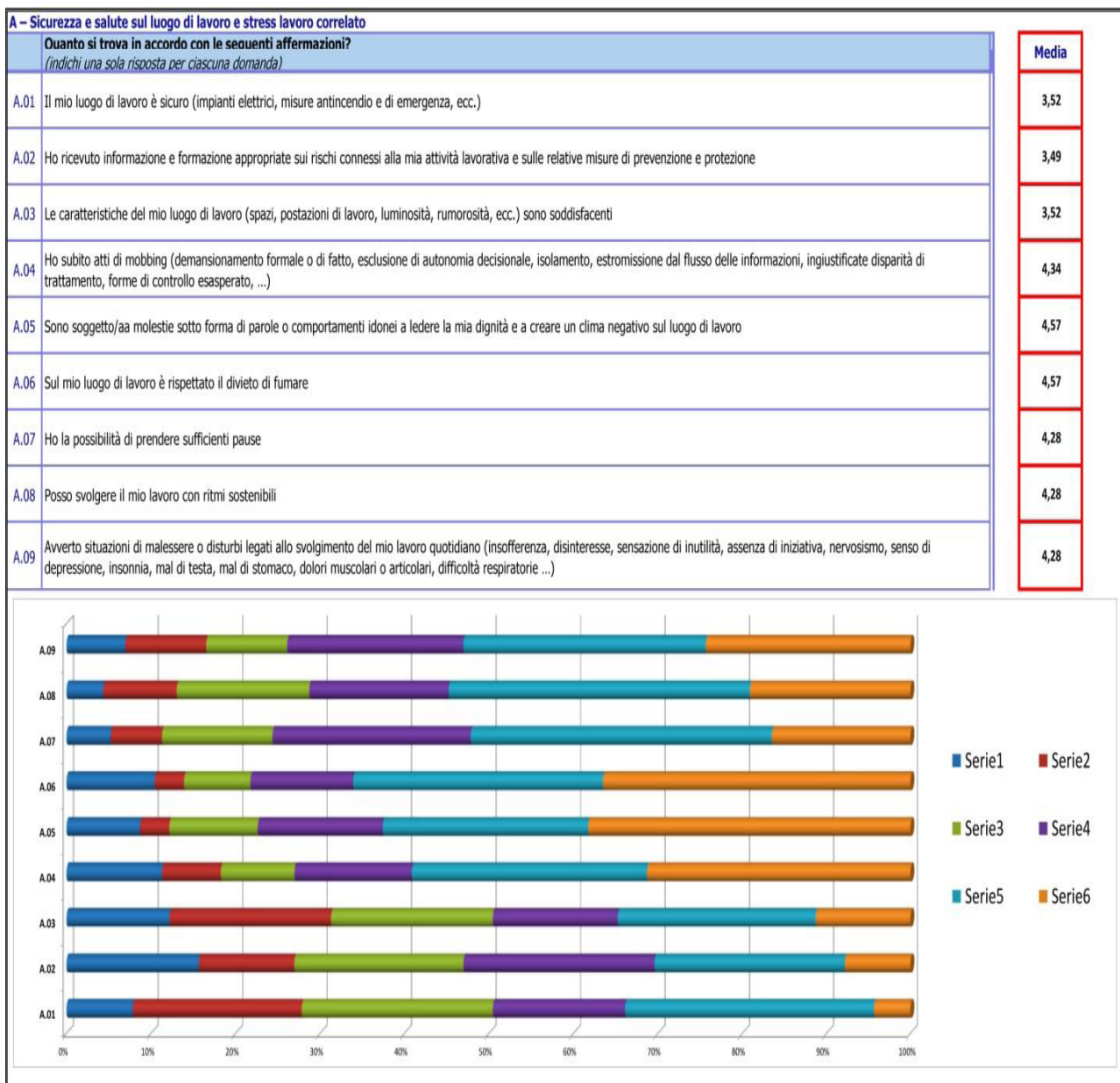
- 4.1. Meno di 5 anni
- 4.2. Da 5 a 10 anni
- 4.3. Da 11 a 20 anni
- 4.4. Oltre i 20 anni

5. La mia qualifica:

- 5.1. Dirigente
- 5.2. Non Dirigente.

L'attribuzione dei punteggi è rappresentata nelle tabelle che seguono:

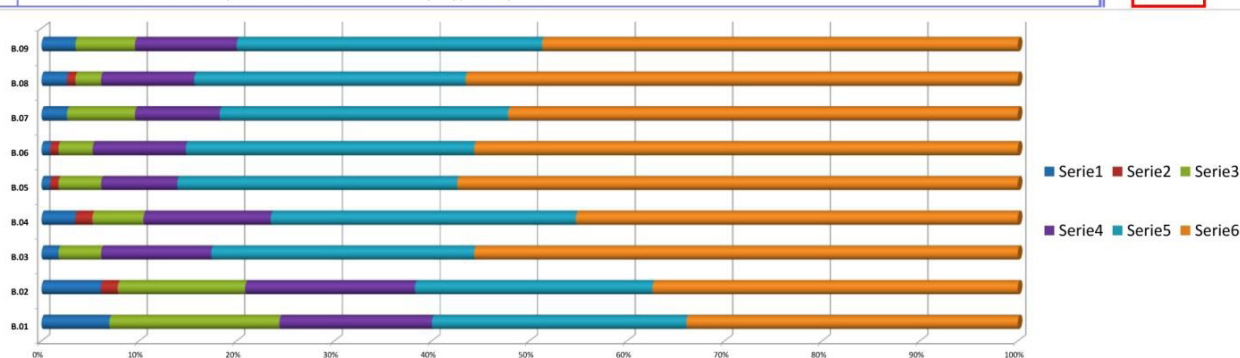
PUNTEGGIO MEDIO PER AMBITO DI INDAGINE



B-Le discriminazioni

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?
(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)

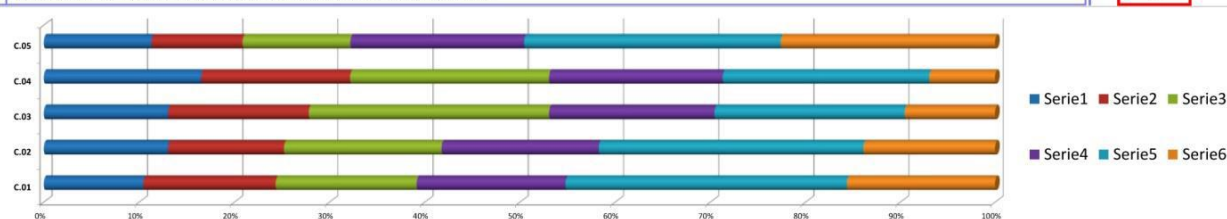
	Media
B.01 Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia appartenenza sindacale	4,56
B.02 Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione al mio orientamento politico	4,64
B.03 Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia religione	5,29
B.04 La mia identità di genere costituisce un ostacolo alla mia valorizzazione sul lavoro	5,03
B.05 Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia etnia e/o razza	5,35
B.06 Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia lingua	5,33
B.07 La mia età costituisce un ostacolo alla mia valorizzazione sul lavoro	5,19
B.08 Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione al mio orientamento sessuale	5,29
B.09 Sono trattato correttamente e con rispetto in relazione alla mia disabilità (se applicabile)	5,12



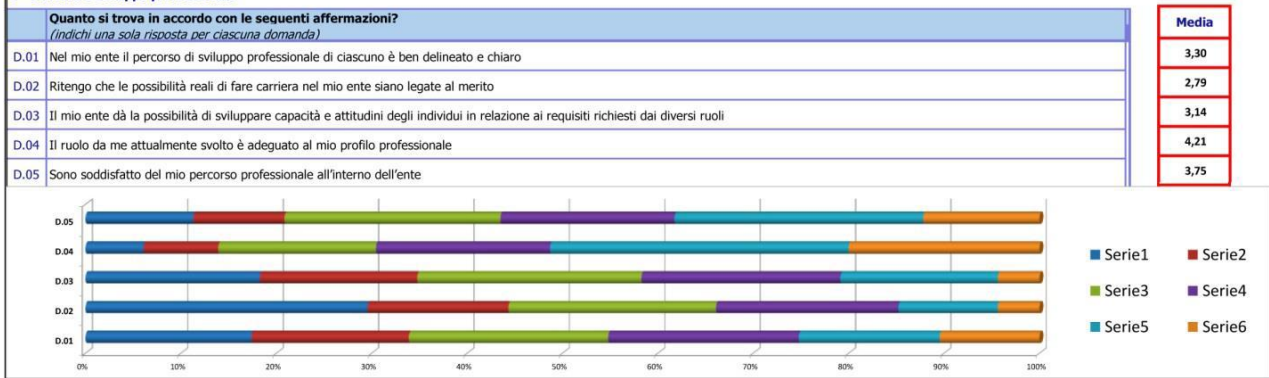
C - L'equità nella mia amministrazione

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?
(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)

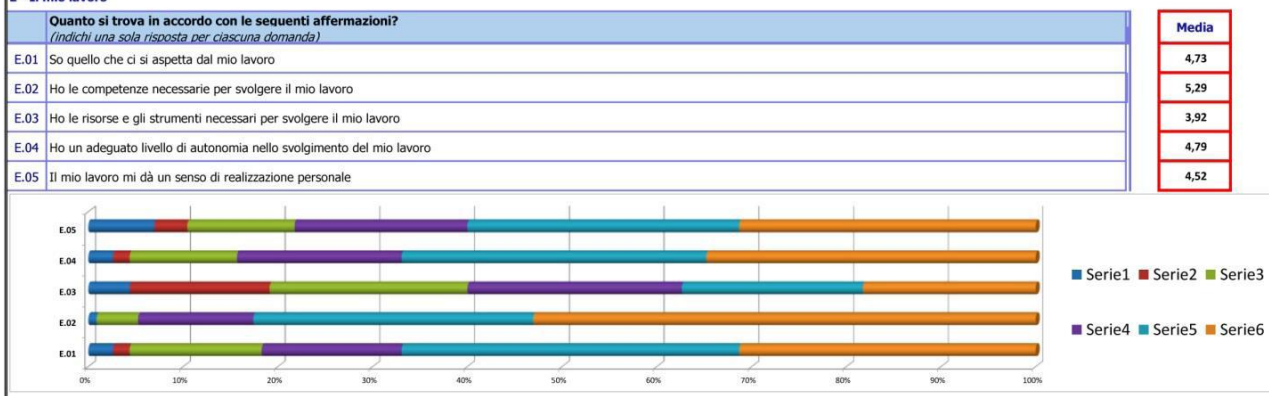
	Media
C.01 Ritengo che vi sia equità nell'assegnazione del carico di lavoro	3,87
C.02 Ritengo che vi sia equità nella distribuzione delle responsabilità	3,76
C.03 Giudico equilibrato il rapporto tra l'impegno richiesto e la mia retribuzione	3,45
C.04 Ritengo equilibrato il modo in cui la retribuzione viene differenziata in rapporto alla quantità e qualità del lavoro svolto	3,34
C.05 Le decisioni che riguardano il lavoro sono prese dal mio responsabile in modo imparziale	4,08



D - Carriera e sviluppo professionale



E - Il mio lavoro



F - I miei colleghi

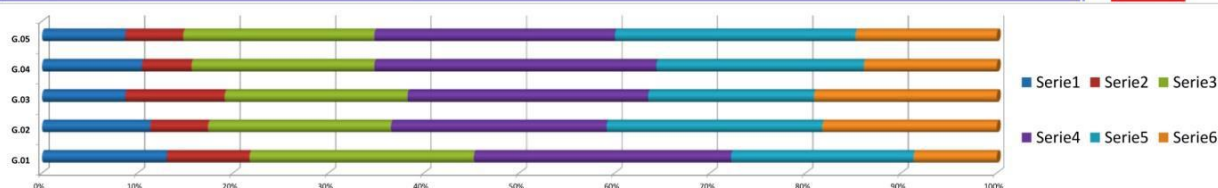


G - Il contesto del mio lavoro

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?
(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)

- G.01 La mia organizzazione investe sulle persone, anche attraverso un'adeguata attività di formazione
- G.02 Le regole di comportamento sono definite in modo chiaro
- G.03 I compiti e ruoli organizzativi sono ben definiti
- G.04 La circolazione delle informazioni all'interno dell'organizzazione è adeguata
- G.05 La mia organizzazione promuove azioni a favore della conciliazione dei tempi lavoro e dei tempi di vita

Media
3,57
3,94
3,90
3,89
3,97

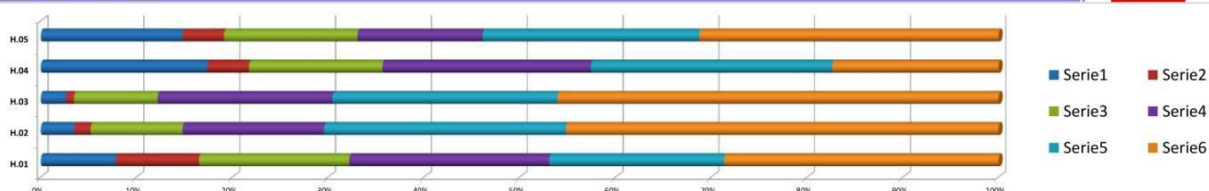


H - Il senso di appartenenza

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?
(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)

- H.01 Sono orgoglioso quando dico a qualcuno che lavoro nel mio ente
- H.02 Sono orgoglioso quando il mio ente raggiunge un buon risultato
- H.03 Mi dispiace se qualcuno parla male del mio ente
- H.04 I valori e i comportamenti praticati nel mio ente sono coerenti con i miei valori personali
- H.05 Se potessi, comunque cambierei ente

Media
4,19
4,92
4,97
3,85
4,18

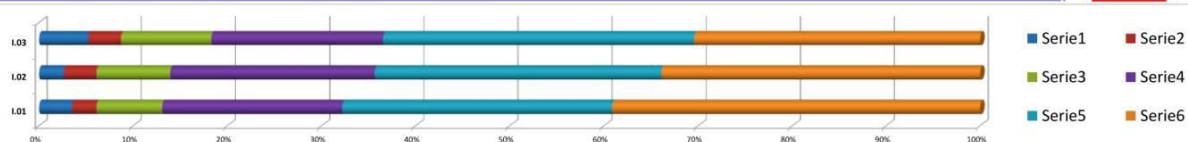


I - L'immagine della mia amministrazione

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?
(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)

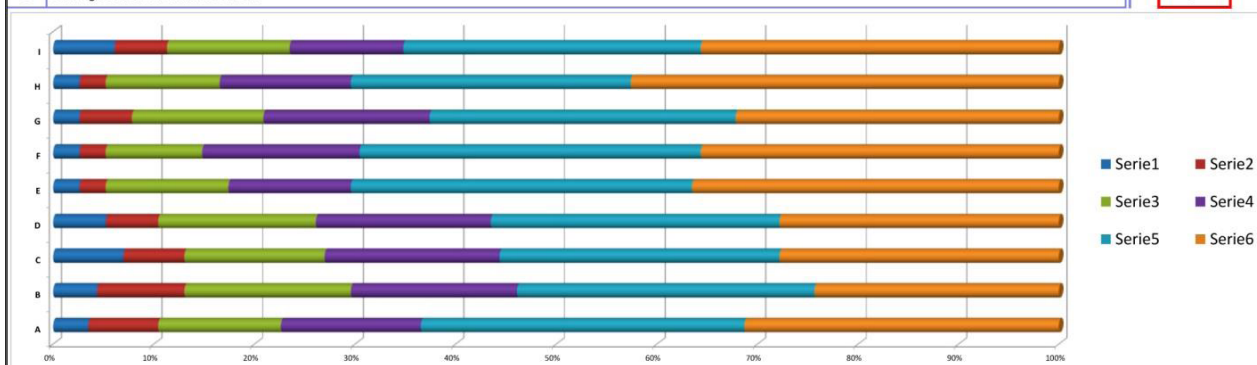
- I.01 La mia famiglia e le persone a me vicine pensano che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per la collettività
- I.02 Gli utenti pensano che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per loro e per la collettività
- I.03 La gente in generale pensa che l'ente in cui lavoro sia un ente importante per la collettività

Media
4,84
4,76
4,62



Importanza degli ambiti di indagine

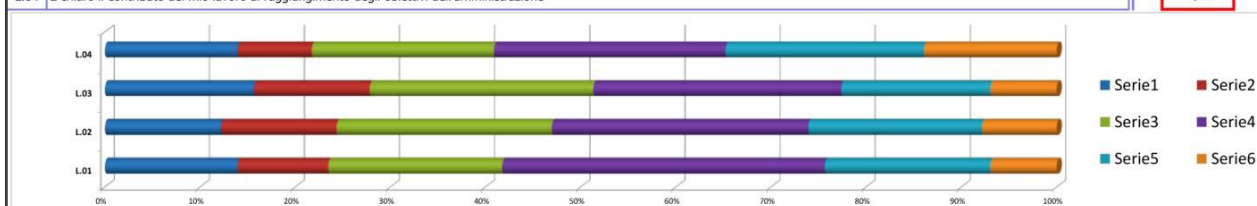
Quanto considera importanti per il suo benessere organizzativo i seguenti ambiti? (indichi una sola risposta per ciascuna domanda)		Media
A	La sicurezza e la salute sul luogo di lavoro e lo stress lavoro correlato	4,58
B	Le discriminazioni	4,31
C	L'equità nella mia amministrazione	4,37
D	La carriera e lo sviluppo professionale	4,43
E	Il mio lavoro	4,82
F	I miei colleghi	4,83
G	Il contesto del mio lavoro	4,63
H	Il senso di appartenenza	4,89
I	L'immagine della mia amministrazione	4,60



1 Questionario grado di condivisione del sistema di valutazione

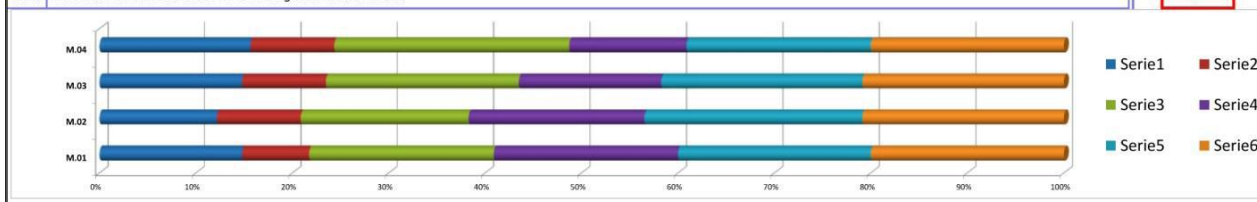
organizzazione

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? (indichi una sola risposta per ciascuna domanda)		Media
L.01	Conosco le strategie della mia amministrazione	3,52
L.02	Condivido gli obiettivi strategici della mia amministrazione	3,50
L.03	Sono chiari i risultati ottenuti dalla mia amministrazione	3,35
L.04	È chiaro il contributo del mio lavoro al raggiungimento degli obiettivi dell'amministrazione	3,72



M - Le mie performance

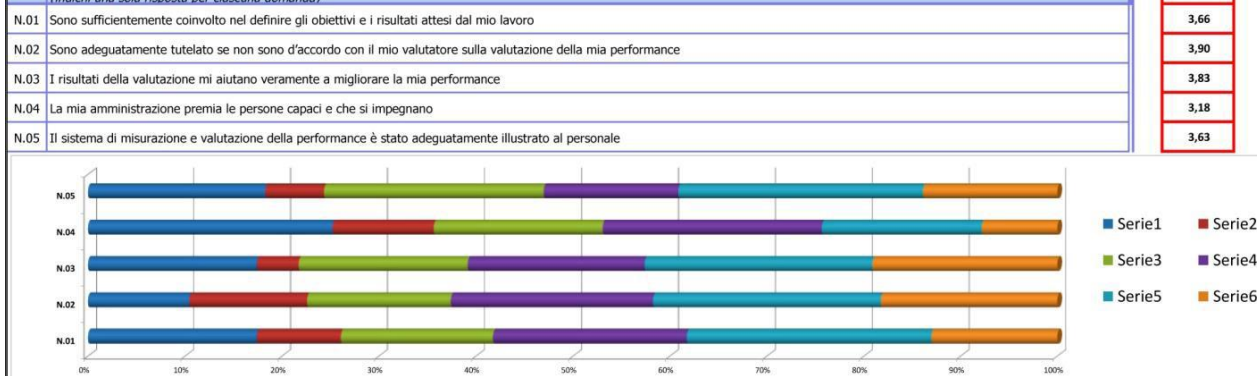
Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni? (indichi una sola risposta per ciascuna domanda)		Media
M.01	Ritengo di essere valutato sulla base di elementi importanti del mio lavoro	3,83
M.02	Sono chiari gli obiettivi e i risultati attesi dall'amministrazione con riguardo al mio lavoro	3,93
M.03	Sono correttamente informato sulla valutazione del mio lavoro	3,81
M.04	Sono correttamente informato su come migliorare i miei risultati	3,70



N - Il funzionamento del sistema

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?

(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)

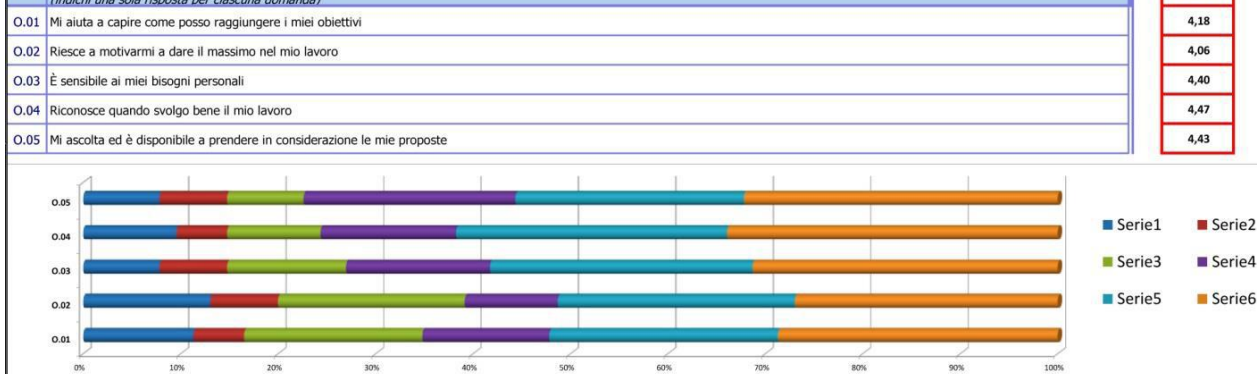


2 Questionario valutazione del superiore gerarchico

O - Il mio capo e la mia crescita

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?

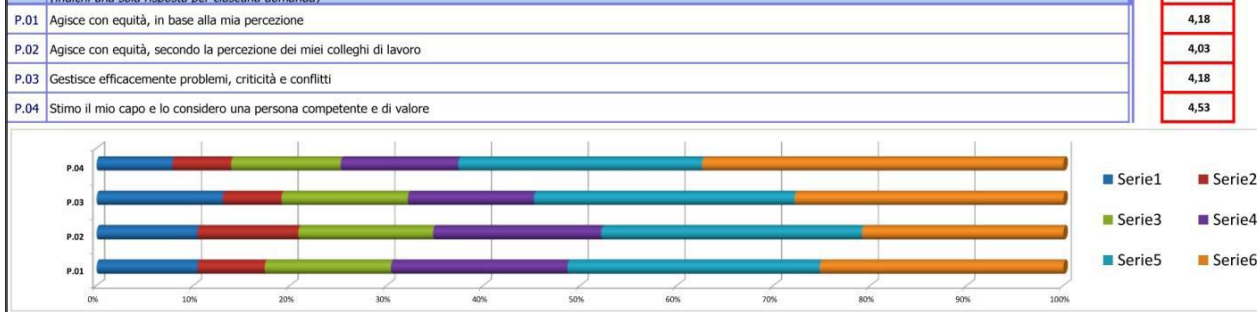
(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)

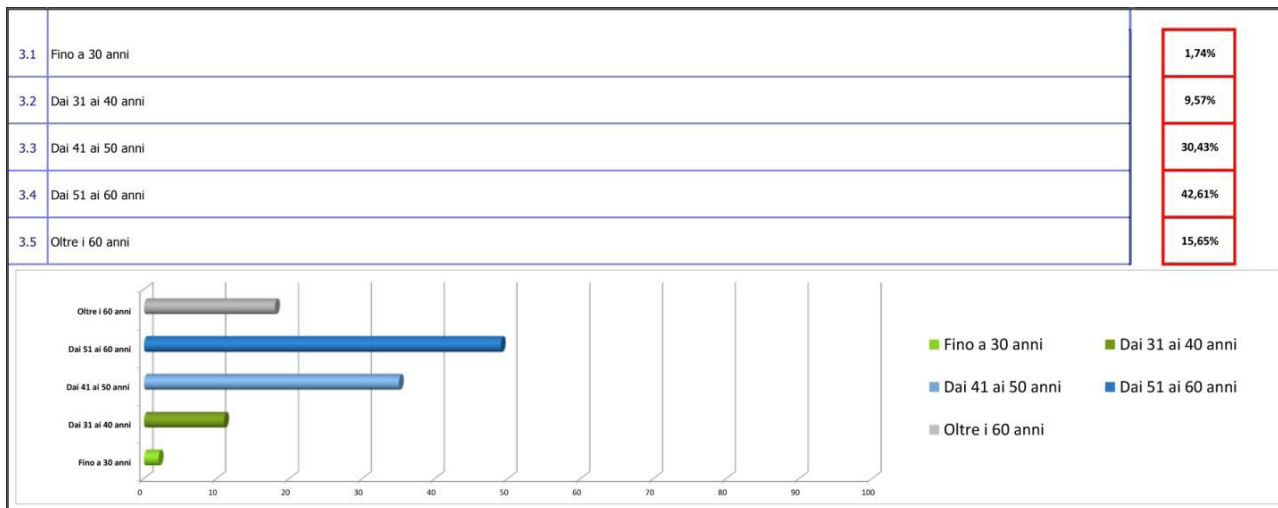
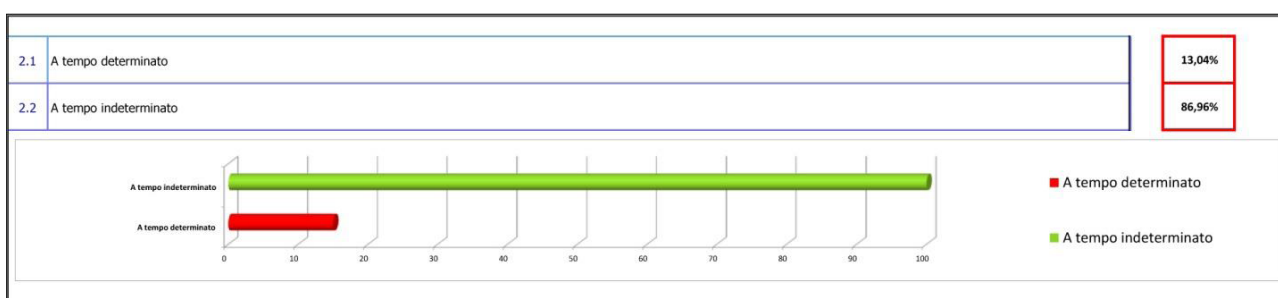
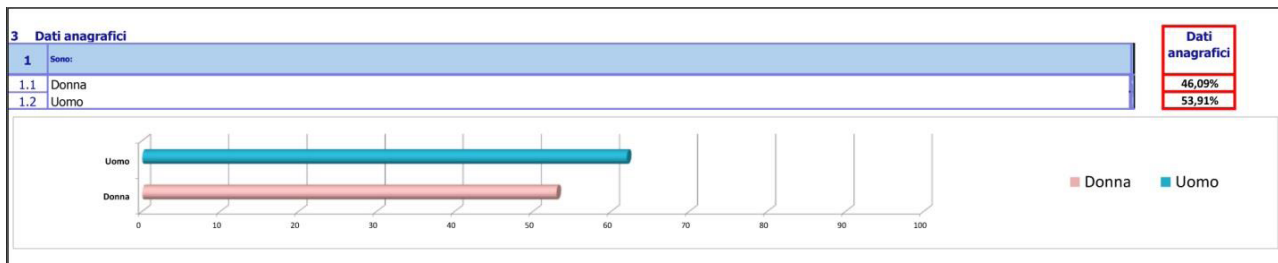


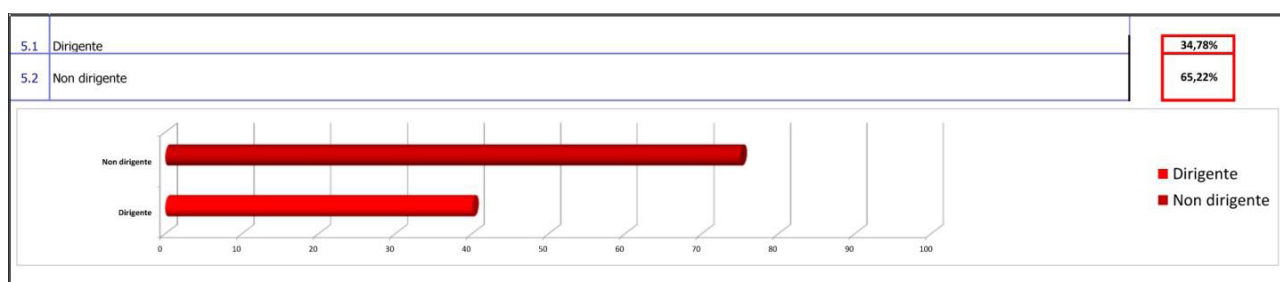
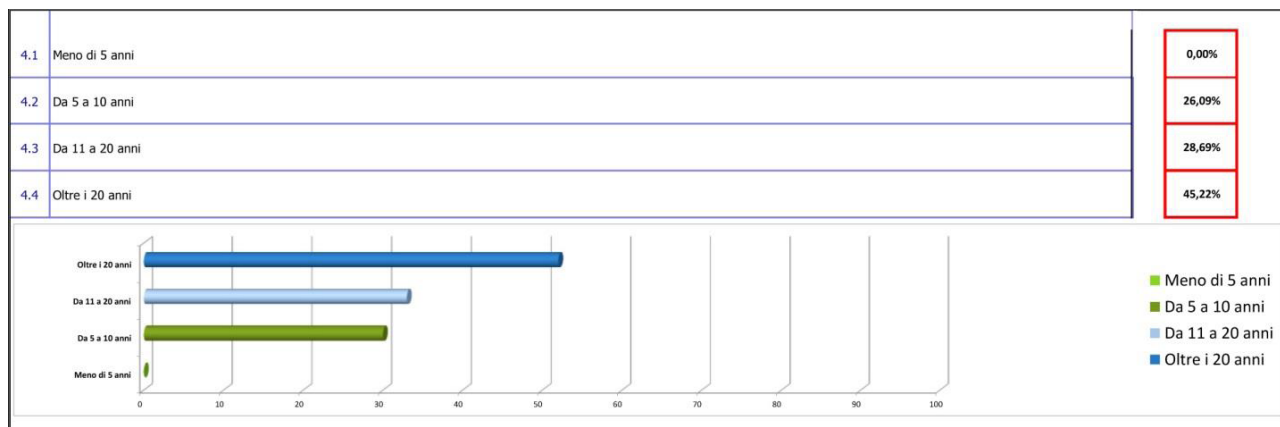
P - Il mio capo e l'equità

Quanto si trova in accordo con le seguenti affermazioni?

(indichi una sola risposta per ciascuna domanda)







La rilevazione del “Benessere Organizzativo” rappresenta oggi, e maggiormente lo sarà in futuro, quando i sistemi di misurazione e valutazioni delle performance saranno compiutamente a regime, un momento strategico della vita professionale a condizione che, a causa della stessa discrezionalità del sistema, non sia confinato/emarginato tra le “cose da fare se ne ho tempo”.



5. PUNTI DI FORZA E DEBOLEZZA DEL CICLO DELLE PERFORMANCE

5.1 Criticità degli strumenti di programmazione e valutazione

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance costituisce la struttura di riferimento per il Ciclo di gestione della performance dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, definendone i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti.

Il Ciclo della Performance si svolge, con riferimento all'anno solare che coincide con l'esercizio contabile e di budget. Si conclude con la valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali, è effettuata dall'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) su istruttoria della Struttura Programmazione e Controllo, nonché con la valutazione della performance individuale.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto, quali strumenti della programmazione e valutazione:

- a. il Piano delle performance
- b. la mappa strategica
- c. la direttiva di budget
- d. la scheda di budget
- e. il report
- f. la Relazione sulla performance

a. **Il Piano delle performance** è il documento di programmazione annuale, formalmente adottato dall'Azienda entro il mese di gennaio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

b. **La mappa strategica.** Nella programmazione annuale sono individuati puntualmente gli obiettivi aziendali ed, in particolare, gli obiettivi di interesse regionale utilizzati nel processo di valutazione dei Direttori Generali. Al fine della programmazione delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale e per supportare le attività di monitoraggio, vengono individuati per ciascun obiettivo di interesse regionale le Strutture coinvolte ed il referente aziendale in modo da consentire, attraverso una procedura di riassegnazione degli obiettivi, il massimo grado di coinvolgimento per garantire il rispetto degli obiettivi individuati dalla regione. Tale processo si attua con l'assegnazione degli obiettivi di interesse regionale alle Strutture attraverso lo strumento del budget.

Per l'anno 2014 tenuto conto della riorganizzazione aziendale che è stata implementata nel corso dell'anno 2013-14 ed è tutt'ora in corso di completamento, la mappa strategica aziendale è da ricondurre alle macrostrutture aziendali così come individuate nel Piano delle attività redatto per l'anno 2014;



c. **Le schede di budget** contengono la puntuale declinazione degli obiettivi aziendali secondo le articolazioni e le competenze di ciascuna unità operativa individuata come autonomo centro di responsabilità, con assegnazione di risorse ed obiettivi correlati. Gli obiettivi di budget sono raggruppati tra obiettivi strategici, collegati agli obiettivi aziendali di interesse regionale, ed obiettivi gestionali. Ciascun obiettivo è collegato ad indicatori di misurazione dei risultati. Nella scheda di budget è rilevato il peso assegnato a ciascun obiettivo, con un totale di cento punti. I pesi sono assegnati in coerenza con le indicazioni della Direzione Strategica.

d. **La direttiva di budget** è il documento descrittivo delle schede di budget e che ne costituisce parte integrante, nel quale sono sinteticamente richiamati gli elementi costitutivi del processo di programmazione, i criteri di assegnazione degli obiettivi, gli indicatori ed i criteri di valutazione.

e. **I report.** Il Ciclo di gestione della performance è supportato, nella fase di attuazione degli obiettivi, da un sistema integrato di reporting che evidenzia, a diverso livello (complessivo aziendale e di singola Struttura), sia lo stato generale di attuazione degli obiettivi (stato avanzamento) che il dettaglio delle misure e dimensioni in cui si possono scomporre gli indicatori. Gli obiettivi di budget sono monitorati nel corso dell'intero esercizio, al fine di orientare i comportamenti rispetto ai risultati attesi e di consentire l'adozione di tempestive azioni di miglioramento. I report sono messi a disposizione dei Direttori delle Strutture a cura di ciascuna struttura aziendale competente, al fine di una costante verifica dei risultati e sono resi disponibili attraverso la trasmissione diretta ovvero attraverso la pubblicazione sulla rete intranet.

Nonostante le criticità evidenziate, nel corso dell'anno 2014 si è provveduto a dare avvio al processo di budget con la condivisione con le macrostrutture aziendali degli obiettivi e delle relative schede di budget, i report di dati storici disponibili e la scheda di proposta di budget; nel piano di attività anno 2013 sono stati individuati gli obiettivi strategici aziendali e quelli per le macrostrutture aziendali; anche tale attività ha incontrato nuove criticità che non hanno consentito di perfezionare la definizione delle schede di budget. L'Azienda ha pertanto intrapreso le azioni correttive per superare le predette criticità, anche al fine di produrre report sempre più attendibili e comunque validi allo scopo. Alla presente relazione si allegano i report di attività prodotti, in relazione ai sistemi informativi aziendali disponibili.

f. **La Relazione sulla performance.** La misurazione e la valutazione finale della performance, con riferimento al livello complessivo aziendale, di singola Struttura e individuale, sono riportati nella Relazione sulla performance, formalmente adottata dall'Azienda ogni anno entro il mese di giugno con riferimento all'anno precedente. La Relazione è strutturata secondo lo schema del documento di programmazione Piano della performance di cui al precedente punto 1. e nel rispetto dei principi generali di trasparenza, intelligibilità, verificabilità, partecipazione, coerenza, orizzonte pluriennale, ed evidenza, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse utilizzate, con rilevazione e analisi degli eventuali scostamenti. La relazione della performance è redatta dalla SOC Programmazione e Controllo ed è validata dall'OIV.



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

6. MONITORAGGIO OBIETTIVI ANNO 2014



6.1 Spoke Cetraro – Paola

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziiazione budget con CDR subordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR subordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I^ o II^ istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	No



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza.	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate	Implementazione attività di controllo NOCI ai sensi DPGR 53/2011 con riduzione ricoveri inappropriati. Relazione trimestrale sui controlli effettuati secondo schema regionale.	Relazione trimestrale alla struttura aziendale di controllo e monitoraggio di cui al decreto n° 53/2011 da parte del NOCI dello Spoke e compilazione report regionale annuale.	Si
12	Appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate	Controlli sulla appropriatezza dei ricoveri, Rimodulazione dei posti letto in funzione dell'atto aziendale e del decreto 106/11 e 106/12, compatibilmente con le risorse umane ed economiche disponibili	Riduzione ricoveri inappropriati e DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con riduzione del 20 % delle cartelle cliniche non confermate.	No
13	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto > al 75%	ottimizzazione tasso di utilizzo dei posti letto con rispetto degli indicatori di riferimento.	Ottimizzazione tasso di utilizzo dei posti letto dello Spoke;	No
14	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti dalle strutture ad alta e media intensità a quelle a bassa intensità con ottimizzazione dell'utilizzo delle lungodegenze ospedaliere pubbliche ed RSA previste dai decreti. (incollaborazione con i Distretti di competenza)	No
15	Miglioramento valore degenza media ricoveri acuti	Mantenimento/Riduzione valore degenza media 2014 dello Spoke per ricoveri acuti	Miglioramento valore degenza media Spoke 2014/valore degenza media 2013	No
16	Corretta compilazione delle SDO e rispetto tempi flussi.	Compilazione anagrafica SDO corretta e puntuale secondo le normative vigenti con riduzione degli errori e chiusura nei termini previsti (entro il 5 del mese successivo alla dimissione).	Riduzione del numero di errori SDO nel 2014/2013. Rispetto dei termini di chiusura delle SDO x ricoveri ordinari. (N° solleciti per chiusura SDO anno 2014/N° solleciti anno 2013)	Si
17	Corretta compilazione delle SDO e rispetto tempi flussi.	Recupero ricoveri di stranieri temporaneamente presenti (STP), di residenti all'estero, per recupero competenze.	Numero di SDO prodotte con codice STP inserito correttamente/numero totale di stranieri STP individuati (almeno il 50% dei ricoverati STP)	No
18	Miglioramento peso medio DRG	Miglioramento del Peso medio e del valore medio del DRG in regime ordinario.	> Valore Peso medio dei DRG Spoke 2014/ valore Peso medio 2013	Si
19	Costi spesa farmaceutica	Contenimento dei costi della spesa farmaceutica, entro i valori	Mantenimento dei costi della spesa farmaceutica entro i tetti di spesa fissati per la	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



	ospedaliera	registrati nel 2013, e comunque entro quelli previsti dalla normativa;	farmaceutica ospedaliera anno 2014 e comunque entro i costi del 2013	
20	Contenimento dei costi dello Spoke	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **76**



6.2 Spoke Rossano – Corigliano

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR subordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria simile.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR subordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	No
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un'analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli erogatori.	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza (almeno 30 per UOC).	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate	Implementazione attività di controllo NOCI ai sensi DPGR 53/2011 con riduzione ricoveri inappropriati. Relazione trimestrale sui controlli effettuati secondo schema regionale.	Relazione trimestrale alla struttura aziendale di controllo e monitoraggio di cui al decreto n° 53/2011 da parte del NOCI dello Spoke e compilazione report regionale annuale.	Si
12	Appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate	Controlli sulla appropriatezza dei ricoveri, Rimodulazione dei posti letto in funzione dell'atto aziendale e del decreto 106/11 e 106/12, compatibilmente con le risorse umane ed economiche disponibili	Riduzione ricoveri inappropriati e DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con riduzione del 20 % delle cartelle cliniche non confermate.	Si
13	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto > al 75%	ottimizzazione tasso di utilizzo dei posti letto con rispetto degli indicatori di riferimento.	Ottimizzazione tasso di utilizzo dei posti letto dello Spoke;	No
14	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti dalle strutture ad alta e media intensità a quelle a bassa intensità con ottimizzazione dell'utilizzo delle lungodegenze ospedaliere pubbliche ed RSA previste dai decreti. (incollaborazione con i Distretti di competenza)	No
15	Miglioramento valore degenza media ricoveri acuti	Mantenimento/Riduzione valore degenza media 2014 dello Spoke per ricoveri acuti	Miglioramento valore degenza media Spoke 2014/valore degenza media 2013	No
16	Corretta compilazione delle SDO e rispetto tempi flussi.	Compilazione anagrafica SDO corretta e puntuale secondo le normative vigenti con riduzione degli errori e chiusura nei termini previsti (entro il 5 del mese successivo alla dimissione).	Riduzione del numero di errori SDO nel 2014/2013. Rispetto dei termini di chiusura delle SDO x ricoveri ordinari. (N° solleciti per chiusura SDO anno 2014/N° solleciti anno 2013)	Si
17	Corretta compilazione delle SDO e rispetto tempi flussi.	Recupero ricoveri di stranieri temporaneamente presenti (STP), di residenti all'estero, per recupero competenze.	Numero di SDO prodotte con codice STP inserito correttamente/numero totale di stranieri STP individuati (almeno il 50% dei ricoverati STP)	Si
18	Miglioramento peso medio DRG	Miglioramento del Peso medio e del valore medio del DRG in regime ordinario.	> Valore Peso medio dei DRG Spoke 2014/ valore Peso medio 2013	Si parziale
19	Costi spesa farmaceutica ospedaliera	Contenimento dei costi della spesa farmaceutica, entro i valori registrati nel 2013, e comunque entro quelli previsti dalla normativa;	Mantenimento dei costi della spesa farmaceutica entro i tetti di spesa fissati per la farmaceutica ospedaliera anno 2014 e comunque entro i costi del 2013	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



20	Contenimento dei costi dello Spoke	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **78,63**



6.3 Spoke Castrovillari

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza.	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate	Implementazione attività di controllo NOCI ai sensi DPGR 53/2011 con riduzione ricoveri inappropriati. Relazione trimestrale sui controlli effettuati secondo schema regionale.	Relazione trimestrale alla struttura aziendale di controllo e monitoraggio di cui al decreto n° 53/2011 da parte del NOCI dello Spoke e compilazione report regionale annuale.	Si
12	Appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate	Controlli sulla appropriatezza dei ricoveri, Rimodulazione dei posti letto in funzione dell'atto aziendale e del decreto 106/11 e 106/12, compatibilmente con le risorse umane ed economiche disponibili	Riduzione ricoveri inappropriati e DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con riduzione del 20 % delle cartelle cliniche non confermate.	No
13	Ottimizzazione del tasso di utilizzo dei posti letto > al 75%	ottimizzazione tasso di utilizzo dei posti letto con rispetto degli indicatori di riferimento.	Ottimizzazione tasso di utilizzo dei posti letto dello Spoke;	Si parziale
14	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti dalle strutture ad alta e media intensità a quelle a bassa intensità con ottimizzazione dell'utilizzo delle lungodegenze ospedaliere pubbliche ed RSA previste dai decreti. (incollaborazione con i Distretti di competenza)	Si
15	Miglioramento valore degenza media ricoveri acuti	Mantenimento/Riduzione valore degenza media 2014 dello Spoke per ricoveri acuti	Miglioramento valore degenza media Spoke 2014/valore degenza media 2013	Si
16	Corretta compilazione delle SDO e rispetto tempi flussi.	Compilazione anagrafica SDO corretta e puntuale secondo le normative vigenti con riduzione degli errori e chiusura nei termini previsti (entro il 5 del mese successivo alla dimissione).	Riduzione del numero di errori SDO nel 2014/2013. Rispetto dei termini di chiusura delle SDO x ricoveri ordinari. (N° solleciti per chiusura SDO anno 2014/N° solleciti anno 2013)	Si
17	Corretta compilazione delle SDO e rispetto tempi flussi.	Recupero ricoveri di stranieri temporaneamente presenti (STP), di residenti all'estero, per recupero competenze.	Numero di SDO prodotte con codice STP inserito correttamente/numero totale di stranieri STP individuati (almeno il 50% dei ricoverati STP)	Si
18	Miglioramento peso medio DRG	Miglioramento del Peso medio e del valore medio del DRG in regime ordinario.	> Valore Peso medio dei DRG Spoke 2014/ valore Peso medio 2013	No
19	Costi spesa farmaceutica ospedaliera	Contenimento dei costi della spesa farmaceutica, entro i valori registrati nel 2013, e comunque entro quelli previsti dalla	Mantenimento dei costi della spesa farmaceutica entro i tetti di spesa fissati per la farmaceutica ospedaliera anno 2014 e comunque entro i costi del 2013	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		normativa;		
20	Contenimento dei costi dello Spoke	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **88,3**



6.4 Dipartimento di Prevenzione

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale di predisposizione (entro il 31/12/2014) questionario di gradimento da somministrare all'utenza per le discipline che erogano prestazioni dirette alla persona	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	No
11	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013	Mantenimento dei livelli complessivi di attività e di risultato registrati per l'Area Medica nell'anno 2013 (media ultimo triennio);	Erogazione del numero di prestazioni complessive erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .(il margine va applicato per ogni U.O.)	Si
12	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013	Mantenimento dei livelli complessivi di attività e di risultato registrati per l'Area Veterinaria nell'anno 2013 (media ultimo triennio);	Erogazione del numero di prestazioni complessive erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .(il margine va applicato per ogni U.O.)	Si
13	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013	Garantire una adeguata attività ispettiva e di vigilanza per l'area medica; almeno mantenimento dei livelli complessivi di attività di vigilanza ed ispezione registrati per il Dipartimento di Prevenzione nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni di vigilanza ed ispezione area medica erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .(il margine va applicato per ogni U.O.)	Si
14	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013	Garantire una adeguata attività ispettiva e di vigilanza per l'area veterinaria; almeno mantenimento dei livelli complessivi di attività di vigilanza ed ispezione registrati per il Dipartimento di Prevenzione nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni di vigilanza ed ispezione area veterinaria erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .(il margine va applicato per ogni U.O.)	Si
15	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013	Raggiungimento/mantenimento adeguata copertura vaccinale nei soggetti 0-24 mesi per le vaccinazioni non obbligatorie	Copertura vaccinale superiore al 90% dei soggetti 0-24 mesi	Si
16	Contenimento dei costi del Dipartimento	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **94**



6.5 Dipartimento di Salute Mentale

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico per favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza (almeno 30 per UOC).	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Miglioramento efficienza	utilizzo appropriato dei posti letto presso gli SPDC	Numero soggetti con SDO 295 e 296/numero soggetti ricoverati in SPDC > = a 80per cento. (obiettivo 2014 valutato solo sugli Spoke)	No
12	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività ambulatoriale da tariffario e di risultato registrati nell'anno 2013;	N° di prestazioni complessive di attività ambulatoriale da tariffario erogate nel 2014 dal Dipartimento uguali o superiori a quelle erogate nell'anno 2013;	No
13	Miglioramento efficienza	Riduzione del numero di TSO a carico della popolazione residente	Riduzione di almeno il 5% del numero di TSO accesi in ambito provinciale per la popolazione residente nel 2014 minore del numero di TSO accesi in ambito provinciale per la popolazione residente nel 2013.	No
14	Appropriatezza prescrittiva per assistenza farmaceutica	Presa in carico dei nuovi pazienti con disturbi psichici presso il CSM territoriale competente.	Incremento n° prese in carico di nuovi pazienti condisturbi psichici presso il CSM di almeno il 5%	Si
15	Miglioramento della qualità per il cittadino	Somministrazione dei questionari di valutazione dei servizi diagnostici e ambulatoriali e rilevazione della qualità percepita	N. questionari somministrati ad utenti ambulatoriali (misurazione al 31/12/2014 - valore soglia: almeno n° 100 questionari)	Si
16	Contenimento dei costi del Distretto	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **82.5**



6.6 Distretto Sanitario Cosenza Savuto

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si parziale
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un'analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si Parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili.	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

		Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	Mantenimento/Incremento del numero di pazienti over 64 e/o terminali trattati in programmi di cure domiciliari integrate	Mantenimento/miglioramento rapporto anziani (età ≥ 64anni e/o terminali) trattati in ADI al 31.12.2013/ N° pazienti anziani ≥ 64 anni e/o terminali trattati 2013	Si
12	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	consolidamento del percorso assistenziale pua-uvm-cure domiciliari integrate (gia ADI) con attivazione sistema informativo e flusso relativo.	attivazione sistema informativo entro il 30 settembre 2014- produzione 1° flusso ADI integrato VI° trim. entro il 31/01/2015.	Si
13	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013 -Spec. Ambul.	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività di specialistica ambulatoriale e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive di spec. Ambul. erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .	Si
14	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività del SERT e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive del SERT erogate nel 2013 con un margine del +/-10% . (Fornire report attività anno 2012 e 2013 del distretto entro 20 giorni - prerequisite)	Si Parziale
15	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2014	Miglioramento attività del SERT di informazione ed educazione sanitaria e sociale, rivolta in particolare agli adolescenti.	Incremento del 20% attività di informazione ed educazione sanitaria e sociale agli adolescenti.	No
18	gestione tempi di attesa	Miglioramento offerta specialistica ambulatoriale e delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale, con miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prenotazioni.	Miglioramento del 5% dell'indicatore di efficacia - (prestazioni effettuate / prestazioni prenotate nell' ultimo trimestre2014).	Si
19	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali (RSA/M) e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti . Implementazione ed ottimizzazione delle Residenze sanitarie territoriali pubbliche previste dai decreti regionali. (obiettivo comune agli Spoke)	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

20	Farmacoeconomia, razionalizzazione dei costi.	Ripartizione fabbisogno di assistenza farmaceutica territoriale 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa farmaceutica territoriale per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si
21	Razionalizzazione dei costi di ausilica e protesica	Ripartizione fabbisogno di assistenza protesica ed ausilica anno 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa protesica ed ausilica per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si Parziale
22	Appropriatezza prescrittiva per assistenza farmaceutica	Applicazione di procedure per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica ed ausilica per come da coordinamento monitoraggio della stessa adottate dall'ASP con determina n°76/2012;	Relazione trimestrale della commissione di controllo alla Direzione generale ed al controllo di gestione per livello e sublivello	Si Parziale
23	Punto unico di accesso	Attivazione del punto unico di accesso e definizione delle procedure per garantire la continuità assistenziale	produzione procedura di accesso al PUA entro il 30 settembre 2013 ed attivazione del percorso entro il 31/12/2014.	Si
24	tutela famiglia, donne ed infanzia	adesione screening citologico.	Raggiungimento obiettivi di adesione screening citologico (adsione >25% della popolazione bersaglio - 25-64 aa).	No
25	tutela famiglia, donne ed infanzia	Riduzione ospedalizzazione post-parto e contenimento costi ricovero.	Potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio (> 5%) alla puerpera ed al neonato tramite dimissione precoce della puerpera.	Si
26	Contenimento dei costi del Distretto	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **88**



6.7 Distretto Sanitario Valle Crati

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza (almeno 30 per UOC).	
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	
11	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	Mantenimento/Incremento del numero di pazienti over 64 e/o terminali trattati in programmi di cure domiciliari integrate	Mantenimento/miglioramento rapporto anziani (età ≥ 64anni e/o terminali) trattati in ADI al 31.12.2013/ N° pazienti anziani ≥ 64 anni e/o terminali trattati 2013	Si
12	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	consolidamento del percorso assistenziale pua-uvm-cure domiciliari integrate (gia ADI) con attivazione sistema informativo e flusso relativo.	attivazione sistema informativo entro il 30 settembre 2014- produzione 1° flusso ADI integrato VI° trim. entro il 31/01/2015.	
13	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013 -Spec. Ambul.	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività di specialistica ambulatoriale e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive di spec. Ambul. erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .	No
14	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività del SERT e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive del SERT erogate nel 2013 con un margine del +/-10% . (Fornire report attività anno 2012 e 2013 del distretto entro 20 giorni - prerequisite)	Si Parziale
15	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2014	Miglioramento attività del SERT di informazione ed educazione sanitaria e sociale, rivolta in particolare agli adolescenti.	Incremento del 20% attività di informazione ed educazione sanitaria e sociale agli adolescenti.	
18	gestione tempi di attesa	Miglioramento offerta specialistica ambulatoriale e delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale, con miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prenotazioni.	Miglioramento del 5% dell'indicatore di efficacia - (prestazioni effettuate / prestazioni prenotate nell' ultimo trimestre2014).	
19	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali (RSA/M) e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti . Implementazione ed ottimizzazione delle Residenze sanitarie territoriali pubbliche previste dai decreti regionali. (obiettivo comune agli Spoke)	
20	Farmacoeconomia, razionalizzazione dei costi.	Ripartizione fabbisogno di assistenza farmaceutica territoriale 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa farmaceutica territoriale per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

21	Razionalizzazione dei costi di ausilia e protesica	Ripartizione fabbisogno di assistenza protesica ed ausilia anno 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa protesica ed ausilia per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	
22	Appropriatezza prescrittiva per assistenza farmaceutica	Applicazione di procedure per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica ed ausilia per come da coordinamento monitoraggio della stessa adottate dall'ASP con determina n°76/2012;	Relazione trimestrale della commissione di controllo alla Direzione generale ed al controllo di gestione per livello e sublivello	
23	Punto unico di accesso	Attivazione del punto unico di accesso e definizione delle procedure per garantire la continuità assistenziale	produzione procedura di accesso al PUA entro il 30 settembre 2013 ed attivazione del percorso entro il 31/12/2014.	
24	tutela famiglia, donne ed infanzia	adesione screening citologico.	Raggiungimento obiettivi di adesione screening citologico (adesione >25% della popolazione bersaglio - 25-64 aa).	No
25	tutela famiglia, donne ed infanzia	Riduzione ospedalizzazione post-parto e contenimento costi ricovero.	Potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio (> 5%) alla puerpera ed al neonato tramite dimissione precoce della puerpera.	Si
26	Contenimento dei costi del Distretto	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **61**



6.8 Distretto Sanitario Pollino Esaro

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si Parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si Parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	Mantenimento/Incremento del numero di pazienti over 64 e/o terminali trattati in programmi di cure domiciliari integrate	Mantenimento/miglioramento rapporto anziani (età ≥ 64anni e/o terminali) trattati in ADI al 31.12.2013/ N° pazienti anziani ≥ 64 anni e/o terminali trattati 2013	No
12	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	consolidamento del percorso assistenziale pua-uvm-cure domiciliari integrate (gia ADI) con attivazione sistema informativo e flusso relativo.	attivazione sistema informativo entro il 30 settembre 2014- produzione 1° flusso ADI integrato VI° trim. entro il 31/01/2015.	Si
13	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013 -Spec. Ambul.	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività di specialistica ambulatoriale e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive di spec. Ambul. erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .	Si
14	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività del SERT e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive del SERT erogate nel 2013 con un margine del +/-10% . (Fornire report attività anno 2012 e 2013 del distretto entro 20 giorni - prerequisite)	Si Parziale
15	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2014	Miglioramento attività del SERT di informazione ed educazione sanitaria e sociale, rivolta in particolare agli adolescenti.	Incremento del 20% attività di informazione ed educazione sanitaria e sociale agli adolescenti.	Si Parziale
16	gestione tempi di attesa	Miglioramento offerta specialistica ambulatoriale e delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale, con miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prenotazioni.	Miglioramento del 5% dell'indicatore di efficacia - (prestazioni effettuate / prestazioni prenotate nell' ultimo trimestre2014).	Si
17	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali (RSA/M) e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti . Implementazione ed ottimizzazione delle Residenze sanitarie territoriali pubbliche previste dai decreti regionali. (obiettivo comune agli Spoke)	Si Parziale
18	Farmacoeconomia, razionalizzazione dei costi.	Ripartizione fabbisogno di assistenza farmaceutica territoriale 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa farmaceutica territoriale per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

19	Razionalizzazione dei costi di ausilia e protesica	Ripartizione fabbisogno di assistenza protesica ed ausilia anno 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa protesica ed ausilia per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si
20	Appropriatezza prescrittiva per assistenza farmaceutica	Applicazione di procedure per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica ed ausilia per come da coordinamento monitoraggio della stessa adottate dall'ASP con determina n°76/2012;	Relazione trimestrale della commissione di controllo alla Direzione generale ed al controllo di gestione per livello e sublivello	Si
21	Punto unico di accesso	Attivazione del punto unico di accesso e definizione delle procedure per garantire la continuità assistenziale	produzione procedura di accesso al PUA entro il 30 settembre 2013 ed attivazione del percorso entro il 31/12/2014.	Si
22	tutela famiglia, donne ed infanzia	adesione screening citologico.	Raggiungimento obiettivi di adesione screening citologico (adesione >25% della popolazione bersaglio - 25-64 aa).	No
23	tutela famiglia, donne ed infanzia	Riduzione ospedalizzazione post-parto e contenimento costi ricovero.	Potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio (> 5%) alla puerpera ed al neonato tramite dimissione precoce della puerpera.	Si
24	Contenimento dei costi del Distretto	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **90,5**



6.9 Distretto Sanitario Tirreno

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si Parziale
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza.	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	Mantenimento/Incremento del numero di pazienti over 64 e/o terminali trattati in programmi di cure domiciliari integrate	Mantenimento/miglioramento rapporto N° pazienti anziani (età ≥ 64anni e/o terminali) trattati in ADI al 31.12.2013/ N° pazienti anziani ≥ 64 anni e/o terminali trattati 2013	No
12	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	consolidamento del percorso assistenziale pua-uvm-cure domiciliari integrate (gia ADI) con attivazione sistema informativo e flusso relativo.	attivazione sistema informativo entro il 30 settembre 2014- produzione 1° flusso ADI integrato VI° trim. entro il 31/01/2015.	Si
13	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013 -Spec. Ambul.	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività di specialistica ambulatoriale e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive di spec. Ambul. erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .	Si
14	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività del SERT e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive del SERT erogate nel 2013 con un margine del +/-10% . (Fornire report attività anno 2012 e 2013 del distretto entro 20 giorni - prerequisite)	Si Parziale
15	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2014	Miglioramento attività del SERT di informazione ed educazione sanitaria e sociale, rivolta in particolare agli adolescenti.	Incremento del 20% attività di informazione ed educazione sanitaria e sociale agli adolescenti.	Si
16	gestione tempi di attesa	Miglioramento offerta specialistica ambulatoriale e delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale, con miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prenotazioni.	Miglioramento del 5% dell'indicatore di efficacia - (prestazioni effettuate / prestazioni prenotate nell' ultimo trimestre2014).	Si
17	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali (RSA/M) e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti . Implementazione ed ottimizzazione delle Residenze sanitarie territoriali pubbliche previste dai decreti regionali. (obiettivo comune agli Spoke)	Si Parziale
18	Farmacoeconomia, razionalizzazione dei costi.	Ripartizione fabbisogno di assistenza farmaceutica territoriale 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa farmaceutica territoriale per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

19	Razionalizzazione dei costi di ausilia e protesica	Ripartizione fabbisogno di assistenza protesica ed ausilia anno 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa protesica ed ausilia per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si
20	Appropriatezza prescrittiva per assistenza farmaceutica	Applicazione di procedure per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica ed ausilia per come da coordinamento monitoraggio della stessa adottate dall'ASP con determina n°76/2012;	Relazione trimestrale della commissione di controllo alla Direzione generale ed al controllo di gestione per livello e sublivello	Si
21	Punto unico di accesso	Attivazione del punto unico di accesso e definizione delle procedure per garantire la continuità assistenziale	produzione procedura di accesso al PUA entro il 30 settembre 2013 ed attivazione del percorso entro il 31/12/2014.	Si
22	tutela famiglia, donne ed infanzia	adesione screening citologico.	Raggiungimento obiettivi di adesione screening citologico (adsione >25% della popolazione bersaglio - 25-64 aa).	No
23	tutela famiglia, donne ed infanzia	Riduzione ospedalizzazione post-parto e contenimento costi ricovero.	Potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio (> 5%) alla puerpera ed al neonato tramite dimissione precoce della puerpera.	Si
24	Contenimento dei costi del Distretto	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **80**



6.10 Distretto Sanitario Ionio Nord

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	Si
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si parziale
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	Si
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza (almeno 30 per UOC).	Si
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	Si
11	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	Mantenimento/Incremento del numero di pazienti over 64 e/o terminali trattati in programmi di cure domiciliari integrate	Mantenimento/miglioramento rapporto anziani (età ≥ 64anni e/o terminali) trattati in ADI al 31.12.2013/ N° pazienti anziani ≥ 64 anni e/o terminali trattati 2013	Si
12	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	consolidamento del percorso assistenziale pua-uvm-cure domiciliari integrate (gia ADI) con attivazione sistema informativo e flusso relativo.	attivazione sistema informativo entro il 30 settembre 2014- produzione 1° flusso ADI integrato VI° trim. entro il 31/01/2015.	Si
13	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013 -Spec. Ambul.	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività di specialistica ambulatoriale e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive di spec. Ambul. erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .	Si
14	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività del SERT e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive del SERT erogate nel 2013 con un margine del +/-10% . (Fornire report attività anno 2012 e 2013 del distretto entro 20 giorni - prerequisite)	Si
15	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2014	Miglioramento attività del SERT di informazione ed educazione sanitaria e sociale, rivolta in particolare agli adolescenti.	Incremento del 20% attività di informazione ed educazione sanitaria e sociale agli adolescenti.	Si
16	gestione tempi di attesa	Miglioramento offerta specialistica ambulatoriale e delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale, con miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prenotazioni.	Miglioramento del 5% dell'indicatore di efficacia - (prestazioni effettuate / prestazioni prenotate nell' ultimo trimestre 2014).	Si
17	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Presa in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali (RSA/M) e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti . Implementazione ed ottimizzazione delle Residenze sanitarie territoriali pubbliche previste dai decreti regionali. (obiettivo comune agli Spoke)	Si
18	Farmacoeconomia, razionalizzazione dei costi.	Ripartizione fabbisogno di assistenza farmaceutica territoriale 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa farmaceutica territoriale per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

19	Razionalizzazione dei costi di ausilia e protesica	Ripartizione fabbisogno di assistenza protesica ed ausilia anno 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa protesica ed ausilia per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	Si
20	Appropriatezza prescrittiva per assistenza farmaceutica	Applicazione di procedure per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica ed ausilia per come da coordinamento monitoraggio della stessa adottate dall'ASP con determina n°76/2012;	Relazione trimestrale della commissione di controllo alla Direzione generale ed al controllo di gestione per livello e sublivello	Si
21	Punto unico di accesso	Attivazione del punto unico di accesso e definizione delle procedure per garantire la continuità assistenziale	produzione procedura di accesso al PUA entro il 30 settembre 2013 ed attivazione del percorso entro il 31/12/2014.	Si parziale
22	tutela famiglia, donne ed infanzia	adesione screening citologico.	Raggiungimento obiettivi di adesione screening citologico (adsione >25% della popolazione bersaglio - 25-64 aa).	No
23	tutela famiglia, donne ed infanzia	Riduzione ospedalizzazione post-parto e contenimento costi ricovero.	Potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio (> 5%) alla puerpera ed al neonato tramite dimissione precoce della puerpera.	Si
24	Contenimento dei costi del Distretto	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: **90**



6.11 Distretto Sanitario Ionio Sud

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	DESCRIZIONE OBIETTIVO - INDICATORE DI ATTIVITA'	BDG 2014 Obiettivi negoziati Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	Produzione di 1 documento attestante la condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I ^a o II ^a istanza).	
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Produzione, entro il 30 settembre 2014, della proposta di programma di attività della U.O.C. per l'anno 2015,	
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un' analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2013" entro 15 giorni dalla disponibilità del consuntivo annuale dei dati di attività e comunque entro e non oltre il 01/03/2015.	
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	
7	Miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate	Definire percorsi effettivamente attuabili alla luce delle risorse umane, tecnologiche, economiche effettivamente disponibili. Controllo appropriatezza e qualità prestazioni erogate. Eliminazione prestazioni inappropriate mediante efficace e corretta attuazione degli indirizzi regionali sul controllo degli	Relazioni semestrali (2 doc.) sull'attività di controllo della appropriatezza e qualità delle prestazioni, con flusso dati e con evidenza miglioramento performance.	



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



		erogatori.		
8	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato, quale obiettivo di macroarea. Migliorare il comfort delle strutture front office.	Produzione modello unico consenso informato per macro-area.	
9	Miglioramento qualitativo dei rapporti con l'utenza	Creazione di procedure per favorire l'accesso, la trasparenza, il miglioramento della qualità delle prestazioni fornite all'utenza, con particolare attenzione a quelle che coinvolgono le professionalità di più Unità operative, Accoglienza dei pazienti in termini di attenzione del personale e di un accettabile comfort logistico con l'obiettivo di favorire il processo di umanizzazione delle strutture dell'ASP.	Evidenza documentale della trasmissione all'URP della somministrazione semestrale del questionario di gradimento all'utenza (almeno 30 per UOC).	
10	Miglioramento qualitativo dei rapporti con la dirigenza	Ottimizzazione della comunicazione all'interno della U.O., con la macrostruttura di appartenenza e con la Direzione strategica. Riunione almeno mensile con la dirigenza afferente alla U.O. e trimestrale con il comparto.	Definizione procedura per gestione delle relazioni interne e la risoluzione dei conflitti entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget Numero di riunioni annuali documentate >4.	
11	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	Mantenimento/Incremento del numero di pazienti over 64 e/o terminali trattati in programmi di cure domiciliari integrate	Mantenimento/miglioramento rapporto anziani (età ≥ 64anni e/o terminali) trattati in ADI al 31.12.2013/ N° pazienti anziani ≥ 64 anni e/o terminali trattati 2013 (>64:529; terminali:168)	
12	Potenziamento e riordino del sistema di cure domiciliari integrate (ADI)	consolidamento del percorso assistenziale pua-uvm-cure domiciliari integrate (gia ADI) con attivazione sistema informativo e flusso relativo.	attivazione sistema informativo entro il 30 settembre 2014- produzione 1° flusso ADI integrato VI° trim. entro il 31/01/2015.	
13	Mantenimento/incremento dei LEA dell'anno 2013 -Spec. Ambul.	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività di specialistica ambulatoriale e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive di spec. Ambul. erogate nel 2013 con un margine del +/-10% .	
14	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013	Mantenimento/incremento dei livelli complessivi di attività del SERT e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Erogazione del numero di prestazioni complessive del SERT erogate nel 2013 con un margine del +/-10% . (Fornire report attività anno 2012 e 2013 del distretto entro 20 giorni - prerequisite)	
15	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2014	Miglioramento attività del SERT di informazione ed educazione sanitaria e sociale, rivolta in particolare agli adolescenti.	Incremento del 20% attività di informazione ed educazione sanitaria e sociale agli adolescenti.	
16	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013 - SUEM/118	Mantenimento/miglioramento dei livelli complessivi quali/quantitativi di attività del SUEM-118 e di risultato registrati per il Distretto nell'anno 2013;	Definizione di almeno due protocolli operativi riguardanti le patologie tempo-dipendenti (ICTUS, IMA, ecc.)	
17	Mantenimento/incremento dei LEA anno 2014/2013 - SUEM/119	Centrale Unica secondo il DPGR 94/2012 tra C.A. e 118 e miglioramento .tecnologico strutturale e logistico .	Realizzazione progetto operativo centrale operativa unica secondo il DPGR 94/2012, e miglioramento organizzativo entro il 31/12/2014. (obiettivo condiviso tra Distretto e resp. Centrale operativa).	
18	gestione tempi di attesa	Miglioramento offerta specialistica ambulatoriale e delle prestazioni critiche ambulatoriali e di Diagnostica strumentale, con miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prenotazioni.	Miglioramento del 5% dell'indicatore di efficacia - (prestazioni effettuate / prestazioni prenotate nell' ultimo trimestre 2014).	



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza



REGIONE CALABRIA

19	Appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate	Realizzazione di percorsi di cura alternativi al ricovero, con integrazione ospedale territorio. Preso in carico del paziente da parte delle strutture ospedaliere, territoriali (RSA/M) e dei MMG e PLS.	Realizzazione procedure di Integrazione Ospedale/territorio con individuazione delle strutture e descrizione percorso pazienti . Implementazione ed ottimizzazione delle Residenze sanitarie territoriali pubbliche previste dai decreti regionali. (obiettivo comune agli Spoke)	
20	Farmacoeconomia, razionalizzazione dei costi.	Ripartizione fabbisogno di assistenza farmaceutica territoriale 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa farmaceutica territoriale per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	
21	Razionalizzazione dei costi di ausilia e protesica	Ripartizione fabbisogno di assistenza protesica ed ausilia anno 2015 per distretto e piano di monitoraggio trimestrale sull'andamento.	Documento programmatico definito con relativi costi previsti di spesa protesica ed ausilia per singolo Distretto , da presentare entro il 30 /settembre 2014 e piano di monitoraggio entro il 31/12/2014.	
22	Appropriatezza prescrittiva per assistenza farmaceutica	Applicazione di procedure per il monitoraggio ed il controllo della spesa farmaceutica ed ausilia per come da coordinamento monitoraggio della stessa adottate dall'ASP con determina n°76/2012;	Relazione trimestrale della commissione di controllo alla Direzione generale ed al controllo di gestione per livello e sublivello	
23	Punto unico di accesso	Attivazione del punto unico di accesso e definizione delle procedure per garantire la continuità assistenziale	produzione procedura di accesso al PUA entro il 30 settembre 2013 ed attivazione del percorso entro il 31/12/2014.	
24	tutela famiglia, donne ed infanzia	adesione screening citologico.	Raggiungimento obiettivi di adesione screening citologico (adesione >25% della popolazione bersaglio - 25-64 aa).	
25	tutela famiglia, donne ed infanzia	Riduzione ospedalizzazione post-parto e contenimento costi ricovero.	Potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio (> 5%) alla puerpera ed al neonato tramite dimissione precoce della puerpera.	
26	Contenimento dei costi del Distretto	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	

Non valutabile



6.12 Dipartimento Amministrativo

Num d'ord. Indicatore	Area di risultato obiettivo : descrizione di sintesi (rif. Piano delle Attività e performance 2014-2016)	INDICATORE DI ATTIVITA' - QUALITA'	BDG 2014 Proposta Macrostruttura Risultati Attesi	Risultato conseguito
1	Condivisione degli obiettivi di budget	Negoziante budget con CDR sottoordinati; Sottoscrizione della scheda, per condivisione, dai dirigenti e dal personale assegnato alla UO o, in alternativa, documentazione probatoria similare.	condivisione degli obiettivi di Budget. (Trasferimento obiettivi ai CDR sottoordinati e negoziazione budget entro 30 giorni dalla presente negoziazione). Copia delle schede, sottoscritte per condivisione dal personale assegnato alla struttura, dovrà essere conservata agli atti d'ufficio per essere esibita su eventuale richiesta del valutatore di I^ o II^ istanza).	No
2	Programmazione annuale delle attività	Piano delle attività anno 2015. Pianificazione delle attività programmabili, con ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità in attuazione degli obiettivi PSN e PSR e degli obiettivi strategici aziendali.	Supporto alla produzione, entro il 30 settembre 2014, del Piano delle attività 2015	Si
3	Relazione annuale sulle attività svolte.	Relazione sulle attività svolte, contenente i dati di attività dell'anno, la relativa produzione, le considerazioni generali, un'analisi delle criticità dell'anno di riferimento e delle opportunità per l'anno seguente	Supporto alla produzione del documento "Relazione annuale delle attività svolte nell'anno 2014"	Si
4	Scheda di budget e Performance	Rispetto del cronoprogramma processo di budget stabilito dalla Direzione strategica. N° Solleciti per mancato adempimento.	N° Solleciti per mancato adempimento =<3 (Rispetto degli adempimenti previsti in tutte le fasi del processo di budget e supporto alle fasi di implementazione della contabilità Direzionale.)	Si
5	Razionalizzazione utilizzo del personale assegnato e gestione mobilità	Razionalizzazione utilizzo risorse umane assegnate al CDR sulla base di criteri omogenei e su base territoriale finalizzata alla ottimizzazione di efficienza, efficacia ed economicità. Aggiornamento in tempo reale presso l'U.O.C. Risorse umane (sul sistema giuridico e paghe) della mobilità del personale in entrata ed in uscita dalla U.O. e monitoraggio corretta allocazione per cdc.	Trasmissione elenco aggiornato personale afferente alla macrostruttura e distribuito per c.d.c. entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget (Documento ricognizione e distribuzione personale afferente alla U.O.C. entro 3 mesi, Corretta allocazione del personale x cdc ed aggiornamento mobilità del personale. (*il personale preso a riferimento per la negoziazione sarà in ogni caso quello risultante dal sistema paghe e giuridico del personale))	Si Parziale
6	Razionalizzazione utilizzo attrezzature	Ricognizione attrezzature in dotazione ed utilizzo alla massima capacità produttiva possibile delle attrezzature in dotazione.	Evidenza documentale di ricognizione attrezzature per c.d.c entro tre mesi dalla sottoscrizione della scheda di budget. Disponibilità dati su sistema CO.AN. Entro 31/12/2014.	Si Parziale
7	Contenimento dei costi dell'ASP	Contenimento dei costi aziendali entro i valori registrati nel 2013, e riduzione del disavanzo,	Contribuzione alla riduzione del disavanzo aziendale	Si

Percentuale di raggiungimento degli obiettivi 2014: 77.5

F.to. UOC Programmazione e Controllo

F.to Il Direttore Sanitario
Dott.Francesco Laviola

F.to Il Commissario Straordinario
Dott. Gianfranco Filippelli