



REGIONE CALABRIA

*Azienda Sanitaria Provinciale*  
**COSENZA**



**RELAZIONE DIRETTORE GENERALE  
LINEE PROGRAMMATICHE 2014-2016  
PIANO DELLE ATTIVITA' 2014**

## Sommar

TERRITORIO.....	3
<b>PIANO TRIENNALE DELLE ATTIVITA'</b> .....	<b>9</b>
LINEE STRATEGICHE DELL'AZIENDA E PIANO TRIENNALE .....	11
<i>a. Integrazione dell'Azienda Sanitaria nella rete regionale dei servizi sanitari.</i> .....	11
<i>b. La partecipazione del cittadino e le relazioni con la societ� civ</i> .....	11
<i>c. Valorizzazione del volontariato e del terzo settore.</i> .....	12
<i>d. L'interazione con le aziende sanitarie e ospedaliere calabresi.</i> .....	12
<i>e. L'interazione con le Universit�.</i> .....	13
<i>f. L'interazione con gli altri attori del sistema sanit�.</i> .....	13
<i>g. Sviluppo delle reti cliniche integrate.</i> .....	14
<i>h. L'integrazione socio-sanitaria</i> .....	14
<i>i. Integrazione ospedale-territorio</i> .....	15
<i>l. Rapporti convenzionali</i> .....	17
<i>m. Governo clinico</i> .....	17
<i>n. Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere</i> .....	18
<i>o. Innovazione gestionale e tecnologica</i> .....	19
<i>p. revisione della spesa e razionalizzazione dei processi organizzativi.</i> .....	21
<b>PIANO ATTIVITA' ANNO 2014</b> .....	<b>22</b>
ATTIVITA' PER LIVELLI DI ASSISTENZA:.....	23
1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.....	23
2. Assistenza distrettuale .....	24
3 Assistenza ospedaliera .....	24
MOBILITA' SANITARIA ATTIVA E PASSIVA.....	25
LISTE DI ATTESA .....	25
<b>LINEE PROGRAMMATICHE E OBIETTIVI 2014</b> .....	<b>26</b>
PIANO SPERIMENTALE DI BUDGET ANNO 2014 .....	28
OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI PER L'ANNO 2014 .....	29
OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO E SVILUPPO ORGANIZZATIVO .....	32
OBIETTIVI AZIENDALI INTERDIPARTIMENTALI .....	33
<b>I° LIVELLO : DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b> .....	<b>34</b>
PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI: .....	34
APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE .....	34
OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2014 .....	34
<b>LIVELLO II° ASSISTENZA DISTRETTUALE:</b> .....	<b>36</b>
GLI OBIETTIVI STRATEGICI PER L'ASSISTENZA DISTRETTUALE .....	36
PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI: .....	36
APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI .....	36
OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2014 .....	37
SPECIALITA' AMBULATORIALI CON TEMPI DI ATTESA .....	41
ASSISTENZA DOMICILIARE.....	43
CURE PALLIATIVE: "ATTIVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI PER I MALATI TERMINALI" .....	44
ASSISTENZA PER CATEGORIE SPECIFICHE DI UTENTI. ....	44
AREA SOCIO SANITARIA.....	45
AREA MATERNO-INFANTILE .....	49
SALUTE MENTALE .....	49
ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE .....	50
RETE TERRITORIALE .....	51
<b>LIVELLO III° : ASSISTENZA OSPEDALIERA:</b> .....	<b>54</b>
PRESTAZIONI E OBIETTIVI GENERALI: .....	54
APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE .....	54
OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2014 .....	54
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PUBBLICA .....	55
<i>Posti letto</i> .....	56
<i>Rete della emergenza</i> .....	56
<i>Le fasi della riorganizzazione e della riconversione</i> .....	56
<b>PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2014</b> .....	<b>59</b>
<b>REALIZZAZIONE OBIETTIVI DI PSN</b> .....	<b>61</b>
<b>FABBISOGNO DI PERSONALE ANNO 2014-2016</b> .....	<b>62</b>
<b>PIANO INVESTIMENTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:</b> .....	<b>69</b>
<b>ALLEGATI</b> .....	<b>70</b>

## RELAZIONE INTRODUTTIVA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, costituita dall'accorpamento delle ex A.S.L. n.1 di Paola, A.S.L. 2 di Castrovillari, A.S.L. 3 di Rossano, A.S.4 di Cosenza e dal comune di San Giovanni in F., come disposto dall'art. 7 della legge regionale 11.05.2007, n.9., gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., per cui l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla normativa regionale e dalle disposizioni sul piano di rientro.

Ha sede in Via degli Alimena, 8 Cosenza con P.I. 02853720783.

Il dominio aziendale istituzionale è: [www.asp.cosenza.it](http://www.asp.cosenza.it)

### Territorio

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 Kmq) rispetto al dato nazionale ( 187 abitanti per Kmq). L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in Pianura.

I 155 Comuni della Provincia di Cosenza sono concentrati in centri abitati tutti con popolazione inferiore a 100.000 unità, tra i quali spicca la città capoluogo di Cosenza; gli altri principali centri sono: Corigliano Calabro, Rossano, Rende, Castrovillari, Acri, S. Giovanni in Fiore, Paola e Cassano allo Jonio. Pochi altri Comuni registrano una popolazione superiore ai 10.000 abitanti, mentre risulta alto il numero dei Comuni con meno di 5.000 abitanti, molti dei quali sono ubicati nelle aree interne montane e collinari.

Il territorio dell'ASP di Cosenza è stato organizzato fino al 2012 in 15 Distretti Sanitari, ma a seguito alla recente riorganizzazione, anche secondo quanto indicato nelle linee guida di cui al Decreto n° 54/201, i vecchi Distretti socio-sanitari sono stati riaggregati in nuovi ambiti Distrettuali, che hanno comportato la definizione di 6 nuovi Distretti socio-sanitari con una popolazione così suddivisa (Tab.1):

**Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP Cosenza (dati Istat)**

DISTRETTI ASP	Popolazione			Sesso	
	maschi	femmine	maschi+femmine	% Maschi	% Femm
1 - "TIRRENO"	68.077	71.146	139.223	49	51
2 - "POLLINO/ESARO"	50.673	53.036	103.709	49	51
3- "JONIO NORD"	50.705	52.597	103.302	49	51
4 - "JONIO SUD"	45.442	47.163	92.605	49	51
5 - "VALLE CRATI"	72.405	74.804	147.209	49	51
6 - "COSENZA/SAVUTO"	71.101	76.359	147.460	48	52
TOTALE DISTRETTI	358.403	375.105	733.508	49	51

Di seguito si riporta in modo analitico la popolazione afferente ai nuovi Distretti, con i riferimenti per gli ex Distretto e per singolo Comune:

DISTRETTO AREA TIRRENO		
ex Distretto	Comuni	Popolazione - Abitanti
Amantea	Aiello Calabro	2.087
Amantea	Amantea	13.968
Amantea	Belmonte Calabro	2.278
Amantea	Cleto	1.321
Amantea	Fiumefreddo Bruzio	3.205
Amantea	Lago	2.833
Amantea	Longobardi	2.312
Amantea	San Pietro in Amantea	563
Amantea	Serra D'Aiello	728
Paola	Acquappesa	1.988
Paola	Bonifati	3.194
Paola	Cetraro	10.167
Paola	Falconara Albanes	1.422
Paola	Fuscaldo	8.348
Paola	Guardia Piemontese	1.573
Paola	Paola	16.926
Paola	Sanginetto	1.443
Paola	San Lucido	6.030
Praia-Scalea	Aieta	845
Praia-Scalea	Belvedere Marittimo	9.360
Praia-Scalea	Buonvicino	2.410
Praia-Scalea	Diamante	5.388
Praia-Scalea	Grisolia	2.403
Praia-Scalea	Maierà	1.278
Praia-Scalea	Orsomarso	1.408
Praia-Scalea	Papasidero	891
Praia-Scalea	Praia a Mare	6.842
Praia-Scalea	San Nicola Arcella	1.710
Praia-Scalea	Santa Domenica di Talao	1.304
Praia-Scalea	Santa Maria del Cedro	5.089
Praia-Scalea	Scalea	10.608
Praia-Scalea	Tortora	6.008
Praia-Scalea	Verbicaro	3.293
<b>TOTALE AREA</b>		<b>139.223</b>

<b>DISTRETTO AREA POLLINO/ESARO</b>		
<b>ex Distretto</b>	<b>Comuni</b>	<b>Popolazione - Abitanti</b>
Castrovillari	Acquaformosa	1.207
Castrovillari	Altomonte	4.666
Castrovillari	Castrovillari	22.648
Castrovillari	Civita	996
Castrovillari	Firmo	2.300
Castrovillari	Frascineto	2.328
Castrovillari	Laino Borgo	2.111
Castrovillari	Laino Castello	909
Castrovillari	Lungro	2.891
Castrovillari	Morano Calabro	4.826
Castrovillari	Mormanno	3.424
Castrovillari	San Basile	1.113
Castrovillari	Saracena	4.160
S. Marco A.	Cervicati	937
S. Marco A.	Fagnano Castello	4.028
S. Marco A.	Malvito	1.877
S. Marco A.	Mongrassano	1.670
S. Marco A.	Mottafollone	1.360
S. Marco A.	Roggiano Gravina	7.377
S. Marco A.	San Donato di Ninea	1.575
S. Marco A.	San Lorenzo del Vallo	3.458
S. Marco A.	San Marco Argentano	7.591
S. Marco A.	San Sosti	2.194
S. Marco A.	Santa Caterina Albanese	1.339
S. Marco A.	Sant'Agata d'Esaro	2.041
S. Marco A.	Spezzano Albanese	7.239
S. Marco A.	Tarsia	2.211
S. Marco A.	Terranova	5.233
<b>TOTALE AREA</b>		<b>103.709</b>

<b>DISTRETTO VALLE CRATI</b>		
<b>ex Distretto</b>	<b>Comuni</b>	<b>Popolazione - Abitanti</b>
Acri	Acri	21.354
Acri	Santa Sofia d'Epiro	2.993
MVC	Bisignano	10.462
MVC	Cerzeto	1.323
MVC	Luzzi	10.063
MVC	Lattarico	4.291
MVC	Montalto Uffugo	19.594
MVC	Rota Greca	1.233
MVC	San Benedetto Ullano	1.650
MVC	San Martino di Finita	1.241
MVC	Torano Castello	4.807
Rende	Rende	35.235

Rende	Castiglione Cosentino	2.989
Rende	Castrolibero	10.423
Rende	Marano Marchesato	3.418
Rende	Marano Principato	3.005
Rende	Rose	4.440
Rende	San Fili	2.801
Rende	San Pietro in Guarano	3.713
Rende	San Vincenzo la Costa	2.174
<b>TOTALE AREA</b>		<b>147.209</b>

<b>DISTRETTO AREA COSENZA/SAVUTO</b>		
<b>ex Distretto</b>	<b>Comuni</b>	<b>Popolazione - Abitanti</b>
Cosenza	Apriliano	2.776
Cosenza	Carolei	3.551
Cosenza	Casole Bruzio	2.575
Cosenza	Celico	3.036
Cosenza	Cerisano	3.274
Cosenza	Cosenza	69.611
Cosenza	Dipignano	4.488
Cosenza	Domanico	1.005
Cosenza	Lappano	974
Cosenza	Mendicino	9.324
Cosenza	Pedace	2.046
Cosenza	Piane Crati	1.458
Cosenza	Pietrafitta	1.423
Cosenza	Rovito	3.177
Cosenza	Serra Pedace	1.032
Cosenza	Spezzano della Sila	4.709
Cosenza	Spezzano Piccolo	2.169
Cosenza	Trenta	2.758
Cosenza	Zumpano	2.275
Rogliano	Altilia	767
Rogliano	Bianchi	1.436
Rogliano	Belsito	975
Rogliano	Carpanzano	342
Rogliano	Cellara	515
Rogliano	Colosimi	1.361
Rogliano	Figline Vegliaturo	1.103
Rogliano	Grimaldi	1.809
Rogliano	Malito	855
Rogliano	Mangone	1.849
Rogliano	Marzi	1.001
Rogliano	Panettieri	346
Rogliano	Parenti	2.316
Rogliano	Paterno Calabro	1.365
Rogliano	Pedivigliano	910
Rogliano	Rogliano	5.855
Rogliano	San Stefano di Rogliano	1.585

Rogliano	Scigliano	1.409
<b>TOTALE AREA</b>		<b>147.460</b>

<b>DISTRETTO AREA JONIO NORD</b>		
<b>ex Distretto</b>	<b>Comuni</b>	<b>Popolazione - Abitanti</b>
Trebisacce	Trebisacce	9.371
Trebisacce	Villapiana	5.365
Trebisacce	San Lorenzo Bellizzi	794
Trebisacce	Roseto Capo Spulico	1.901
Trebisacce	Rocca Imperiale	3.364
Trebisacce	Plataci	856
Trebisacce	Montegiordano	2.042
Trebisacce	Nocara	486
Trebisacce	Oriolo Calabro	2.659
Trebisacce	Francavilla Marina	2.975
Trebisacce	Cerchiara di Calabria	2.551
Trebisacce	Castroregio	400
Trebisacce	Cassano allo Ionio	17.446
Trebisacce	Canna	808
Trebisacce	Amendolara	3.108
Trebisacce	Albidona	1.551
Trebisacce	Alessandria del Carretto	594
Corigliano	Corigliano	39.824
Corigliano	Vaccarizzo Albanese	1.211
Corigliano	San Giorgio Albanese	1.626
Corigliano	San Cosmo Albanese	639
Corigliano	San Demetrio Corone	3.731
<b>TOTALE AREA</b>		<b>103.302</b>

<b>DISTRETTO AREA JONIO SUD</b>		
<b>ex Distretto</b>	<b>Comuni</b>	<b>Popolazione - Abitanti</b>
Rossano	Rossano	37.924
Rossano	Paludi	1.218
Rossano	Longobucco	3.829
Rossano	Cropalati	1.148
Rossano	Crosia	9.184
Rossano	Calopezzati	1.290
Rossano	Caloveto	1.335
Cariati	Cariati	8.637
Cariati	Terravecchia	888
Cariati	Scala Coeli	1.202
Cariati	Pietrapaola	1.256
Cariati	Mandatoriccio	2.872
Cariati	Campana	2.033
Cariati	Bocchigliero	1.620
S. Giovanni F.	San Giovanni in Fiore	18.169
<b>TOTALE AREA</b>		<b>92.605</b>

## Contesto

La popolazione residente è per lo più distribuita in maniera disomogenea nei 155 Comuni per come si evince anche dai dati geofunzionali della ASP di Cosenza distinti per gli ex 15 Distretti:

DATI GEOFUNZIONALI ASP COSENZA				
EX DISTRETTI	Popolazione	n° comuni	sup. Km2	dens-ab/Km
Trebisacce	56.271	17	887	63
Castrovillari	53.579	13	734	73
Cosenza	121.661	18	687	176
San Marco Argentano	50.130	15	606	82
Praia Scalea	<b>58.837</b>	15	541	108
MVC	54.664	9	392	138
Rogliano	25.799	19	373	73
Paola Cetraro	51.091	9	351	149
Corigliano	47.031	5	298	158
San Giovanni in Fiore	18.169	1	280	67
Cariati	18.508	7	245	8
Acri	24.347	2	238	103
Rende	68.198	9	224	298
Amantea	29.295	9	214	137
Rossano	55.928	7	209	25
<b>TOTALE</b>	<b>733.508</b>	<b>155</b>	<b>6.279</b>	<b>117</b>

Si riporta di seguito la classificazione dei Comuni dell'ASP di Cosenza secondo la densità abitativa e la zona altimetrica estesa:

Densità abitativa Ab/Km2	Valori assoluti	valori percentuali
( 0 – 49 )	41	26,5
(49,01 – 77)	37	23,9
(77,01 - 157)	40	25,8
(157+)	37	23,9
<b>Totale</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

Zona altimetrica estesa x numero di Comuni		
	Valori assoluti	Valori percentuali
Montagna interna	53	34,2
Montagna litoranea	27	17,4
Collina interna	43	27,7
Collina litoranea	25	16,1
Pianura	7	4,5
<b>Totale</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

I residenti con 65 e più anni sono 140.606 nell'intera azienda, con un tasso di invecchiamento (popolazione => 65 anni/popolazione totale), per l'intera azienda pari a 19.1 anziani per ogni 100 abitanti.

L'età media della popolazione dell'intera azienda, calcolata come media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età, è di 41 anni.

## VALORI PIÙ SIGNIFICATIVI DELL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO ADOTTATO

Nel corso del 2011 e del 2012 si è intrapreso il percorso per ovviare alle criticità della gestione economico-finanziaria, conseguenza dell'appesantimento dovuto alle mutate dimensioni gestionali, non ben assorbito per carenze strutturali del sistema amministrativo-contabile determinate sia dai successivi cambi al vertice della Direzione Aziendale, sia dalla carenza di chiare procedure, metodologie e tecnologie per un corretto flusso informativo, gestionale e di controllo del settore contabile e finanziario. I dati economici di seguito illustrati rappresentano in modo chiaro e sintetico l'andamento della spesa nell'ultimo triennio (2010-2012) ed i risultati raggiunti in termini di contenimento dei costi.

Descrizione voce	Consuntivo 2010	Consuntivo 2011	Preventivo 2012	Consuntivo 2012	2012-2011	Variaz. %
Quota FSR	<b>922.794.000</b>	<b>920.348.453</b>	<b>919.706.055</b>	<b>915.341.088</b>	<b>-5.007.365</b>	<b>-0,54%</b>
Beni Sanitari	92.293.000	117.157.779	115.850.000	110.442.457	<b>-6.715.322</b>	<b>-5,73%</b>
Farmaceutica Convenzionata	172.369.000	133.868.055	133.000.000	122.927.372	<b>-10.940.683</b>	<b>-8,17%</b>
Personale dipendente	332.952.000	326.506.526	325.803.990	318.845.824	<b>-7.660.702</b>	<b>-2,35%</b>
Case di Cura Accreditate	61.224.000	66.782.710	71.573.000	64.762.341	<b>-2.020.369</b>	<b>-3,03%</b>
Manutenzione	12.322.000	10.887.283	12.500.000	11.165.031	<b>277.748</b>	<b>2,55%</b>
Godimento beni di terzi	9.308.000	7.470.004	15.500.000	7.573.913	<b>103.909</b>	<b>1,39%</b>
Consulenze, Collaborazioni, Lavoro Interinale	4.991.000	2.169.376	945.000	1.353.964	<b>-815.412</b>	<b>-37,59%</b>
Perdita d'esercizio	<b>87.489.000</b>	<b>82.509.133</b>	<b>68.663.350</b>	<b>56.330.801</b>	<b>26.178.332</b>	<b>-31,73%</b>

**A tal proposito, occorre precisare che le risorse assegnate nel corso dell'ultimo biennio sono tendenzialmente ridotte rispetto all'anno precedente (922.794 nel 2010, 920.348 nel 2011, 915.341 nel 2012); tale dato peggiora di fatto il valore della perdita di esercizio, che a FSR invariato, sarebbe inferiore a quello registrato di ulteriori 5 milioni di euro ( ad es. 51.331 €/M nel 2012).**

La precedente tabella evidenzia l'andamento negli ultimi 3 anni della gestione dell'Asp con l'evidenza delle assegnazioni regionali e delle perdite prodotte. In essa è evidente l'efficiente gestione delle risorse da parte della Direzione Strategica nell'ultimo periodo che consentirà all'Azienda, nel corso del 2013, in coerenza con quanto programmato anche in ossequio al piano di rientro regionale, di ottenere risultati molto prossimi al pareggio di bilancio.

Il precedente prospetto sintetizza le voci del Conto Economico più rappresentative evidenziando i valori delle spese sostenute nel corso dell'anno 2012, e la comparazione con i dati del bilancio dell'esercizio 2011 e 2010, nonché quanto programmato con preventivo 2012;

Da una sua prima analisi appare evidente che, seppur presentando una perdita piuttosto consistente € 56,331 ml., siamo in presenza di un contenimento della spesa, rispetto all'esercizio 2011, di circa il 32% ovvero di € 26,178 ml., e ancor maggiore rispetto all'esercizio 2010 di € 31.158 ml. (-36%).

La maggior parte dei valori di bilancio indicano un segnale di miglioramento, i dati più importanti da evidenziare sono la riduzione del costo del personale di € -14.107 ml rispetto al 2010 ed € -7.660 ml rispetto al 2011 e del costo per l'acquisto di servizi sanitari € -17.682 e non sanitari € -697 ml rispetto al 2011 grazie al contenimento ottenuto con le azioni di programmazione e controllo intraprese sulla farmaceutica convenzionata e sui servizi in genere quali consulenze, lavoro interinale ecc. .

Il valore della quota FSR, inferiore nel 2012 di € 5.007 ml rispetto a quello dell'esercizio precedente ha comportato una perdita di esercizio ancor maggiore di quella che si sarebbe avuta mantenendo i contributi invariati.

La gestione del 2012 ha determinato pertanto un risultato finale negativo di 56.331 milioni di euro che sostanzialmente rappresenta circa il 6,15% del valore della quota FSR (valore migliorato del 2,82% rispetto al 2011 (8,97%).

# PIANO TRIENNALE DELLE ATTIVITA'

La **missione** dell'Azienda Sanitaria di Cosenza è la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), definiti dai diversi stadi di programmazione - nazionale, regionale e locale - avvalendosi della propria autonomia produttiva e delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità.

La Mission organizzativa aziendale è finalizzata al miglioramento dello stato di salute della popolazione assistita, nel rispetto del vincolo dell'equilibrio economico e della natura pubblica del Servizio.

La Visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili.

L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione e il senso di appartenenza degli operatori, promuove e valorizza lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa, e in questo ambito anche il lavoro in equipe, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

L'ASP di Cosenza per orientare le proprie azioni, si configura come:

- un'organizzazione che, a parità di opportunità qualitativo-economiche, privilegia i rapporti con il contesto socio - economico del territorio di riferimento, nell'ambito di una più generale politica di alleanza per la salute e di benessere della popolazione;
- un'organizzazione di rete dei servizi, differenziata ed integrata internamente e nei confronti degli altri operatori pubblici presenti sul territorio provinciale e regionale, con le cui aziende sanitarie intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di eccellenza;
- un'organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita culturale e di carriera ai propri operatori che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza ed impegno.

Per perseguire questa strategia, l'azione dell'Azienda è volta alla ricerca e alla realizzazione di sinergie con le altre Aziende sanitarie della Regione, in particolare con l'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

L'integrazione, è volta a realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare un'elevata qualità a costi sostenibili; rappresenta, inoltre, un quadro di riferimento per la promozione di attività complementari ed integrate secondo un modello a rete ed il contesto nel quale promuovere confronti organizzativi e professionali in modo sistematico.

L'Azienda assicura altresì la pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

L'attività dell'ASP di Cosenza si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Regionali, e l'attuazione di detti principi è assicurata da un Comitato Etico inter-aziendale con sede presso l'Azienda Ospedaliera.

## ***Linee strategiche dell'azienda e Piano Triennale***

L'attività aziendale si basa sulla direttrice strategica indicata dal Piano di Rientro Regionale (PRR) per la promozione e tutela della salute, attraverso un percorso di attenta lettura del bisogno del territorio, di collegamento con gli interlocutori.

**Punti cardine sono:** appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate, de-ospedalizzazione e Continuità assistenziale, ampliamento offerta prestazioni territoriali.

L'obiettivo del contenimento dell'attività di ricovero, garantendo una appropriata assistenza socio-sanitaria, passa, principalmente, attraverso l'efficace gestione del filtro della Medicina generale e della continuità assistenziale assicurata dal Distretto Sanitario, nella funzione di tutela della salute del cittadino e gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale, nonché nel ruolo di garanzia che i servizi sanitari territoriali applichino, in modo integrato, i percorsi di cura del cittadino. La funzione di tutela si esplica anche attraverso l'individuazione delle strutture territoriali che devono implementare la rete dei servizi che concorrono a garantire le cure.

La funzione di tutela e di gestore dei servizi sanitari e delle attività sanitarie a rilevanza sociale è svolta dalle Direzioni dei Distretti Sanitari, attraverso le strutture delle Cure Primarie, che assolvono al compito di recepire le segnalazioni inerenti pazienti ricoverati e per i quali sia necessario attivare un percorso integrato di continuità assistenziale, al fine di dare risposte efficaci, tempestive e correlate al bisogno rilevato per il singolo paziente, anche in regime di ricovero residenziale.

In questo ruolo è da ricercare e strutturare la necessaria integrazione con gli EE.LL. di cui alla L.R. 321/03, per la piena realizzazione di percorsi assistenziali, specie per la cronicità, delle necessità del cittadino, sia di natura sanitaria che sociale.

### ***a. Integrazione dell'Azienda Sanitaria nella rete regionale dei servizi sanitari.***

Nella propria attività di programmazione l'Azienda assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione.

Il Servizio sanitario regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle aziende sanitarie, come declinate dalla programmazione di ambito provinciale e di ambito distrettuale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale.

In tale contesto regionale si colloca lo sviluppo della collaborazione con le altre aziende sanitarie della regione ed in particolare l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, con il compito di promuovere ed accrescere l'integrazione tra Aziende, sia con iniziative nel campo dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari che nel campo delle funzioni amministrative e di supporto con l'obiettivo di migliorare i servizi resi e, ad un tempo, la sostenibilità economica.

### ***b. La partecipazione del cittadino e le relazioni con la società civile.***

L'Azienda Sanitaria di Cosenza riconosce, tra i propri valori fondanti, la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi per favorire una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti. A tal fine assicura la partecipazione del cittadino, sia come singolo che tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti e di tutela dei diritti, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale in materia, anche attraverso forme innovative di partecipazione.

Gli strumenti principali che saranno messi in campo e monitorati sono i seguenti:

1. la Carta dei Servizi;
2. l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) e il sistema di gestione dei reclami;
3. i Comitati Consultivi Misti.

La Carta dei Servizi è l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento, stipulato tra l'Azienda ed i Cittadini, condiviso nel tempo e in costante evoluzione.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rappresenta il punto di incontro preliminare con i cittadini. E' orientato ad assicurare una informazione semplice, tempestiva corretta su tutto il territorio provinciale e costituisce anche uno strumento di ascolto dei cittadini, attraverso i reclami, i suggerimenti. L'URP è parte del sistema qualità dell'Azienda e contribuisce ad acquisire la percezione della qualità delle prestazioni erogate, individuando idonei ed adeguati strumenti per l'ascolto dell'utenza e la comunicazione con i cittadini e le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il sistema di gestione dei reclami si svolge attraverso procedure predefinite, sulla base di apposito regolamento di pubblica tutela.

I Comitati Consultivi Misti sono organismi costituiti presso i Presidi Ospedalieri ed i Distretti, per favorire la partecipazione al processo decisionale dell'Azienda, con l'obiettivo del miglioramento della qualità dei servizi dal lato dell'utenza.

Al cittadino è inoltre garantito l'esercizio del diritto di partecipazione, accesso e consenso informato con le modalità ed i limiti definiti dalla legge n. 241/1990, dal d.lgs. n. 196/2003 e dalla normativa specifica di settore in tema di prestazioni sanitarie che prevedono espressamente il consenso scritto.

La partecipazione del cittadino è garantita anche attraverso l'attivazione di idonee procedure di audit e attraverso questionari di gradimento dell'utenza.

L'Azienda promuove, altresì, iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti, da realizzare con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali .

### ***c. Valorizzazione del volontariato e del terzo settore.***

L'Azienda riconosce il volontariato e l'associazionismo, non solo quali interlocutori privilegiati nell'attività di informazione e di educazione ma, anche, come protagonisti nell'opera di valutazione ed analisi dei bisogni sanitari della popolazione e risorse decisive nelle attività di supporto , sostegno e orientamento ai servizi socio-sanitari.

L'Azienda promuove e sviluppa la partecipazione delle Organizzazioni di Volontariato e degli Enti del Terzo Settore alla programmazione aziendale.

### ***d. L'interazione con le aziende sanitarie e ospedaliere calabresi.***

L'Azienda concorre allo sviluppo di forme di collaborazione con le altre Aziende Sanitarie della provinciali e le Aziende Ospedaliere in riferimento allo specifico obiettivo del Servizio Sanitario Regionale dello sviluppo di una sistematica sinergia tra le aziende sanitarie e quelle ospedaliere e l'integrazione nelle attività e/o prestazioni da queste erogate.

La collaborazione interaziendale si propone, tra gli altri, i seguenti obiettivi strategici per le aziende sanitarie partecipanti:

- economie di scala ed accrescimento del potere contrattuale delle aziende sanitarie (attraverso l'aumento della massa critica dei contratti e la riduzione del numero di gare);
- razionalizzazione della spesa (per mezzo dell'omogeneizzazione dei fabbisogni a livello sovra aziendale);
- specializzazione degli operatori e rafforzamento del marketing d'acquisto.

La collaborazione interaziendale potrà avere ad oggetto, conseguentemente ai suddetti obiettivi strategici, le seguenti azioni:

- Formazione del personale;
- Gestione procedure concorsuali del personale;
- Attività di studio e ricerca;
- Gestione degli acquisti di beni e servizi;
- Gestione dei sistemi informativi e delle tecnologie informatiche;
- Gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione;
- Gestione trans-murale del Dipartimento Materno Infantile;

- Attivazione del CUP unico interaziendale;
- Scuola di Formazione interaziendale provinciale, da attivarsi preferibilmente in collaborazione con le Università Calabresi.
- Gestione dello STEN (Servizio Trasporto Emergenza Neonatale) e dello STAM (Servizio Trasporto Assistito Materno)

#### **e. L'interazione con le Università.**

L'Azienda intende promuovere l'interazione con le Università degli Studi della Regione Calabria per la diffusione e la piena valorizzazione delle competenze professionali disponibili, in un rapporto sinergico e di integrazione multiprofessionale per garantire ai cittadini risposte sempre più qualificate ed integrate.

Le Università rappresentano, infatti, una risorsa fondamentale del sistema sanitario regionale, per il contributo quali-quantitativo che possono fornire in un'ottica sinergica della definizione delle strategie e nella attuazione delle azioni e dei programmi.

Questi interlocutori privilegiati, rappresentano, inoltre, per l'Azienda un bacino di potenziali *partner* da poter coinvolgere nella realizzazione di progetti di ricerca e/o di formazione professionale, in un'ottica di concertazione e integrazione in linea.

#### **f. L'interazione con gli altri attori del sistema sanità.**

L'Azienda, attraverso i propri strumenti di programmazione di breve, di medio e di lungo periodo, si pone come obiettivo la piena valorizzazione dei soggetti esterni che operano all'interno del sistema sanitario aziendale, provinciale e regionale secondo la pianificazione regionale e locale, in una logica strategica di integrazione tra i servizi offerti e di miglioramento reciproco.

Tali soggetti (Azienda Ospedaliera di Cosenza, erogatori privati, MMG/PLS, Farmacisti ecc.) rappresentano, infatti, una risorsa fondamentale del sistema sanitario, per il contributo quali-quantitativo che possono fornire in un'ottica sinergica, pur salvaguardandosi appieno l'autonomia aziendale, nella definizione delle strategie e nella attuazione delle azioni e dei programmi.

Specifico caratteristica dell'organizzazione dell'Azienda è rappresentata dal ruolo importante assegnato ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta, considerati risorsa decisiva per favorire processi di responsabile cura del proprio stato di salute e di uso appropriato dei servizi disponibili da parte dei cittadini.

In tale contesto l'Azienda sviluppa al massimo grado le forme di coinvolgimento dei suddetti professionisti nelle problematiche distrettuali previste dai vigenti Accordi collettivi.

L'Azienda favorisce, anche stimolando la realizzazione di particolari e nuovi strumenti organizzativi elettivi, l'integrazione tra i diversi professionisti offrendo agli assistiti un insieme organico e strutturato di servizi di primo livello e dando visibilità alla forte complementarità tra i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e i professionisti ed operatori dipendenti.

L'Azienda, nell'ottica della verifica degli effetti sulla salute dell'inquinamento ambientale, persegue una integrazione strategica ed operativa con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPACAL), cui compete il monitoraggio dei diversi fattori inquinanti.

L'Azienda, cura e potenzia le interazioni con tutti gli attori del "sistema sanità" (Istituto Zooprofilattico, INAIL, e ISPESL) anche al fine dello sviluppo delle reti di sorveglianza epidemiologica funzionalmente integrate.

L'attuazione di tali principi ed interazioni si realizza, prevalentemente, attraverso gli strumenti della programmazione locale e gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del Decreto Legislativo 502/1992.

### ***g. Sviluppo delle reti cliniche integrate.***

L'organizzazione dei servizi sanitari in reti cliniche integrate assume la centralità della persona come soggetto del processo assistenziale.

Gli strumenti di programmazione di ambito provinciale, in attuazione della normativa regionale di riferimento, definiscono le reti cliniche integrate come:

- reti tra Ospedale e territorio, attraverso le quali ci si pone l'obiettivo di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, che risulta essenziale soprattutto nelle patologie cronico –degenerative;
- reti che collegano tutte le strutture ospedaliere della provincia, attraverso le quali si persegue l'obiettivo di sviluppare un'offerta qualificata ed omogenea su tutto il territorio provinciale, con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera assegnate all'autosufficienza territoriale;
- reti tra presidi ospedalieri, in area provinciale ed in ambito regionale, attraverso le quali, in applicazione del modello Hub e Spoke, si realizza la complementarietà tra esigenze di cura a diversa complessità assistenziale, per contemperare le necessità di elevata qualità dell'assistenza e sostenibilità economica di sistema.

Quanto al modello regionale di Hub e Spoke, le sue caratteristiche consentono: massima efficienza tecnica, concentrazione della casistica, tempestività di invio delle persone ammalate dagli ospedali periferici ai centri Hub.

Nell'ambito di questo sistema, un ruolo fondamentale per tutto il territorio dell'Azienda sanitaria Provinciale è svolto dall'Azienda ospedaliera sede di rilevanti funzioni di secondo e terzo livello.

### ***h. L'integrazione socio-sanitaria***

L'Azienda individua nell'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta per i seguenti motivi:

- l'integrazione genera maggiore efficacia assistenziale consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multiprofessionali e interdisciplinari e favorisce un uso più efficiente delle risorse umane superando settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
- attraverso un approccio integrato, l'Azienda si pone l'obiettivo di ridurre il disagio dei cittadini superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata nel rapporto con l'utenza.

Per le ragioni sopraesposte l'Azienda persegue l'obiettivo strategico a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale attraverso:

- l'identificazione e la condivisione di responsabilità coordinate fra i diversi soggetti istituzionali presenti sul territorio, attraverso la concertazione e la formalizzazione degli impegni assunti, nella elaborazione e approvazione dei contenuti programmatici e nella loro realizzazione;
- la costruzione di un welfare condiviso, locale e di comunità, integrando politiche sociali e sanitarie con quelle più generali che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;
- il coordinamento dei soggetti presenti a livello distrettuale per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la produzione dei servizi sociosanitari e la regolazione del funzionamento delle reti socio-sanitarie nelle loro diverse afferenze;
- la realizzazione di condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, assicurando il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica.

Nel ruolo di tutore della salute, nella visione più ampia di tutela della persona, l'Azienda si farà promotrice di azioni di coinvolgimento fattivo degli EE.LL. , nello spirito e indirizzo dettato dalla L. 328/2000 e L.R. 23/2003 , per realizzare in modo concertato e condiviso la definizione

delle più ampie politiche di welfare, attraverso il Piano di zona , per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della L. 328/2000, con la programmazione dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari.

In modo prevalente saranno programmati e condivisi attività assistenziali per i soggetti fragili, in stato di cronicità e di quella fascia di soggetti a rischio di devianza e/o di emarginazione.

Il sistema assistenziale dell'attività socio-sanitaria, di concertazione per l'integrazione tra prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, è definito dal PAL (Piano Attuativo Locale), dai PAT (Piani di Attività Territoriale) e dai Piani di Zona.

La programmazione distrettuale, strettamente interconnessa con quella sociale (*Piano di Zona*), deve assumere la connotazione di una programmazione partecipata e condivisa, che tenga conto delle varie realtà territoriale che la comunità rappresenta .

Dall'analisi dei bisogni di salute della comunità distrettuale si darà seguito alla fase di vera e propria programmazione integrata (PAT – PdZ) dei servizi, secondo quanto previsto dal DPGR n° 12/2011 (*Linee Guida sul sistema di cure domiciliari e accesso ai servizi territoriali*), per l'accesso alle cure.

Il Distretto, nell'ambito della nuova entità organizzativa , dovrà quindi far leva sulla buona funzionalità dei punti unici di accesso (PUA), integrati con l'offerta sociale, al fine di realizzare una reale presa in carico globale dei bisogni assistenziali, garantendo facilità di accesso al complessivo sistema assistenziale,

Il complessivo sistema d'accesso ai servizi sociosanitari integrati che si vuole qui prevedere è, in altri termini, costituito da una *rete* di front office, cui viene attribuita la funzione di prima decodifica e di orientamento della domanda e da un back office che svolge, invece, la funzione di presa in carico integrata dei bisogni assistenziali così per come definiti in esito al processo di *valutazione multidimensionale*.

A tale fine nel corso del 2014 sarà completata l'istituzione, in ogni distretto, di una unità di valutazione Distrettuale Multidimensionale (UVDM).

A detto organismo è conferito il compito di predisporre, grazie all'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale in uso nella Regione Calabria, i piani personalizzati di assistenza e di individuare l'ambito di cura più appropriato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali. La composizione dell'UVDM, flessibile e modulabile nella sua composizione, deve comunque garantire la necessaria multiprofessionalità e deve trovare l'integrazione degli operatori sociali espressione dell'ente locale (Zona Sociale).

Costituisce strumento di integrazione delle programmazione e della gestione delle attività sociosanitarie l'Ufficio di Piano, il quale svolge le funzioni e i compiti previsti dagli indirizzi regionali. Con apposita convenzione con i Comuni o le loro forme associative sono definite le modalità di costituzione.

### ***i. Integrazione ospedale-territorio***

L'integrazione tra l'ospedale ed il territorio si attua attraverso attività concordate e condivise così come normato dal DPGR 18/2010- Rete Ospedaliera, Territoriale e dell'Emergenza.

La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso l'organizzazione di un sistema a rete, individuando processi assistenziali integrati, che superino le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, privilegiando sempre la mobilità nella rete delle risorse rispetto a quella dei pazienti.

Il primo progetto di rete che l'Azienda intende sviluppare è la **gestione integrata delle emergenze sanitarie** oltre il potenziamento dell'offerta assistenziale verso le patologie a rilevanza territoriale.

La continuità dei percorsi assistenziali di cura e riabilitazione sarà assicurata attraverso la rete integrata dei servizi dei Distretti e della rete ospedaliera , sia pubblica che privata accreditata. L'azienda promuove lo sviluppo di strumenti operativi e modalità assistenziali in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura sul territorio. A questo fine implementerà le forme associative secondo le modalità prevista nell'ACN della Medicina Generale , in grado di garantire percorsi di cura

autonomi e completi e di realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari del servizio di continuità assistenziale. Diversamente, la continuità dei percorsi dell'assistenza ospedaliera sarà garantita attraverso l'organizzazione dipartimentale dei presidi ospedalieri e per il tramite dell'integrazione dei dipartimenti che lo compongono con i distretti territoriali. Attraverso l'organizzazione dipartimentale e la sua integrazione con i Distretti territoriali (Cure primarie) l'Azienda promuove processi di assistenza e cura finalizzati a diminuire progressivamente la necessità dello spostamento dei pazienti fra le strutture e favorire le eventuali possibilità di spostare il paziente a domicilio (ospedalizzazione domiciliari) e le dimissioni protette.

L'ASP di Cosenza si pone l'obiettivo di creare un percorso unitario e complessivo della continuità di cura, attraverso la presa in carico globale dell'assistito, creando modalità integrative di tutti i momenti dei percorsi assistenziali. A questo fine l'Azienda promuove l'integrazione tra:

- **Continuità Assistenziale**, con l'obiettivo di una assistenza continua nelle 24 ore. A tal fine prevede di sviluppare ulteriormente le forme associative e di promuovere iniziative tese a potenziare i **“nuclei di cure primarie”** organizzate con i MMG e i MCA per una presa in carico dei pazienti cronici e fragili. L'obiettivo è quello di costruire una piattaforma sperimentale, assistenziale sul modello UTAP, da allocare nei CAPT, ma anche in posizioni strategiche, capace di prendersi cura dei pazienti nelle 24 ore e per 7 gg. a settimana, integrandosi con la C.A.;
- **Medicina generale e l'assistenza domiciliare** - al fine di evitare i disagi della permanenza fuori degli ambiti familiari dei pazienti e favorire un minor ricorso all'uso dell'ospedale, o di altre forme di assistenza che necessitano di ricovero, l'Azienda punta a sviluppare in modo uniforme e omogeneo l'Assistenza domiciliare, possibilmente integrata con l'assistenza sociale (ADI), all'interno della quale il Medico di Medicina generale dovrà ricoprire un ruolo centrale. In questa ottica l'ASP punta, altresì, al raggiungimento dello standard del 3,5 x 1.000 di paz. over 65 in ADI.
- **Percorsi facilitati di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale trovano attuazione** nella presa in carico globale dei bisogni di salute del cittadino. La U.O.C. delle Cure Primarie e l'assistenza ospedaliera nell'ambito dell'integrazione ospedale territorio, attueranno strategie sinergiche nella gestione del paziente, sia al fine di evitare l'eventuale ricovero che nella fase delle dimissioni protetta e della continuità assistenziale; di contro le diverse attività erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera si caratterizzano per la specialistica di II° livello, non erogabili in ambito distrettuale e/o in quelle forme assistenziali che per la loro complessità e modalità necessitano di interventi “protetti”, da eseguirsi in ambito ospedaliero. I distretti dovranno condividere con i dipartimenti ospedalieri e con le altre strutture accreditate per il livello ospedaliero, adeguate e condivise procedure di tutte le fasi assistenziali e di integrazione tra le risorse professionali per un percorso organizzativo comune.
- **Area Materno-infantile** - molto spesso l'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio è erogata da più servizi, in differenti strutture assistenziali; il dipartimento materno - infantile rappresenta il modello organizzativo che valorizza tale integrazione, in quanto all'interno vi opera una **Rete di servizi** della quale fanno parte i Punti nascita, le Pediatrie, le Neonatologie, i Distretti, i Consultori familiari e gli altri servizi attivi nell'ambito dell'area materno-infantile (Neuropsichiatria infantile, Pediatria di comunità).
- **La Rete delle Cure palliative aziendale** consiste nell'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che operano in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico -assistenziale dei singoli componenti. Il funzionamento omogeneo può essere assicurato da una unità organizzativa di cure palliative con azione di coordinamento provinciale della Rete.
- **La rete per la terapie del dolore**, volta a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici

disponibili, dedicati al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari.

- **La rete per la gestione dello STEMI**, che può per estensione considerarsi rete per tutta l'emergenza-urgenza cardiologica, rappresenta un indispensabile strumento per garantire il miglior trattamento possibile, in qualsiasi punto di accesso si presenti il paziente.

### ***l. Rapporti convenzionali***

L'Azienda nella sua offerta complessiva, mantiene rapporti convenzionali con altre strutture, pubbliche (Università e A.O.) e private non accreditate per l'acquisizione ed offerta di prestazioni; sono strutturati rapporti convenzionali con l'Università della Calabria per attività di Formazione e con l'Azienda Ospedaliera per l'azione comune della gestione dell'Emergenza e dell'attività assistenziale e di prevenzione nel settore Materno Infantile, attraverso il Dipartimento interaziendale e dell'assistenza e ricerca nell'ambito ematologico. I rapporti convenzionali con i MMG, PLS, Continuità assistenziale, sono regolamentati secondo gli A.C.N. dei M.M.G, PLS e C.I.

### ***m. Governo clinico***

Per governo clinico si intende il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica.

Introdurre il governo clinico significa creare le condizioni organizzative, tecniche ed economiche affinché i servizi e le prestazioni sanitarie erogate ai pazienti siano coerenti con i loro bisogni e inserite nell'ambito di un ciclo di miglioramento continuo, che ne assicuri, nel tempo, il sistematico progresso sotto il profilo della qualità professionale, percepita e manageriale.

Alla luce di tale definizione, il governo clinico si basa su due principi fondamentali:

a) definizione e, successivamente, sistematico monitoraggio e valutazione di standard predefiniti in grado di caratterizzare i processi clinico-assistenziali e i livelli di servizio erogati dall'Azienda sotto il profilo:

- dei criteri di arruolamento dei pazienti all'interno di specifici processi assistenziali definiti rispetto ai diversi problemi di salute trattati dall'Azienda;
- dei criteri di gestione dei principali snodi decisionali relativi al trattamento del paziente durante l'intero processo assistenziale e all'effettuazioni di interventi o procedure chirurgiche, all'effettuazione di indagini diagnostiche e all'utilizzo di farmaci di particolare rilievo;
- dei livelli di assistenza assicurati;
- degli elementi che assicurano lo sviluppo del processo nel rispetto dei principi di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti;
- dei criteri di uscita del paziente dal processo assistenziale ospedaliero;

b) sviluppo continuo delle professionalità degli operatori aziendali affinché gli stessi siano sempre consapevoli del ruolo svolto all'interno dell'organizzazione e delle capacità che devono possedere per affrontare i problemi di salute dei pazienti.

In questo senso, il governo clinico non può essere inteso come sistema professionale svincolato dalla gestione organizzativa ed economica aziendale e, neppure, può essere inteso come sistema parallelo ed autonomo rispetto ad altri sistemi di gestione e governo aziendale.

I risultati clinici, infatti, sono il frutto della gestione complessiva dell'azienda e gli obiettivi da perseguire, relativi alla dimensione clinico-assistenziale, devono essere parte integrante del complessivo processo di programmazione-controllo-valutazione dell'Azienda.

Gli strumenti per il controllo sono:

- l'audit e la medicina basata sulle prove d'efficacia: l'Azienda promuove l'audit, inteso come momento di revisione e verifica tra pari dei processi gestiti, e la medicina basata sulle prove d'efficacia attraverso il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali gestiti;

- la pratica della gestione e la comunicazione del rischio: l'Azienda attua e coordina tutte le azioni necessarie e possibili per la gestione del rischio includendo, pertanto, la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione del rischio.

E' necessario passare dalla mappatura dei rischi alla gestione attiva del rischio per produrre procedure e regole di comportamento volte a ridurre o ad azzerare i rischi maggiori e più frequenti, fissare specifici obiettivi, anche in seno al sistema di budget aziendale, ed organizzare un sistema di monitoraggio che assicuri la rilevazione degli eventi avversi.

Scopo ultimo, derivante dall'implementazione degli strumenti citati, consiste nel promuovere e realizzare un'organizzazione flessibile e capace di affrontare le problematiche in una logica multidisciplinare e interprofessionale basata sul lavoro di gruppo e sul confronto sistematico.

L'attesa è quella di sviluppare una moderna Azienda in grado di apprendere, dalle evidenze positive e negative della gestione, e di migliorare per il tramite delle persone che in essa operano.

#### ***n. Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere***

Il sistema di remunerazione a DRG (Diagnosis Related Group), se da una parte promuove l'efficienza operativa e l'equità distributiva, dall'altra può generare incentivi tali da determinare, in assenza di un efficace sistema di controllo, l'aumento dei ricoveri non appropriati e il trasferimento di prestazioni verso i livelli assistenziali più intensivi e remunerativi.

Non a caso il DLgs n. 229 del 1999 fa riferimento all'appropriatezza quale componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), anche per rispondere al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Esistono due differenti approcci allo studio dell'appropriatezza: uno di tipo clinico e uno di carattere organizzativo.

**L'appropriatezza clinica** prende in considerazione le indicazioni all'effettuazione di prestazioni sanitarie relative a specifici interventi o procedure diagnostiche: è la cosiddetta *appropriatezza specifica*, che tende a stabilire se un determinato intervento sanitario è stato eseguito con un margine sufficientemente largo tra benefici e rischi. Il percorso per la valutazione dell'appropriatezza clinica è complesso e può avvalersi di una serie di strumenti quali Linee Guida, Audit clinici, percorsi clinici formalizzati o "Clinical pathways".

**L'appropriatezza organizzativa** considera il livello assistenziale - ricovero ospedaliero ordinario o diurno, prestazione di specialistica ambulatoriale o di medicina di base - nel quale un determinato caso diagnostico o terapeutico viene affrontato. Si parla, in questo caso, di *appropriatezza generica* con specifico riferimento alle modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza.

L'appropriatezza generica può essere valutata a partire dalla cartella clinica o dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), attraverso l'impiego di sistemi di controllo analitici.

Il Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale della Calabria, di cui alla Delibera di Giunta Regionale n.845 del 16.12.2009 ha previsto nelle ASP e nelle AO la verifica dell'appropriatezza allo scopo di portare a regime un sistema di reporting periodico sull'efficienza, l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni di ricovero ospedaliero, nonché garantire la corretta compilazione delle SDO e la loro corrispondenza con le cartelle cliniche in attuazione alla normativa vigente. Per potenziare i sistemi di controllo l'Azienda ha già provveduto a dotare di computer ciascun reparto ospedaliero, in modo da facilitare la corretta e tempestiva compilazione delle SDO da parte del medico di reparto responsabile; le ulteriori attività sono tese a fornire in rete la disponibilità di reports alle Direzioni sanitarie, ed un sistema di verifica prevali dazione di eventuali errori formali.

L'obiettivo finale è quello di ridurre il ricorso alla ospedalizzazione, tutt'ora elevato nella nostra regione, a favore di altre modalità assistenziali altrettanto efficaci e meno onerose. Il sistema di Controllo è rivolto a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero.

Le attività di controllo sull'appropriatezza saranno effettuati secondo gli indirizzi per l'effettuazione rispettivamente dei **controlli ed analisi sugli archivi SDO** e dei **controlli analitici sulle cartelle cliniche e relative SDO contenuti nel Decreto n° 53 del 4/7/2011**.

Per entrambe le modalità di controllo sono previsti due livelli, un controllo interno, da parte degli erogatori sul proprio erogato, ed un controllo esterno, da parte della Regione su tutti gli erogatori e da parte delle aziende sanitarie sugli erogatori privati territorialmente di competenza.

### **Accreditamento**

L'accREDITamento è il provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti già autorizzati possono erogare prestazioni sanitarie o sociosanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale.

L'accREDITamento, nell'ambito della programmazione regionale e locale, è titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, e successive modificazioni ed integrazioni, da stipularsi nell'ambito della disciplina vigente secondo i principi di imparzialità e trasparenza.

L' Azienda sanitaria definisce stipula contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, sulla base dei piani annuali preventivi e della valutazione dei bisogni di prestazioni, nell'ambito dei livelli di spesa e dei livelli assistenziali stabiliti dalla programmazione regionale.

La "Commissione aziendale per l'Autorizzazione e l'AccREDITamento", prevista dall'articolo 12 della L.R. 18 luglio 2008, n. 24, costituisce un organismo tecnico aziendale finalizzato alla verifica e alla facilitazione dei percorsi di miglioramento della qualità e di conformità ai requisiti minimi ed ulteriori richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITamento istituzionale da parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e dei singoli professionisti.

### ***o. Innovazione gestionale e tecnologica***

Con l'innovazione tecnologica l'azienda intende rispondere alle esigenze di innovazione organizzativa e tecnologica dell'ASP raggruppando le fasi di studio, progettazione, sviluppo, implementazione, supporto e gestione soprattutto nel settore delle architetture telematiche (reti, telefonia fissa e mobile). Settore strategico per un'azienda sanitaria che, nel fornire una risposta alle esigenze della popolazione, ha il compito di far dialogare un elevato numero di professionisti, operanti in strutture dislocate anche a notevole distanza tra loro.

I principi di economia aziendale la rendono di difficile applicazione nell'ambito delle aziende sanitarie, che si trovano a bilanciare l'importanza delle economie di scala e della specializzazione da una parte, e del governo di fenomeni complessi dall'altra. Ciò implica la necessità di superare logiche obsolete di gestione e di considerare l'innovazione organizzativa l'espressione della capacità di intuire ed assecondare i mutamenti del contesto socio-ambientale di riferimento.

In questa prospettiva, un ruolo fondamentale hanno le seguenti dimensioni:

- innovazione tecnologica (Health Technology Assessment);
- decentramento gestionale e sistema "per progetti";
- processi comunicativi della gestione aziendale;
- gestione integrata dei flussi informativi;

Le nuove frontiere tecnologiche sono opportunità che aprono spazi d'interventi che consentono di recuperare il gap assistenziale e di modulare meglio la spesa.

Parte degli investimenti che necessita la nostra sanità devono essere indirizzati verso l'innovazione tecnologica che può ridurre il gap tecnologico con altre realtà consentendo, con la disponibilità di una mole di informazioni, una migliorata capacità gestionale del management, ed un potenziamento delle attività sanitarie attraverso la telemedicina.

Le criticità da affrontare nella ASP sono:

l'orografia del nostro territorio, il sistema di urgenza-emergenza non in rete, la popolazione tendente all'invecchiamento e residente spesso in zone difficilmente raggiungibili, la carenza di personale Medico e Paramedico, le liste d'attesa lunghe ed un parco macchine obsoleto.

Per far fronte a queste gravi problematiche, già da qualche anno anche le strutture ospedaliere della provincia cosentina hanno aderito alla Information Technology, conciliando il bisogno di efficienza con quello di abbattimento dei costi.

Il passaggio dal cartaceo alla modalità paperless permette di velocizzare i tempi di completamento dell'indagine diagnostica, eliminando i tempi morti legati alla gestione dei dati e al loro recupero nel tempo, riduce i costi legati alla gestione degli archivi e allo smaltimento dei materiali di rifiuto, ottimizza le condizioni di lavoro del personale, facilita e velocizza la condivisione di dati fra colleghi fisicamente distanti, grazie a differenti procedure integrate fra loro.

Il Progetto di Telemedicina per l'ASP di Cosenza investe 2 settori:

- **Telecardiologia**
- **Teleradiologia**
- **Telemedicina**

**a. Telecardiologia:**

In alcune realtà aziendali già dal 2004 è stato acquisito un Sistema Informativo Cardiovascolare che inizialmente coinvolgeva operativamente l'U.O. di Cardiologia di Castrovillari come "Centro Consulente", i reparti dello stesso P.O., il Pronto Soccorso e le ambulanze del 118 di Castrovillari, Lungro, Mormanno e San Marco Argentano. Il Progetto prevede infatti un sistema intraospedaliero ed un sistema extraospedaliero, per la creazione di una banca data di immagini ecografiche e referti, molto utile per il confronto del dato in emergenza.

L'estensione del Sistema alle ambulanze, con l'utilizzo di monitor-defibrillatori che, oltre a trasmettere via etere il tracciato ECG possono, in caso di necessità, effettuare una immediata scarica di rianimazione, permette di definire, durante il trasporto, sia immediata diagnosi e intervento che destinazione dello stesso paziente (servizio/presidio ospedaliero più idoneo: UTIC, Emodinamica, ecc.), evitando spostamenti impropri.

Il sistema, potrà gradualmente essere esteso a tutto il territorio dell'Azienda con l'obiettivo di coinvolgere non solo le emergenze, ma anche pazienti cardiopatici "cronici" come i portatori di pacemaker/ICD o con scompenso cardiaco.

**b. Teleradiologia:**

Nella ASP di Cosenza è stato attivato un progetto di Teleradiologia che coinvolge diversi Presidi dell'Azienda. La sede master del sistema RIS-PAX adottato è individuata presso la sede della Direzione aziendale di Cosenza. L'Azienda ha realizzato collegamenti tra diversi Presidi e strutture anche se le diverse tecnologie ereditate da ASL diverse prima dell'accorpamento in ASP ancora rappresentano una difficoltà nel completamento della rete.

L'obiettivo è quello di ampliare la rete a tutti i presidi e servizi dotati di diagnostica strumentale e unificare tutti i sistemi RIS-PACS esistenti sul territorio, con l'utilizzo di un unico database RIS, integrato con l'anagrafica regionale, e database PACS condivisi. Ciò diviene ancora più importante in considerazione della trasformazione di alcuni presidi ospedalieri in CAPT che continueranno ad erogare servizi con modalità diverse e per questo si rende necessario un collegamento telematico in rete ed integrato con tutte le strutture. Il sistema garantisce l'assistenza continua radiologica e neuroradiologica, basandosi su un unico sistema RIS, con anagrafica unica dei pazienti, e quindi possibilità di consultazione retroattive.

**c. Telemedicina:** l'ASP si pone come obiettivo a medio termine quello di favorire lo sviluppo della telemedicina in tutte le sue forme nell'ambito aziendale, in modo da migliorare l'offerta dei servizi sanitari, e rendere disponibili le informazioni necessarie a ridurre i passaggi burocratici e semplificare

la fruizione dei servizi. A tal proposito l'ASP ha aderito ad un progetto europeo di gestione telematico e monitoraggio centralizzato del paziente diabetico attraverso la individuazione di una centrale operativa; questa esperienza, in corso di progettazione e che sarà sviluppata nel corso del 2014, potrà porre le basi per lo sviluppo di altre esperienze di monitoraggio per determinate patologie croniche.

***p. revisione della spesa e razionalizzazione dei processi organizzativi***

a. l'obiettivo prende spunto dalla corretta applicazione delle linee guida sulla spending review, relativamente alla spesa per beni e servizi: tuttavia la natura della spending review deve essere inquadrata in un più ampio contesto di riorganizzazione e miglioramento dei processi organizzativi aziendali e delle modalità di erogazione dei servizi sanitari, tale da consentire una riduzione dei costi con invarianza dei servizi offerti. Ciò può e deve essere ottenuto attraverso una necessaria ed incisiva azione che mira ad una più efficiente organizzazione, alla eliminazione degli sprechi ed alla realizzazione di economie negli acquisti, raggiungibile con un radicale cambiamento culturale e procedurale all'interno dell'Azienda e con l'introduzione di nuovi strumenti gestionali che nell'arco del triennio possano consentire una gestione budgetaria puntuale e completa.

## PIANO ATTIVITA' ANNO 2014

La legge 43/1996 di riordino della normativa in materia di: finanziamento, programmazione, contabilità, patrimonio, contratti e controllo delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere prevede che le risorse disponibili per il finanziamento delle Aziende sanitarie, al netto delle quote di accantonamento, sono ripartite annualmente dalla Giunta regionale sulla base di quote capitali e di finanziamento riferite ai livelli uniformi di assistenza sanitaria di cui all'articolo 1 del decreto legislativo di riordino; l'impiego delle risorse da parte delle aziende è vincolato al rispetto dei parametri fissati dal Piano Sanitario Nazionale.

La stessa Legge regionale all'art. 12 individua quali strumenti di o strumenti di programmazione delle aziende:

- a) il piano attuativo;
- b) il bilancio pluriennale di previsione;
- c) il bilancio economico preventivo.

Il Piano attuativo (art. 13) definisce le linee strategiche dell'Azienda ed è adottato dal Direttore generale in conformità al Piano Sanitario Regionale.

Il piano attuativo specifica gli obiettivi dell'Azienda, gli indirizzi di gestione della stessa, articolati in programmi ed in progetti.

Il piano attuativo deve avere la stessa durata del Piano Sanitario Regionale ed è aggiornato annualmente, in correlazione anche alla verifica dello stato di conseguimento degli obiettivi di programma.

Nella formulazione del piano attuativo si dovrà tener conto, altresì, dei principi espressi nella Carta dei diritti degli utenti.

L'Azienda Sanitaria provinciale, sottoposta ai vincoli dettati dal Piano di Rientro, ha operato prettamente nella rimodulazione dell'intero sistema organizzativo, nella definizione del fabbisogno delle risorse umane e materiali, nella predisposizione di regolamenti finalizzati all'uniformità dei comportamenti, fino ad oggi diversi tra le 5 ex Aziende Sanitarie, nella gestione del personale e nell'approvvigionamento di beni e servizi, nella definizione di procedure finalizzate al contenimento ed alla razionalizzazione della spesa.

In questa ottica, a seguito delle linee guida regionali di cui al Decreto n° 54/2011, l'Azienda con la delibera n° 2626 del 30/09/2011 ha adottato l'atto aziendale, successivamente revisionato secondo i provvedimenti regionali, con delibera n° 2514 del 24/08/2012 .

L'approvazione dell'atto aziendale da parte della regione Calabria consentirà la effettiva e concreta realizzazione, sotto il profilo organizzativo e funzionale, dell'accorpamento, con netto miglioramento dell'efficienza, della razionalizzazione dei costi nonché della riorganizzazione di strutture e servizi amministrativi e sanitari.

La pianificazione delle attività per l'anno 2014, nonostante la mancanza di un piano sanitario regionale, di un riparto regionale sulla base di quote capitarie e di finanziamento riferite ai livelli uniformi di assistenza sanitaria e dell'approvazione dell'atto aziendale, è stata elaborata nell'ottica del superamento delle criticità derivanti dal processo di accorpamento, e scaturisce da indirizzi programmatici che l'Azienda ha individuato sulla base degli obiettivi di salute nazionali e del fabbisogno aziendale di salute stimato.

In questi ultimi anni la normativa nazionale e regionale, in materia di organizzazione sanitaria, ha ridimensionato fortemente il ruolo che l'ospedale deve svolgere nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne la diagnosi ed il trattamento delle patologie cronico - degenerative. Tale consapevolezza ha determinato negli ultimi anni un cambiamento - nel senso della diversificazione dei ruoli delle strutture sanitarie coinvolte nei percorsi clinico-assistenziali - che tende sempre più a valorizzare le strutture sanitarie territoriali, in quanto più adatte a fornire risposte adeguate a soddisfare la domanda espressa dalle popolazioni.

Tale situazione è sicuramente determinata dalle significative variazioni intervenute negli ultimi decenni

nel quadro demografico e nello stato di salute delle popolazioni. In particolare, dati relativi ai paesi industrializzati evidenziano chiaramente un allungamento della vita media delle persone ed un significativo cambiamento delle condizioni di salute, riconducibili alla riduzione delle patologie acute ed all'incremento di quelle croniche, con maggior prevalenza nelle fasce di età superiori ai 65 anni. Questi profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici hanno indotto, inevitabilmente, a dover riprogettare i processi assistenziali in funzione dei cambiamenti sopra indicati. In particolar modo si è dovuto procedere ad una riorganizzazione della rete ospedaliera, finalizzata a garantire la presenza sul territorio di poche e qualificate strutture ad alto contenuto tecnologico, con adeguate professionalità e condizioni strutturali conformi agli standard definiti dai sistemi per l'accreditamento istituzionale, così da garantire al cittadino prestazioni sanitarie quali-quantitativamente adeguate ed in condizioni di massima sicurezza.

In questo contesto, è risultato necessario avviare quelle azioni che potessero determinare, da un lato la presenza sul territorio di pochi ospedali in grado di garantire la diagnosi ed il trattamento delle patologie a carattere acuto, e dall'altro potenziare il ruolo e le funzioni delle strutture sanitarie territoriali necessarie per il trattamento delle patologie a carattere cronico-degenerativo. E' stato quindi avviato anche nella ASP di Cosenza il processo di riorganizzazione, attraverso la riconversione delle attività, nella direzione della diversificazione, al fine di garantire una più ampia gamma di prestazioni sanitarie.

E' solo attraverso questo processo che si possono recuperare e riallocare quelle risorse necessarie a garantire la piena efficacia ed efficienza delle strutture ospedaliere e favorire il pieno funzionamento delle attività territoriali distrettuali, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'ospedalizzazione domiciliare, le attività di riabilitazione e lungodegenza, nonché le residenze sanitarie assistite per anziani e disabili.

In linea con gli scenari sopra rappresentati, in base al piano di rientro ed al Decreto 18/10 e s.m.i., questa Azienda ha già avviato, dal 2010, un percorso per la revisione del modello organizzativo aziendale finalizzato a garantire prestazioni sanitarie quali-quantitativamente appropriate nel soddisfare la domanda assistenziale proveniente dal territorio, a diversificare le attività sanitarie tra le strutture ospedaliere e territoriali aziendali, ed a stabilizzare l'assetto dipartimentale in modo da realizzare l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse in funzione della domanda, l'integrazione pubblico-privato ed ospedale-territorio, e consentire la negoziazione del budget a livello dipartimentale.

### ***Attività per livelli di assistenza:***

Le attività sanitarie sono garantite dalle strutture ospedaliere e territoriali nell'ambito dei tre livelli di assistenza stabiliti dal D.P.C.M. 29 Novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" di seguito indicati:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. Assistenza distrettuale;
3. Assistenza ospedaliera;

#### ***1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro***

Il livello Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, le cui competenze professionali sono estremamente diversificate (vanno da quelle mediche a quelle veterinarie per giungere a quelle tecniche) eroga le seguenti prestazioni:

- Igiene e sanità pubblica;
- Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Medicina legale e necroscopica;
- Sanità animale;

- Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche;
- Igiene degli alimenti di origine animale;
- Prevenzione e sicurezza;

## **2. Assistenza distrettuale**

Sulla base dei criteri indicati dalla Regione nelle linee guida, sono stati definiti gli ambiti territoriali che individuano nel nuovo Atto Aziendale n. 6 Distretti Sanitari di Base, con un coordinamento delle attività dell'assistenza sanitaria territoriale; gli ambiti territoriali e le funzioni distrettuali tengono conto delle caratteristiche demografiche e orografiche dei Comuni facenti capo all'Azienda e delle condizioni di salute della popolazione residente (presenza di patologie croniche invalidanti, ecc.).

Le attività svolte in ambito distrettuale possono essere ricondotte a:

- Servizio cure primarie (medicina di base, pediatria di libera scelta, continuità assistenziale, ADI);
- Cure palliative ed Hospice con una struttura attiva a Cassano;
- Servizio di assistenza specialistica ambulatoriale (specialistica ambulatoriale, medicina fisica e riabilitazione, diagnostica per immagini e di laboratorio);
- Servizio tutela, anziani e disabili;
- Servizio tutela donne ed infanzia;
- Servizio assistenza soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti (Sert, algologia, ecc.);
- Servizio farmacia territoriale (farmaceutica convenzionata, assistenza integrativa);
- Servizio aziendale di neuropsichiatria infantile (NPI);
- Gestione delle attività di prenotazione e relazioni con il pubblico;
- Assistenza protesica ed ausilica territoriale;

## **3 Assistenza ospedaliera**

Il LEA ospedaliero contribuisce alla promozione, al mantenimento e al ripristino delle condizioni di salute della popolazione assicurando la produzione di prestazioni specialistiche di ricovero o di tipo ambulatoriale, comprese nel livello e destinate a persone affette da condizioni patologiche – mediche e chirurgiche – in fase acuta e post acuta che, per loro gravità e per complessità o intensità dell'appropriata risposta sanitaria, non possono essere assistite, in modo ugualmente efficace ed efficiente, nell'ambito dei servizi territoriali.

Il livello comprende le attività di:

1. Pronto soccorso;
2. Degenza ordinaria;
3. Day Hospital;
4. Day surgery;
5. Ricoveri in Riabilitazione e Lungodegenza;
6. 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.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, particolare importanza assumono:

1. la riduzione della domanda di ospedalizzazione documentata dal contenimento dei tassi di ospedalizzazione nell'ambito degli standard nazionali e regionali;
2. la razionalizzazione dei ricoveri in regime ordinario a fronte d un incremento dei ricoveri in regime diurno, sia per le patologie mediche che per quelle chirurgiche (day surgery);
3. trasferimento ad altro setting assistenziale delle prestazioni di ricovero, con potenziamento delle attività in regime ambulatoriale e di Day Service, fermo restando l'appropriatezza delle prestazioni.
4. l'appropriatezza dei ricoveri

## **Mobilità Sanitaria Attiva e Passiva**

In ambito sanitario il termine "mobilità" indica il caso in cui la prestazione sanitaria viene erogata da una struttura sanitaria ubicata in una azienda sanitaria diversa da quella di appartenenza dell'utente.

I motivi di questa situazione sono molteplici e vanno ricercati sia nelle caratteristiche dell'offerta locale (prestazione non erogabile, tempi di attesa, difficoltà nei trasporti, ecc) ma anche nelle abitudini sociali, geografiche e culturali della popolazione.

Quando un utente si rivolge ad una struttura diversa da quella di appartenenza si parla di mobilità passiva ed ha un risvolto negativo, quasi sempre, per l'utente sul piano del disagio mentre per la struttura di appartenenza rappresenta sempre un costo.

Risulta evidente che il maggior ricorso dei nostri cittadini a strutture extraregionali, spesso per prestazioni di medio bassa complessità e ordinariamente erogate dalle nostre strutture aziendali, può determinare un depauperamento delle risorse economiche aziendali con possibili ripercussioni negative sui volumi e sulla qualità delle prestazioni erogate e potenzialmente erogabili dall'Azienda stessa.

Per queste considerazioni relativamente alla mobilità sanitaria passiva fuori Regione va, innanzitutto, segnalato che questa Azienda, dovrà attivare una serie di azioni finalizzate al contenimento della migrazione di cittadini verso strutture extraregionali, così da poter registrare un significativo contenimento della mobilità sanitaria.

### **Liste di attesa**

Al miglioramento dei dati di mobilità sanitaria potrà contribuire anche l'azione di contenimento dei tempi di attesa che l'Azienda ha avviato da tempo anche con l'adozione di un piano di abbattimento delle Liste di Attesa, e che sarà proseguita e potenziata anche nell'anno 2014. E' noto, infatti, che i cittadini-utenti nel caso di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali che presentano lunghi tempi di attesa, spesso ricorrono a strutture sanitarie extraregionali le quali in molti casi garantiscono in regime di ricovero il completamento del percorso diagnostico terapeutico. Garantire ai cittadini di questa Azienda tempi di attesa adeguati per alcune prestazioni strumentali quali quelle di oculistica, diagnostica per immagini (quali radiologia, ecografia, TAC e RMN) e di Cardiologia (visite cardiologiche, ecocardiografia ed ecodoppler), determinerà un contenimento della fuga verso strutture extraregionali contribuendo a garantire così il raggiungimento dell'importante risultato.

Il fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta uno dei punti critici del Servizio Sanitario, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare, costituendo, perciò uno dei determinanti negativi della qualità dell'assistenza ai cittadini. I lunghi tempi di attesa sono da ricondurre ad uno squilibrio tra domanda ed offerta, la cui eziologia è da ricondurre ai seguenti fattori:

- Appropriatelyzza della domanda;
- Appropriatelyzza organizzativa;
- Funzionamento del sistema delle prenotazioni;
- Velocizzazione della refertazione;
- Integrazione tra Ospedale e territorio;
- Adeguata utilizzazione della libera professione;
- Efficiente Front Office;

La problematica delle liste di attesa nella Azienda Sanitaria provinciale riguarda l'assistenza ospedaliera soltanto per alcune specialità quali l'oculistica, l'oncologia, l'ortopedia, mentre è di rilevante importanza per ciò che concerne l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale; strategico per il contenimento delle liste di attesa ed una più ampia offerta assistenziale si può rivelare l'implementazione del CUP unico provinciale, quale risultato del protocollo d'intesa siglato tra l'A.O. e l'ASP nel corso del 2013.

## **LINEE PROGRAMMATICHE E OBIETTIVI 2014**

La Direzione strategica aziendale si è dovuta confrontare con l'insufficienza del disegno organizzativo ereditato; nel corso del 2013 sono state affrontate diverse criticità mirate a:

1. definire una chiara organizzazione aziendale, con attribuzione formale delle funzioni dirigenziali sanitarie e tecnico-amministrative;
2. colmare le carenze nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
3. riordinare l'assistenza ospedaliera (nel corso del 2013 si è proseguito nell'applicazione del decreto 106/11 ), territoriale e dell'emergenza/urgenza;
4. contenere ed abbattere le liste di attesa per la diagnostica e la specialistica ambulatoriale;
5. contenere e/o ridurre la spesa farmaceutica;
6. intervenire sulle carenze nell'assistenza agli anziani ed ai disabili e nell'assistenza domiciliare;
7. migliorare l'appropriatezza delle prestazioni;
8. gestire la carenza e la mobilità del personale;
9. implementare lo strumento della contabilità analitica nel sistema di programmazione e controllo.
10. Completare la ricognizione dei beni mobili.

### **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:

1. Tassi di ospedalizzazione;
2. Attività ospedaliera (degenza media, tasso di occupazione posti letto, indice operatorio);
3. Tipologia e numero dei DRG prodotti dalle UU.OO. di degenza sia in regime ordinario che di day hospital e day surgery;
4. Casistica ambulatoriale e valore economico della produzione per le singole UU.OO.;
5. Analisi dei tempi di attesa rilevati per le singole attività ambulatoriali;
6. Andamento della mobilità sanitaria attiva fuori ASL e fuori Regione;
7. Andamento della mobilità sanitaria passiva fuori ASL e fuori Regione ( in base alla disponibilità dei dati da parte della Regione);
8. Analisi dei costi delle prestazioni intermedie (laboratorio analisi, radiologia, cardiologia);
9. Andamento della spesa farmaceutica diretta e convenzionata esterna;
10. Attività svolte dalle strutture distrettuali ;
11. Attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione;
12. Attività svolte dal Dipartimento di salute mentale.
13. 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 :

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

## **PIANO SPERIMENTALE DI BUDGET ANNO 2014**

### **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.

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

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

## OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI PER L'ANNO 2014

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;

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 intraaziendali, attraverso l'uso di canali ordinati e precostituiti;

Gli incontri tra il comitato budget ed 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.

### **Obiettivi generali ed indicatori per il Dipartimento di Prevenzione**

- 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 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;
- Gli obiettivi analitici ed i relativi indicatori saranno riportati nella scheda specifica del Dip. di Prevenzione.

### **Obiettivi generali ed indicatori per l' Area Territoriale (LEA Territoriale)**

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 sulla 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.

### **Obiettivi ed indicatori per l'area Ospedaliera (LEA Ospedaliero)**

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, sviluppo e razionalizzazione 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 2013.

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

#### **Obiettivi ed indicatori per i Dipartimenti strutturali (D.S.M.):**

- 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).

#### **Obiettivi ed indicatori per l'Area Amministrativa:**

- 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 2014;
- 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 31/06/2014.
- Rispetto della tempistica e delle modalità di trasmissione previste per i Flussi informativi;
- Rispetto della tempistica prevista dal T.U. nazionale della mobilità sanitaria;

## **OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO E SVILUPPO ORGANIZZATIVO**

- 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 percorsi 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 standards 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, nei rispetto del rapporto dei volumi di attività per la specialistica ambulatoriale e ampliamento dell'offerta per le certificazioni all'utenza.

## **OBIETTIVI AZIENDALI INTERDIPARTIMENTALI**

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.
- L'area Amministrativa, 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.

# **I° LIVELLO : DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

## ***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'intersettorialità e l'interdisciplinarietà degli interventi, attraverso la pianificazione e la realizzazione di programmi di attività.

## ***APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE***

Obiettivi aziendali per il 2014 sono la riorganizzazione del Dipartimento in Unità Operative tendenti ad accorpate 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 (OIV-NAVS, P.e.C., D.G.).

## ***OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' 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. 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 monitoraggio dei flussi economici e alla rendicontazione dei costi sostenuti per l’Attuazione del PRP”.

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.

Di conseguenza, il Dipartimento di prevenzione 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, ed in parte di seguito elencati:

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.

## **LIVELLO II° ASSISTENZA DISTRETTUALE:**

### **ASPETTI RILEVANTI: AZIONI PRIORITARIE IN FUNZIONE DEGLI OBIETTIVI DETERMINATI PER IL LIVELLO DI ASSISTENZA PER L'ANNO 2014**

**IL DISTRETTO** 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.

### **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;

### **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.

### **APPROPRIATEZZA NELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI**

Costituisce obiettivo aziendale anche 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 inappropriata, 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 appropriatezza 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, NAVS, P.e.C. e D.G.).

## OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' 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 di 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 2013, 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. Ampliamento dell'offerta mediante l'attivazione del CUP unico provinciale tra ASP ed AO. Incremento dell'attività dei Poliambulatori Distrettuali di branche specialistiche (Diabetologia, Cardiologia, Angiologia, Ortopedia, Oculistica, Reumatologia, ecc.). Linee-guida per l'intercettazione di percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi (con coinvolgimento dei MMG). Attivazione del Day service; Attivazione delle UCP con i MMG e ambulatori pediatrici
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, ecc.. 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
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 approvato dall'Azienda; 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; Implementazione dei Nuclei di Cure Primarie 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 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.
Ampliamento Nuclei di Cure Primarie MMG e monitoraggio attività	Ampliamento 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:**

### **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;

### **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.

#### **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.

#### **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.

### **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, 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 ulteriormente 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..

### ***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 è riportato nell'allegato al presente piano; 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.

### ***SPECIALITA' AMBULATORIALI CON 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.

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.

#### **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.

#### **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.

#### **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.

#### **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.

## **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; a tal proposito nella ASP è già attivo un ambulatorio 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.

## ***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, bisognevoli 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.

### ***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:

- Consultori 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

## **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.

## **AREA SOCIO-SANITARIA**

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 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 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;

#### I- 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”.

#### V- 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.

#### VI- 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.

## **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.

## **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.
- **U.O.C. CSM Jonio Nord/Sud** a cui afferisce una struttura semplice di Salute mentale;
- e. **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 lab. protetti, c. 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.

## **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.

### **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.

### **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.

## **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 cronic-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, 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

- 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

#### 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'isituenda centrale di ascolto unica provinciale.

#### *Centro Assistenza Primaria Territoriale (CAPT)*

Gli Ospedali da trasformare in CAPT sono quelli di Cariatì, 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 come il piano per l'accorpamento dei centri di vaccinazione, che a regime avrà l'effetto di razionalizzare le risorse mediche e paramediche dedicate. 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;

### ***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.

## **LIVELLO III° : 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.

### **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

### **APPROPRIATEZZA 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.

### **OBIETTIVI SPECIFICI PIANO DI ATTIVITA' 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 2013 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 106/11, compatibilmente con le risorse umane ed economiche disponibili.
2. Appropriately e qualità delle prestazioni erogate	Attività di controllo sulla attività ospedaliera degli erogatori pubblici e privati secondo le linee guida regionali.

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

## **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 degli anni precedenti 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, Cetraro-Paola, Rossano-Corigliano), due Ospedali di montagna (Acri e 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, CETRARO-PAOLA;
2. Due Ospedali di zona Montana: Ospedale di Acri e 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);

### ***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, ( ortopedia e otorino da Corigliano a Rossano, Ostetricia e ginecologia da Rossano a Corigliano, UTIC e Cardiologia da Cetraro a Paola, ecc.). 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 e la disponibilità di risorse. A tal proposito l'ASP ha richiesto, in deroga al blocco del turnover, l'autorizzazione all'assunzione di n° 38 figure di dirigente medico varie qualifiche, ad oggi carenti ed indispensabili per adeguare al minimo dei requisiti le strutture interessate.

### ***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.

### ***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 comorbilità 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 le Unità di Valutazione Multidisciplinari distrettuali con il compito di procedere alle valutazioni e conseguenti autorizzazioni in relazione ai casi specifici.

Per ciò che riguarda la produzione realizzata nei Presidi Ospedalieri dell'ASP nella tabella che segue si evidenziano il numero delle SDO a consuntivo con i relativi importi prodotti nel corso dell'anno 2011 (prima del riordino) e 2012 (nel corso delle fasi di realizzazione del riordino) presi a riferimento per definire i volumi ed il valore della produzione anno 2014.

Prestazioni 2011 e 2012 strutture pubbliche:

Presidio	anno 2011			anno 2012			diff. Anno 2012/2011
	Ordinari	DH	Totale SDO	Ordinari	DH	Totale SDO	totale SDO
Cetraro	4.390	1652	<b>6.042</b>	4229	1784	<b>6.013</b>	<b>-29</b>
Paola	3.186	1416	<b>4.602</b>	3284	1486	<b>4.770</b>	<b>168</b>
Castrovillari	5.027	3673	<b>8.700</b>	4972	2698	<b>7.670</b>	<b>-1.030</b>
Rossano	4.743	2156	<b>6.899</b>	4629	1408	<b>6.037</b>	<b>-862</b>
Corigliano	5.948	1783	<b>7.731</b>	5976	1576	<b>7.552</b>	<b>-179</b>
Trebisacce **	1.449	269	<b>1.718</b>	344	28	<b>372</b>	<b>-1.346</b>
Cariati **	1.290	103	<b>1.393</b>	244	17	<b>261</b>	<b>-1.132</b>
Mormanno ***	1.091	369	<b>1.460</b>	483	130	<b>613</b>	<b>-847</b>
Lungro **	498	0	<b>498</b>	120	0	<b>120</b>	<b>-378</b>
Praia a mare **	1.791	2817	<b>4.608</b>	278	548	<b>826</b>	<b>-3.782</b>
Acri	2.041	967	<b>3.008</b>	1447	639	<b>2.086</b>	<b>-922</b>
S. Giovanni F.	1.285	605	<b>1.890</b>	794	688	<b>1.482</b>	<b>-408</b>
San Marco A. *	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Totale</b>	<b>32.739</b>	<b>15.810</b>	<b>48.549</b>	<b>26.800</b>	<b>11.002</b>	<b>37.802</b>	<b>-10.747</b>

* chiuso nel 2011						
** fino al 31 marzo 2012						
*** fino al 26 ottobre 2012						

Nella tabella seguente si riportano i volumi ed il valore della produzione per stabilimento previste per l'anno 2014, al netto delle prestazioni inappropriate e con l'integrazione delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione. Il piano delle attività allegato è ovviamente al netto delle prestazioni relative a funzioni non tariffabili, il cui valore è definito in sede di riparto del FSR.

:

<b>Prestazioni di ricovero anno 2014</b>						
<b>volumi e valore di produzione complessivi</b>						
Presidio	Ricoveri ordinari		Ricoveri DH		Totale Ricoveri	
	Numero Casi	Valore produzione	Numero Casi	Valore produzione	Numero Casi	Valore produzione
Acri	1.444	3.881.630	62	177.279	1.506	4.058.909
Castrovillari	4.988	14.017.948	3.657	5.331.300	8.645	19.349.248
Cetraro	3.881	9.407.386	1.480	1.265.988	5.361	10.673.374
Corigliano	9.113	21.625.907	3.708	3.166.562	12.821	24.792.469
Mormanno	874	2.312.470			874	2.312.470
Paola	5.196	16.893.443	3.379	9.689.692	8.575	26.583.135
Praia a mare	578	1.497.620			578	1.497.620
Rossano	4.840	13.991.968	2.107	4.645.812	6.947	18.637.780
San Giov. In F.	1.263	3.376.403	22	29.543	1.285	3.405.946
Trebisacce	578	1.497.620			578	1.497.620
<b>Totale complessivo</b>	<b>32.755</b>	<b>88.502.396</b>	<b>14.415</b>	<b>24.306.175</b>	<b>47.170</b>	<b>112.808.570</b>

**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. I piani di acquisto per le strutture private accreditate sono dipendenti dai tetti di spesa che saranno definiti a livello regionale, a cui si rimanda.**

## SISTEMI INFORMATIVI

I sistemi informativi gestiscono i flussi di dati di attività prodotti dalle varie unità operative aziendali, redatti secondo i tracciati record ed i modelli previsti dalle normative.

Nel corso del 2014 l'ASP intende potenziare e migliorare la organizzazione e la gestione dell'intero sistema informatico aziendale, delle infrastrutture di rete e servizi di supporto all'impianto applicativi di piattaforma attraverso :

- Progettazione e realizzazione delle attività necessarie alla raccolta, produzione, elaborazione, distribuzione dei dati e delle informazioni non ancora a regime, con il fine della costruzione e gestione di un sistema informativo aziendale completo ed efficiente;
- Supporto di natura tecnico-informatica alle strutture interne dell'azienda assicurando collaborazione per il perseguimento degli obiettivi comuni definiti dall'Azienda.
- Ottimizzazione delle modalità di relazione informativo- informatica tra le strutture interne al fine di consentire la disponibilità costante dei dati di governo delle attività sanitarie;
- Definizione del progetto di sviluppo dei sistemi informatici aziendali e la cura della sua attuazione sulla base delle risorse finanziarie;
- Coordinamento di tutte le richieste di acquisizione di strumenti informatici provenienti dai diversi livelli organizzativi;
- Predisposizione delle necessarie modificazioni e manutenzioni delle procedure e delle apparecchiature informatiche e di telefonia;
- Supporto della parte tecnico-informatica del CUP aziendale.

Nel corso dell'anno 2014 dovranno essere garantiti la trasmissione puntuale, completa e tempestiva di tutti i flussi e dei dati richiesti dalla Regione Calabria e/o Ministeri con piena soddisfazione da parte dell'Azienda del debito informativo esterno; dovranno essere garantiti inoltre l'efficienza degli impianti, delle attrezzature e dei collegamenti.

## Piano Formativo Aziendale 2014

Ai fini dello sviluppo di qualunque programmazione sanitaria, come di ogni programma di miglioramento della Qualità, la cura della formazione degli operatori coinvolti assume un ruolo centrale. Attraverso un percorso formativo adeguato, infatti, si trasferiscono le informazioni generali e le capacità pratiche necessarie per il cambiamento culturale e operativo. L'attività d'aggiornamento e formazione permanente del personale costituisce, quindi, uno strumento di crescita professionale indispensabile che deve riguardare, in una determinata temporizzazione, tutto il personale dipendente ed anche quello convenzionato con l'Azienda.

La Formazione rappresenta un metodo permanente per la valorizzazione delle capacità e delle attitudini personali e supporto fondamentale per l'assunzione e la definizione delle responsabilità affidate al personale in servizio, nonché per l'erogazione di prestazioni di qualità.

Per l'anno 2014, pertanto, uno degli obiettivi strategici di questa Azienda Sanitaria è continuare l'adeguamento ed il miglioramento delle competenze umane, professionali e delle abilità tecniche di tutti gli operatori sanitari e non, con la finalità di garantire efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza, sicurezza e puntualità delle prestazioni sanitarie.

Il Piano di Formazione Aziendale si configura come un processo organico caratterizzato dalla realizzazione d'Eventi Formativi Programmati, supportato e completato da altre iniziative di formazione specifica provenienti dalle aree dipartimentali e/o dalle strutture complesse.

Nel dettaglio occorre distinguere tre tipologie di percorsi formativi:

- Con la **Formazione generale** si forniscono e si condividono basi concettuali, riferimenti scientifici ed indicazioni organizzative utili al cambiamento;
- Con la **Formazione specifica** si acquisiscono le capacità pratiche indispensabili per attuare le nuove modalità operative che ogni singola area d'attività richiede, così come definito in specifiche schede di richiesta;

- Si può identificare una terza tipologia di percorso formativo, la **Formazione trasversale**. Si rivolge alla totalità degli operatori per fornire una risposta ai bisogni formativi comuni alle diverse aree d'attività specifica.

Si ritiene che il Piano Aziendale 2014 dell'ASP di Cosenza, debba uniformarsi ai seguenti criteri generali:

- Adozione delle linee guida e d'indirizzo, e perseguimento degli obiettivi stabiliti dal Piano della Salute – obiettivi salute della Regione Calabria in materia d'aggiornamento professionale e formazione del personale.
- Ricaduta dell'attività di formazione sul maggior numero di personale possibile, spalmandola al massimo sia a livello di profili professionali esistenti sia a livello di personale convenzionato operante sul territorio, facilitando la partecipazione, organizzando gli eventi quanto più vicino possibili al posto di lavoro, anche ricorrendo a riedizioni dello stesso evento in più sedi.
- Accreditemento in qualità di provider del sistema regionale ECM degli eventi di formazione sanitaria che attualmente prevedono, ai sensi della normativa vigente, la possibilità d'attribuzione e rilascio dei crediti formativi per l'Educazione Continua in Medicina.
- Utilizzo di un articolato sistema organizzativo per la selezione dei corsi, delle priorità degli stessi, del calendario da seguire, della scelta dei docenti e delle sedi dei corsi, e che preveda il presidio da parte del Direttore dell'Unità Operativa Aziendale Formazione-Qualità, una parte attiva dei referenti della formazione delle UU.OO. proponenti, individuati dai Direttori di Dipartimento o di Struttura Complessa, e della Commissione Tecnico-Scientifica Aziendale per la Formazione, che insieme saranno chiamati a valutare i bisogni formativi e tradurli in attività didattica, e stabilire criteri per selezione del personale da formare.

L'attività ritenuta strategica dalla Direzione Aziendale per l'anno 2014, pur ponendosi in una linea di continuità con quella prevista per il 2013, vuole introdurre importanti novità, oltre a parte degli eventi formativi già inseriti nel Piano precedente per approfondire le tematiche.

Per quanto attiene, infatti, alla Formazione Generale è opinione che occorrerà sviluppare la cultura della Prevenzione basata sulle prove d'efficacia e per tale motivo si darà spazio ad argomenti basati sull'Evidence Based Prevention che vedrà coinvolto, di conseguenza, il personale del Dipartimento Prevenzione anche su tematiche riguardanti la crescente regionalizzazione delle attività preventive.

Per ciò che concerne la Formazione Specifica, essa sarà definita nel dettaglio in schede tematiche che saranno all'uopo predisposte, ma sarà strettamente legata al trasferimento di conoscenze pratiche volte ad acquisire le capacità professionali richieste dal cambiamento tecnico ed organizzativo. Le strategie formative più utili sono quelle che prevedono discussione di casi, role playing, prove pratiche, esercizi anche individuali, definizione di manuali operativi, linee guida, protocolli, istruzioni operative per i sanitari.

Per quanto riguarda la Formazione Trasversale, essa permette di affrontare bisogni che sono presenti in aree tematiche che interessano molteplici operatori indipendentemente dagli ambiti specifici di lavoro. Vi rientrano quelli afferenti ai rapporti con l'utenza, la gestione del sistema informativo, la privacy, la gestione dei documenti. Il programma d'aggiornamento professionale 2014 dovrà comunque e necessariamente riferirsi ad aree tematiche che tengano conto d'obiettivi formativi d'interessi nazionale, di specificità regionali e aziendali, oltre che di specifiche categorie professionali, aree e discipline. Più diffusamente i programmi formativi, devono privilegiare l'area delle prestazioni di ricovero, quella territoriale o delle cure primarie nel senso più esteso del termine, l'area di prevenzione sui luoghi di lavoro, l'area di studio ed elaborazione di modelli organizzativi e della loro applicazione al contesto aziendale, l'area di potenziamento e miglioramento dei sistemi informativi aziendali negli aspetti operativi, direzionali e di supporto ai processi decisionali ed organizzativi.

Aree di interesse particolare dovranno essere quelle inerenti la programmazione ed il controllo, il budget, la contabilità direzionale ed i principi di valutazione economica, con particolare riferimento all'analisi costi/benefici ed alla farmaco-economia.

Ancora, aree tematiche inerenti la prevenzione delle patologie cardiovascolari della prevenzione degli incidenti domestici e sul lavoro, sport, alimentazione e stili di vita corretti, profilassi e controllo delle malattie infettive.

Un ruolo fondamentale assume la formazione nell'ambito del raggiungimento degli obiettivi di PSN, a livello delle singole aree.

Il piano formativo dettagliato della formazione per l'ASP di Cosenza sarà adottato e definito secondo le linee guida elaborate dalla Regione per l'anno 2014.

## **REALIZZAZIONE OBIETTIVI DI PSN**

Per quanto riguarda gli obiettivi di piano, l'ASP, nel corso del 2012 e 2013 ha completato i progetti precedentemente avviati e relativi agli obiettivi previsti per gli anni 2011 e precedenti.

Relativamente agli obiettivi di piano previsti per il Dipartimento di Prevenzione, sono stati completati i progetti relativi all'annualità 2012; per quanto riguarda l'area delle cure primarie, sarà completato il progetto dei nuclei delle cure primarie.

La programmazione delle attività e dei progetti relativi alle annualità 2012 e seguenti, sarà definita dall'ASP successivamente ed in ottemperanza a quanto stabilito con specifici provvedimenti della struttura commissariale della Regione Calabria, per come definito con D.P.G.R. n° 4 del 29/01/13.

## FABBISOGNO DI PERSONALE ANNO 2014-2016

Nel presente piano di attività viene inserita 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..

### ATTO AZIENDALE - FABBISOGNI COMPLESSIVI DI PERSONALE ASP COSENZA

Sintesi dati dotazione organica ASP Cosenza al 31 dicembre 2011			
AREA	Dati		carenze/esuberi
	posti coperti	Fabbisogno	
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
<b>Totale complessivo</b>	<b>6.110</b>	<b>7.364</b>	<b>-1.254</b>

La tabella seguente riporta i dati dei posti coperti e del fabbisogno, aggiornati ad oggi:

Sintesi dati dotazione organica ASP Cosenza al 30 giugno 2013			
	Posti coperti	Fabbisogno	carenze / esuberi
Strutture/servizi esistenti	6.110	<b>6.510</b>	<b>-400</b>
Strutture/servizi da attivare	0	<b>854</b>	-854
Totale personale al 31/12/2011	6.110	7.364	<b>-1.254</b>
Rapporti cessati al 30/06/2013	408	0	-408
Rapporti cessati al 31/12/2013	54	-	-
<b>Totale personale al netto dei rapporti cessati</b>	<b>5.648</b>	<b>7.364</b>	<b>-1.716</b>

N.B. 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 evidenzia una carenza al 31 dicembre 2011 (ricognizione collegata all'adozione dell'atto aziendale) di 400 unità. Poiché nel frattempo il personale collocato in pensione al 30 giugno 2013 è pari a 408 unità, e che nel corso dell'anno (II° semestre) altre 54 unità saranno collocate in quiescenza, il dato complessivo delle carenze di personale per gestire i servizi attualmente esistenti, escluso quello per i nuovi servizi, sarà pari a 862 (400 + 462 (408 (al 30/06/13) + 54 unità al 31 dicembre 2013)) (Tab.1).

Per l'attivazione dei nuovi servizi occorrono ulteriori 854 unità di personale.

NB: per le postazioni PET/118 si precisa che parte del fabbisogno di personale medico individuato sarà coperto da personale convenzionato a tempo indeterminato già presente in azienda e pari a n°49 unità. Il personale della Equipe socio- psicopedagogico oggi posto in esubero in quanto personale non di ruolo, potrà trovare idonea collocazione nelle rispettive figure previste nella dotazione organica, previa disposizioni del Dipartimento Sanità della Regione.

Tab.1				
		31/12/2013	31/12/2011	saldo
<b>Amministrativo</b>	A	49	49	0
	B	117	119	-2
	BS	10	10	0
	C	306	338	-32
	D	143	162	-19
	DS	28	34	-6
	DIR	18	20	-2
	<b>Totale</b>	<b>671</b>	<b>732</b>	<b>-61</b>
<b>Collaborazioni</b>	<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>0</b>
<b>Convenzionato/San.</b>	<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>-5</b>
<b>Professionale</b>	D	6	7	-1
	DIR	6	9	-3
	<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>-4</b>
<b>Sanitario</b>	B5	1	0	1
	BS	6	5	1
	C	109	127	-18
	D	2151	2251	-100
	DS	146	166	-20
	EXMC	9	10	-1
	DIR	1270	1388	-118
	<b>Totale</b>	<b>3692</b>	<b>3947</b>	<b>-255</b>
<b>Tecnico</b>	A	460	483	-23
	B	136	155	-19
	BS	229	254	-25
	C	187	218	-31
	D	188	201	-13
	DS	17	20	-3
	DIR	32	34	-2
	<b>Totale</b>	<b>1249</b>	<b>1365</b>	<b>-116</b>
<b>Equipe Socio-Psico-Pedagogica</b>			19	-19
<b>LSU</b>			1	-1
<b>Totale complessivo</b>		<b>5648</b>	<b>6110</b>	<b>-462</b>

Nella seguente tabella 2 si riporta la dotazione di personale per profilo derivante dalla ricognizione al 31/12/2011, ed il fabbisogno di personale determinato sulla base della nuova organizzazione aziendale individuata con il nuovo atto aziendale;

Sintesi Dotazione organica ASP CS per Profilo			TAB.2
Profilo	Somma di posti coperti	Somma di fabbisogno	Somma di carenze/ esuberi
Assistente amministrativo	335	453	-118
Assistente Religioso	6	5	1
Assistente Tecnico	23	36	-13
Assistente Tecnico geometra	6	8	-2
Assistente Tecnico informatico	3	1	2
Assistente Tecnico perito elettrotecnico	4	9	-5
Assistente tecnico perito industriale	0	8	-8
Assistente Tecnico perito informatico	0	4	-4
Assistente Tecnico perito meccanico	0	9	-9
ausiliario specializzato	464	137	327
Ausiliario Specializzato (disinfettore)	7	25	-18
Coadiutore amministrativo	119	198	-79
Coadiutore Amministrativo Esperto	10	11	-1
Collab. Amm.vo Prof.le	161	192	-31
Collab. Amm.vo Prof.le esp.	37	47	-10
Collab. Coordinato a Progetto	19	0	19
Collab. Prof.le Assist.Sociale	91	155	-64
Collab. Prof.le Assist.Sociale esp.	16	7	9
Collab. Prof.le sanit.	2	0	2
Collab. Tecnico Prof.le	5	4	1
Collab. Tecnico Prof.le esp.	1	0	1
Collab. Tecnico prof.le geometra	6	0	6
Collab. tecnico prof.le Informatico	1	4	-3
Collab. Tecnico Prof.le ingegnere	0	15	-15
collaboratore amministrativo	0	3	-3
Commesso	50	78	-28
CPS Assistente Sanitario	3	0	3
CPS Audioprotesista	1	1	0
CPS dietista	10	17	-7
CPS dietista esp.	1	2	-1
CPS Educatore professionale	24	35	-11
CPS Fisioterapista	111	286	-175
CPS Fisioterapista esp.	19	13	6
CPS Igienista Dentale	2	1	1
CPS Infermiere	1663	2011	-348
CPS Infermiere esp.	114	132	-18
CPS Infermiere Pediatrico	23	3	20
CPS Infermiere Pediatrico esp.	1	0	1
CPS Logopedista	31	65	-34
CPS Ortottista	4	11	-7
CPS Ostetrica	78	62	16
CPS Ostetrica esp.	3	3	0
CPS tecn. Anatomia patologica	0	4	-4
CPS tecn. Anatomia patologica esp.	0	1	-1
CPS Tecn. Laboratorio Biomedico	94	97	-3
CPS Tecn. Laboratorio Biomedico esp.	6	8	-2
CPS Tecn. Laboratorio Biomedico/inferm. esp.	1	3	-2
CPS Tecn. Neurofisiopatologia	5	5	0
CPS Tecn. Prev. Ambiente e luoghi lavoro	56	133	-77
CPS Tecn. Prev. Ambiente e luoghi lavoro esp.	2	37	-35
CPS Tecn. Radiologia Medica	79	77	2
CPS Tecn. Radiologia Medica esp.	7	5	2
CPS Tecnico audiometrista	3	2	1
CPS Terapista NPM	17	31	-14
CPS Terapista NPM esp.	1	0	1
CPS Terapista Occupazionale	4	5	-1
Direttore distretto	6	6	0

Dirigente Amministrativo Struttura Complessa	6	9	-3
Dirigente Analista Struttura Complessa	1	1	0
Dirigente architetto	0	2	-2
Dirigente Avvocato	3	4	-1
Dirigente Avvocato Struttura Complessa	1	1	0
Dirigente Biologo	28	27	1
Dirigente chimico	10	2	8
Dirigente Farmacista	37	48	-11
Dirigente Farmacista Struttura Complessa	6	5	1
Dirigente Fisico	0	2	-2
Dirigente Ingegnere	2	17	-15
Dirigente Ingegnere Struttura Complessa	3	2	1
Dirigente Medico	1027	1342	-315
Dirigente Medico Struttura Complessa	93	82	11
Dirigente Pedagogista	1	0	1
Dirigente Psicologo	71	123	-52
Dirigente Psicologo Struttura Complessa	3	0	3
Dirigente sanitario	0	2	-2
Dirigente Sociologo	31	15	16
Dirigente Statistico	2	1	1
Dirigente Veterinario	108	169	-61
Dirigente Veterinario Struttura Complessa	4	4	0
Equipe Socio-Psico-Pedagogica-A	17	0	17
Equipe Socio-Psico-Pedagogica-B	26	0	26
Equipe Socio-Psico-Pedagogica-C	31	0	31
Equipe Socio-Psico-Pedagogica-D	147	0	147
LSU	1	0	1
Operat. Prof.le 2^ categ. Massofisioterapista	4	0	4
operat. Profess.le 2^ categ. Esp. Inf. Gen.	55	0	55
operatore socio sanitario	119	612	-493
Operatore tecnico	22	29	-7
Operatore tecnico falegname	0	1	-1
operatore tecnico necroforo	1	0	1
operatore tecnico addetto all'assistenza	13	2	11
operatore tecnico autista	13	6	7
operatore tecnico ced	1	0	1
Operatore tecnico centralinista	40	55	-15
operatore tecnico centralinista cieco	1	0	1
Operatore tecnico computer	1	1	0
Operatore tecnico conduttore caldaie	2	0	2
operatore tecnico cuoco	8	0	8
operatore tecnico disinfettore	10	0	10
Operatore tecnico emodialisi	1	0	1
operatore tecnico idraulico	0	2	-2
Operatore tecnico imbianchino	2	0	2
operatore tecnico lavanderia	2	0	2
Operatore tecnico magazziniere	8	28	-20
Operatore tecnico meccanico	1	0	1
operatore tecnico muratore	5	0	5
operatore tecnico perito informatico	0	4	-4
operatore tecnico portiere	1	32	-31
operatore tecnico portiere sorvegliante	4	0	4
Operatore tecnico prof.le Informatico	0	2	-2
operatore tecnico sarta	2	0	2
operatore tecnico specializzato	1	5	-4
operatore tecnico specializzato Esperto elettricista	13	0	13
operatore tecnico specializzato autista	59	89	-30
operatore tecnico specializzato centralinista	12	0	12
operatore tecnico specializzato commesso	2	0	2
operatore tecnico specializzato computer	10	7	3
operatore tecnico specializzato conduttore caldaie	17	4	13
operatore tecnico specializzato coord.	19	1	18
operatore tecnico specializzato Elettricista	14	30	-16
operatore tecnico specializzato Esperto	6	4	2
operatore tecnico specializzato Esperto ascensorista	1	0	1

operatore tecnico specializzato Esperto autista	63	39	24
operatore tecnico specializzato Esperto capo serv.	3	0	3
operatore tecnico specializzato esperto Ced	1	1	0
operatore tecnico specializzato Esperto centralinista	8	0	8
operatore tecnico specializzato Esperto computer	1	0	1
operatore tecnico specializzato Esperto conduttore di caldaia	19	0	19
operatore tecnico specializzato Esperto coord.	1	0	1
operatore tecnico specializzato Esperto cuoco	15	0	15
operatore tecnico specializzato Esperto elettricista	5	0	5
operatore tecnico specializzato Esperto falegname	1	0	1
operatore tecnico specializzato Esperto giardiniere	1	0	1
operatore tecnico specializzato Esperto idraulico	10	0	10
operatore tecnico specializzato Esperto portiere sorvegliante	1	0	1
operatore tecnico specializzato Esperto-capo serv.	1	0	1
operatore tecnico specializzato Esperto-CED	13	2	11
operatore tecnico specializzato Esperto-commesso	1	0	1
operatore tecnico specializzato idraulico	1	1	0
Operatore Tecnico Specializzato imbianchino	1	0	1
operatore tecnico specializzato magazziniere	1	0	1
operatore tecnico specializzato portiere sorvegliante	2	0	2
operatore tecnico specializzato serramentista	1	0	1
Pedagogista	1	1	0
Pers. Religioso Convenzionato	3	0	3
Programmatore	4	4	0
Puericultrice	1	22	-21
Puericultrice esp	54	1	53
Tecn. Anestesia	1	1	0
Tecn. Biologo	2	1	1
Tecn. Cardiologia	1	0	1
Tecn. Emodialisi	3	0	3
Tecn. FisioPatologia Cardiovascolare	1	0	1
TECN. Neurofisiop.	0	2	-2
Tecn. Neuro-Riabilitazione	1	0	1
Tecn. Perito chimico	1	0	1
tecnico anatomia patologica	0	4	-4
tecnico anatomia patologica esp.	0	1	-1
Tecnico ECG Esperto	1	0	1
Tecnico neurofisiopatologia	0	4	-4
tecnico perfusione cardiovascolare	5	4	1
tossicologo	0	5	-5
Dirigente Statistico Struttura Complessa	0	1	-1
CPS Ostetrica esp.	0	1	-1
CPS Tecnico Ortopedico	0	6	-6
Dirigente Amministrativo	14	15	-1
Dirigente Assistente sociale	0	1	-1
Dirigente Fisico sanitario	1	1	0
Dirigente Struttura Complessa	1	3	-2
CPS Infermiere /Op. prof. Dirig.	1	4	-3
Dirigente Ingegnere informatico	0	2	-2
<b>Totale complessivo</b>	<b>6.110</b>	<b>7.364</b>	<b>-1.254</b>

La seguente tabella 3 riassume, per profili, la dotazione organica che si prevede essere in servizio al 31/12/2013, al netto dei prossimi collocamenti in quiescenza.

<i>Tab.3</i>	<i>Sintesi Dotazione organica ASP CS per Profilo</i>	<i>31/12/2013</i>
Assistente Amministrativo		305
Assistente Religioso		6
Assistente Sanitario		3
Assistente Tecnico		34
Audiometrista		3
Ass. Casi gravi		4
Audioprotesista		1
Ausiliario		7
Ausiliario Specializzato		448
Coadiutore Amministrativo		109
Coadiutore Amministrativo Esperto		10
Coll.re Prof.le Assist.Sociale		158
Coll.re Prof.le Assist.Sociale Esperto		19
Collab.re Prof.le Sanitario		1
Collab.re Tecnico Prof.le		5
Collaboratore Amm.vo Prof.le		143
Collaboratore Amm.vo Prof.le Esperto		28
Collaboratore Coordinato a Progetto		19
Commesso		36
Dietista		10
Dietista Esperta		1
Dirigente Amministrativo		1
Dirigente Amministrativo Struttura Complessa		9
Dirigente Amministrativo Struttura Semplice		8
Dirigente Avvocato		1
Dirigente Avvocato Struttura Complessa		1
Dirigente Avvocato Struttura Semplice		1
Dirigente Biologo		21
Dirigente Biologo Struttura Complessa		1
Dirigente Biologo Struttura Semplice		4
Dirigente Chimico		1
Dirigente Farmacista		28
Dirigente Farmacista Struttura Complessa		5
Dirigente Farmacista Struttura Semplice		6
Dirigente Fisico		1
Dirigente Ingegnere		1
Dirigente Ingegnere Struttura Complessa		2
Dirigente Medico		792
Dirigente Medico		3
Dirigente Medico (ART. 18)		17
Dirigente Medico (ART. 18) - U.O.S.		2
Dirigente Medico ex Medico Condotta		9
Dirigente Medico Struttura Complessa		75
Dirigente Medico Struttura Semplice		143
Dirigente Pedagogista		1
Dirigente Psicologo		60
Dirigente Psicologo Struttura Complessa		2
Dirigente Psicologo Struttura Semplice		6
Dirigente Sociologo		23
Dirigente Sociologo Struttura Semplice		7
Dirigente Statistico		1
Dirigente Statistico Struttura Complessa		1
Dirigente Veterinario		77
Dirigente Veterinario (ART. 18)		8
Dirigente Veterinario Struttura Complessa		5
Dirigente Veterinario Struttura Semplice		12

Educatore Professionale	23
Figura Atipica Amministrativa	1
Fisioterapista	101
Fisioterapista Esperto	19
Geometra	5
Igienista Dentale	2
Infermiere	1587
Infermiere Esperto	102
Infermiere Generico	1
Infermiere generico Esperto	47
Infermiere Pediatrico	19
Infermiere Pediatrico Esperto	1
Informatico	1
Logopedista	33
Massofisioterapista	3
Massofisioterapista Esperto	1
Op. Amministrativo	13
Op. Tecnico	24
Operatore Socio-Sanitario	101
Operatore Tecnico	108
Operatore Tecnico Specializzato	131
Operatore Tecnico Specializzato Esperto	137
Operatore Tecnico addetto all'Assistenza	11
Ortottista	5
Ostetrica	75
Ostetrica Esperta	2
Pedagogista	16
Preparatore di Lastre	1
Programmatore	4
Psicologo	27
Psicomotricista	1
Puericultrice	1
Puericultrice Esperta	44
Sociologo	15
Tecn. Anestesia	1
Tecn. Cardiologia	1
Tecn. Emodialisi	3
Tecn. Fisiopatologia Cardiovascolare	1
Tecn. Laboratorio Biomedico	91
Tecn. Neurofisiopatologia	5
Tecn. Neurofisiopatologia Esperto	1
Tecn. Neuro-Riabilitazione	1
Tecn. Perito chimico	1
Tecn. Prev. Amb. Luoghi Lavoro	55
Tecn. Prev. Amb. Luoghi Lavoro Esperto	2
Tecn. Radiologia Medica	76
Tecn. Radiologia Medica Esperto	4
Tecn. TrASFusionale	1
Tecnico Biologo	2
Tecnico Laboratorio Esperto	6
Tecnico Riabilitazione	11
Terapista NPM	17
Terapista Occupazionale	3
Terapista Riabilitazione	9
Usciere	10
<b>Totale complessivo</b>	<b>5.648</b>

Anche per l'anno 2014 saranno applicate le direttive nazionali e regionali relative alla gestione del personale dipendente; le azioni dell'ASP rivolte al contenimento della spesa saranno concentrate alla riorganizzazione ed ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane, con contestuale riduzione delle competenze accessorie.

## PIANO INVESTIMENTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:

Il piano degli investimenti strutturali nella ASP di Cosenza, non può prescindere dalla necessità di far fronte all'adeguamento delle strutture alla nuova riorganizzazione prevista dal decreto 106/11, in modo da creare i requisiti per l'attivazione completa dei posti letto previsti in dotazione, nonché creare gli spazi adeguati per le attività di nuova istituzione. Analogamente considerata la condizione di obsolescenza di molte attrezzature in dotazione all'ASP, e la necessità di adeguarle dal punto di vista tecnologico, nell'ASP si è intrapreso un percorso di rinnovamento e riqualificazione del parco tecnologico a supporto delle attività programmate, che per il 2014 prevede:

- Completamento dei lavori di riqualificazione ed adeguamento degli spazi negli Spoke per la definizione della dotazione effettiva dei posti letto previsti dal decreto 106/2011;
- Adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici previsti dalle normative vigenti e ristrutturazione degli ospedali riconvertiti in CAPT, così da garantire un comfort alberghiero conforme agli standard, e realizzazione delle Case della salute, secondo il piano regionale definito.
- Completamento delle innovazioni tecnologiche di Radiodiagnostica (RMN-TAC), con installazione di n° 8 TAC e 5 RMN;
- Acquisto di altre tecnologie di diagnostica per immagini (ecografi ed ecocolor Doppler);
- Contratto di leasing per completamento acquisto di ambulanze;
- Informatizzazione e ristrutturazione laboratori di analisi ASP di Cosenza con adeguamento dei requisiti.
- Ristrutturazione e riorganizzazione dei Centri Trasfusionali dell'ASP con adeguamento alle normative vigenti.
- Interventi ex art. 20 della legge n. 67/88, di cui si allega il **“Documento di Programmazione aziendale”**.

## Elenco servizi esternalizzati

1. Servizio di pulizia-lavandolo;
2. Servizio di vigilanza armata;
3. Servizio di portierato;
4. Servizio mensa;
5. Servizio smaltimento rifiuti speciali;
6. Servizio trasporti non sanitari e facchinaggio;
7. Servizio manutenzione automezzi.

# Allegati

## **Tabelle allegate al Piano annuale preventivo attività 2014:**

1. Tabelle sintetiche ed analitiche relative ai volumi massimi e valore di produzione delle attività di ricovero distinto per tipologie di DRG, per Struttura di ricovero pubblica e per reparto;
2. Tabelle relative al volume e corrispondente valore delle prestazioni da erogare da parte delle strutture residenziali (RSA, Riabilitazione estensiva, ecc.) pubbliche secondo quanto previsto nell'atto aziendale;
3. Volumi massimi delle attività di Specialistica ambulatoriale, diagnostica per immagini e di laboratorio, medicina fisica e riabilitativa;
4. Piano delle attività relativo ai volumi di prestazioni da erogare da parte del Dipartimento di Prevenzione;
5. Documento di Programmazione aziendale - Interventi ex art. 20 della legge n. 67/88;